

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Jan. 2007

ersatzkassen

Ersatzkassenforum 2006:

Gesundheitsreform – Anspruch und Wirklichkeit

Die Ziele der Gesundheitsreform müssen außerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung liegen, irgendwo im Politischen. Das ist der Eindruck, den die Teilnehmer aus dem aktuellen Ersatzkassenforum mitnahmen. Anspruch und Umsetzung dieses Reformentwurfes können von der Politik inhaltlich nicht zusammengebracht werden.

Deshalb forderte die Vorstandsvorsitzende, Dr. Doris Pfeiffer, grundlegende Änderungen. „Anspruch und Wirklichkeit klaffen bei der Gesundheitsreform weit auseinander“, so Pfeiffer auf dem Forum. Statt die Finanzen zu stabilisieren würden Versicherte und Arbeitgeber bereits im Jahr 2007 mit einer satten Beitragssatzerhöhung von etwa 0,68 Prozent zusätzlich belastet. Bis 2009 werde der Beitragssatz von heute 14,22 Prozent auf über 15 Prozent steigen.

Mehr statt weniger Probleme

Mit der Reform würden die Probleme nicht gelöst, sondern neue geschaffen. Die Anhörungen im Bundestagsausschuss für Gesundheit hätten gezeigt, dass viele Regelungen in ihren Folgen nicht durchdacht und nicht umsetzbar seien. Als Beispiel nannte Pfeiffer den Zusatzbeitrag und die Überforderungsklausel im Zusammenhang mit dem Gesundheitsfonds sowie die Neuordnung der Haftungsregelungen bei Insolvenz der Kassen. Weil

In dieser Ausgabe

- Gesundheitsreform –
Anspruch und Wirklichkeit
- LQV-Vereinbarungen auf dem Weg
- DMP-Versorgung in Sachsen-Anhalt I + II
- integra – neue Wege zur Gesundheit
- Honorarverteilungsvertrag (HVV):
Zwischenbilanz 2006 – Ausblick 2007
- Arzneimittelvereinbarung 2007

die Verbändehaftung entfällt, stellt sich die Frage: Wer haftet künftig für die Ansprüche der Gläubiger, d. h. von Ärzten und Krankenhäusern? Auch bei der Wiederaufnahme von Nicht-Versicherten in die GKV und PKV wurde deutlich, dass ein Missbrauch nicht auszuschließen ist. Wer etwa wegen Nicht-Zahlung von Beiträgen aus der Krankenversicherung ausgeschlossen wird, geht kein Risiko ein, weil er jederzeit in die Krankenversicherung zurück kann.

Sozialministerin Frau Dr. Kuppe dagegen verteidigte das Gesetzesvorhaben für die SPD: Sie sieht die Implementierung eines Dachverbandes Bund positiv, weil komplexe Entscheidungsprozesse, wie bisher im gemeinsamen Bundesausschuss, entfielen. Hinzu komme die Erwartung, dass die Leistungserbringer in Sachsen-Anhalt finanziell von einer Vereinheitlichung des Vertragsgeschäftes profitieren.

Mehr statt weniger Staat

Nach dem Arbeitsentwurf des GKV-WSG werden alle gemeinsam und einheitlich getätigten Vertragsabschlüsse zukünftig durch die jeweils zuständigen Spitzenverbände vorgenommen. Die neu geschaffenen Organisationen stehen unter direktem staatlichen Einfluss und können so leichter auch gegen den Willen ihrer Mitglieder zu Vertragsabschlüssen im Interesse einer politischen Raison gezwungen werden. MdB Frau Dr. Bunge, Vorsitzende des Ge-

sundheitsausschusses, verdeutlichte allerdings den Bürokratiewachstums, der mit diesen Eingriffen in die Selbstverwaltung einhergeht.



Die Referentinnen Dr. Martina Bunge, Dr. Gerlinde Kuppe, Dr. Doris Pfeiffer und der Moderator Dr. Volker Schmeichel (von rechts) auf der Podiumsdiskussion des Ersatzkassenforums

DER KOMMENTAR



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

Das GKV-WSG ist ein Entwurf gegen die gemeinsame Selbstverwaltung, der sich insbesondere gegen die bisherige Arbeit der Spitzenverbände und gegen die solidarische, paritätische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wendet. Denn die Lohnnebenkosten stabilisiert dieses GKV-WSG nur dann, wenn unsere Versicherten künftige Kostensteigerungen des Gesundheitswesens vollständig alleine bezahlen.

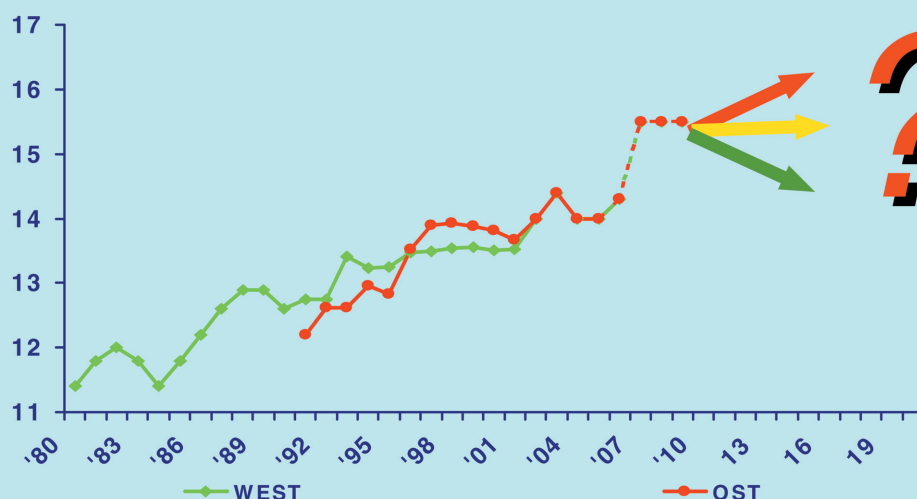
Zurzeit ringen die Beteiligten jedoch noch um wesentliche Punkte des Gesetzesvorhabens; dazu gehört die Diskussion um das geplante Insolvenzrecht für die Krankenkassen und um die Verfassungsfragen zu den für die PKV vorgesehenen Regelungen. Der Chronist notiert 102 Änderungsanträge der Länder zu einem Gesetzesentwurf mit 542 Seiten. In diesen Wochen ziehen Vertreter des Bundestages durch unser Land mit dem Auftrag, dieses Gesetz zu erklären. Das gelingt jedoch kaum, da die nachfolgende Diskussion das Desinteresse des Publikums zeigt: Es hat ganz andere Fragen als solche zum GKV-WSG. Der Wähler wird sich seine Meinung zum Ganzen im Nachhinein bilden – auf Basis seiner finanziellen und leistungsrechtlichen Auswirkungen.

Die Landesvertretung hat ihre Aufträge im Jahr 2006 unabhängig von dieser politischen Lage ausgeführt. Das wird auch 2007 so sein, wir werden das Vertragsgeschäft mit Ärzten und Zahnärzten unter dem Druck von flächendeckenden Beitragssatzsteigerungen unserer Mitgliedskassen führen, das Zulassungsverfahren im Bereich der sonstigen Leistungserbringer optimieren und die Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen mit den Krankenhäusern möglichst vollständig vereinbaren. Wir werden auch alles dafür tun, im Dialog mit dem Datenschützer mehr Transparenz für die Qualität in der Pflege zu erreichen.

Wir meinen, dass der Dialog zwischen Vertragspartnern bessere Ergebnisse erzielt als eine Staatsmedizin, deren Imperativ keine Alternativen kennt. Alternativen – keine, nach Robert Menasse heute das meistverwendete Argument in der Politik, ein Argument aus einer Zeit vor der Aufklärung.

Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung 1980 – 2006

Steigende Beiträge



vdak

Landesvertretung Sachsen-Anhalt

/ November 2006



Steigende Beiträge der gesetzlichen Krankenversicherung fielen in der Vergangenheit oft mit politischen Wechselln durch Bundestagswahlen zusammen.

Ausnahmen sind die Jahre 1989/1990 und 2005 (vorgeschobene Neuwahlen).

Stabile Finanzen im Wahljahr waren bisher mit Wiederwahl der Regierungspartei verbunden.

Was passiert 2009?

gen den Gesundheitsfonds: Der Gesundheitsfonds löse keines der Probleme im Gesundheitswesen, sondern verschärfe sie auf lange Sicht sogar. Es komme zu einer Einführung der Kopfpauschale durch die Hintertür, so dass die Versicherten allein die Risiken der demografischen Entwicklung und die Kosten des medizinischen Fortschritts zu tragen haben.

Die Referenten waren sich einig, dass das GKV-WSG keine wesentliche Einbindung der PKV in den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenversicherung herstellt. Eine Beteiligung am RSA oder eine Übertragung von Rückstellungen bei Wechsel von PKV-

Der VdAK/AEV geht noch einen Schritt weiter: Er ist davon überzeugt, dass Staatsmedizin anstelle gemeinsamer Selbstverwaltung die Probleme des deutschen Gesundheitssystems nicht löst. Der Wert des sozialen Friedens durch Entscheidungen innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung ist nicht zu überschätzen. Dadurch, dass der Staat den Leistungskatalog definiert, steigt die Macht der Lobbys weiter an.

Frau Dr. Kuppe zeigte dagegen Optimismus, wenn sie von ihrer Überzeugung sprach, dass die Entschuldung sämtlicher Krankenkassen mit der Einführung des Fonds zum 01.01.2009 abgeschlossen werden könne. Des Weiteren hält sie die zeitgleiche Einführung von Morbi-RSA und Fonds für sachgerecht.

Mehr statt weniger Bürokratie

Neben diesen Sachfragen zum Zeitplan für den Gesundheitsfonds hält sie allerdings die geplanten Verteilungsregelungen für problematisch, insbesondere die 8-Euro-Regelung und das Einzugsverfahren der Kassen. Die Linkspartei ist deshalb – unabhängig von den zuvor genannten Orga-Fragen – strikt ge-

Versicherten in die GKV – Stichwort Portabilität – wird es nicht geben. Frau Dr. Kuppe stellte ganz offen fest, dass die Einbindung der PKV unzureichend sei. Frau Dr. Bunge betonte, dass die PKV einer der Gewinner dieser Gesundheitsreform sei – ziehe man die verfassungsrechtlichen Fragen der Steuerfinanzierung von PKV-versicherten Kindern mit in Betracht.

Die Position der Ersatzkassen zu diesem Thema auf den Punkt gebracht: Fairer Wettbewerb zwischen GKV und PKV wird auch weiterhin durch die Risiko-selektion, die die PKV betreibt, nicht hergestellt werden.

Fazit:

Da das GKV-WSG schon im Entwurf seine Ziele nicht erreicht, wäre es politisch das klügste, ein Vorschaltgesetz zu verabschieden, das die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen dämpft und diese unsägliche Vermischung von Kopfpauschalen- und Bürgerversicherungsmodell aufzugeben.

Umsetzung des Landeskrankenhausesgesetzes:

LQV-Vereinbarungen auf dem Weg

Sachsen-Anhalt hat als erstes Bundesland den Wechsel von einer Krankenhausplanung mit Betten zu einer leistungsbezogenen Krankenhausplanung vollzogen. Es ist das Anliegen der an der Krankenhausplanung Beteiligten im Land, dem neuen leistungsbezogenen DRG-Entgeltsystem in Bezug auf die Leistungsplanung Rechnung zu tragen. Zur Untersetzung dieser Rahmenplanung schließen Krankenhausträger und die Verbände der Krankenkassen im Land Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) ab. Diese LQV-en spezifizieren den

Versorgungsauftrag des Krankenhauses hinsichtlich Struktur und Menge der zu erbringenden Leistungen. Bis zum 15.12.2006 konnten 20 von 50 LQV-en abgeschlossen werden; die Verhandlungen sind mit mehr als der Hälfte der Krankenhäuser Sachsen-Anhalts auf dem Weg oder abgeschlossen. Die Kassenverbände haben das Ziel, bis zur Jahresmitte 2007 mit allen Krankenhäusern eine LQV abzuschließen – deren Laufzeit ist perspektivisch ausgerichtet und erstreckt sich über mehrere Jahre.

DMP-Versorgung in Sachsen-Anhalt I

DMP-Brustkrebs der Ersatzkassen mit neuem Partner



Dr. Holger Grüning, Berufsverband der Frauenärzte e.V., Dr. Klaus Holst, VdAK/AEV, Uwe Bauer, Krankenhausgesellschaft (von links nach rechts) bei der Vertragsunterzeichnung

Die Ersatzkassen, die Krankenhausgesellschaft und der Berufsverband der Frauenärzte e.V. in Sachsen-Anhalt schließen den Vertrag mit dem Ziel, die Qualität in der Diagnostik, der Therapie und der Nachsorge des Mammakarzinoms zu steigern. Schwachstellen sollen durch eine Verbesserung der Versorgungsstrukturen und durch Implementierung in den Behandlungsstandards abgebaut werden. Ersatzkassen, Krankenhausgesellschaft und alle

Frauenärzte in Sachsen-Anhalt koordinieren ihre Bemühungen zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen der Ersatzkassen. Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Jährlich erkranken etwa 46.000 Frauen in Deutschland an Brustkrebs.

Mit der Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes um ein strukturiertes Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm) ist jetzt eine interdisziplinäre, berufs- und sektoren-übergreifende Behandlung mit dem notwendigen logistischen Hintergrund für Ersatzkassenpatienten gewährleistet.

Der Berufsverband fördert hierzu die aktive Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen an Qualitätszirkeln und Tumorkonferenzen. Diese werden genutzt, um gegenüber dem weiterbehandelnden Arzt möglichst evidenzbasierte und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Arznei- und Therapieempfehlungen auszusprechen.

Mit diesem Programm erhalten die betroffenen Frauen eine auf ihre individuelle Situation abgestimmte Behandlung, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht.

DMP-Versorgung in Sachsen-Anhalt II

Asthma und Lungenerkrankungen wirksamer bekämpfen

Ab sofort sichern die Ersatzkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung in Sachsen-Anhalt eine qualitätsgeprüfte medizinische Langzeit-Versorgung für Asthma- und Lungenerkrankte in Sachsen-Anhalt. Den Betroffenen eröffnen die Vertragspartner damit eine verbesserte Behandlung in einem flächendeckenden Qualitätsnetz. Nach den Disease-Management-Programmen (DMP) zur strukturierten Bekämpfung koronarer Herzkrankheiten (KHK), Diabetes Typ I und II sowie Brustkrebs haben die Ersatzkassenverbände der fünft- und sechstgrößten Volkskrankheit in Deutschland verstärkt den Kampf angesagt. Rund 1.500 Menschen in Sachsen-Anhalt sterben jährlich an Atemwegserkrankungen, ca. 25.000 werden hierzulande in Krankenhäusern behandelt – davon etwa 3.000 Kinder bis 14 Jahren. Fundament der qualitätsgesicherten Behandlung

bilden die Hausärzte, die mit pneumologisch qualifizierten Fachärzten und Schwerpunktpraxen sowie spezialisierten Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen vernetzt sind. Sie koordinieren den oft sektorenübergreifenden Heilungsverlauf, vermitteln Schulungen und Therapeuten. Eine rechtzeitige Behandlung kann helfen, die hohe Zahl schwerer Spätfolgen zu mindern und das Leben zu verlängern.

Die Teilnehmer können ihre Lebensqualität erheblich verbessern. Durch eine frühzeitige Diagnostik und die Abstimmung aller Versorgungssektoren, eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten sowie eine individualisierte Therapie, sind die Risiken deutlich zu senken. Im Hintergrund steht eine sorgfältige Dokumentation für klare Erkenntnisse über Behandlungsverläufe und -erfolge.

integra – neue Wege zur Gesundheit

Zukunftspreis für das „integra-Projekt“ in Sachsen-Anhalt



„integra Halle“ ist – stellvertretend für das gesamte „integra“-Netz in Sachsen-Anhalt – am 27. September 2006 mit dem Janssen-Cilag Zukunftspreis 2006 ausgezeichnet worden.

Janssen-Cilag

würdigt mit seinem „Gesundheits-Nobelpreis“ Personen, Organisationen und Einrichtungen, die mit Innovationen die gesundheitliche Versorgung der Menschen in Deutschland nachhaltig verbessern. Die siebenköpfige, unabhängige Experten-Jury aus Wirtschaft, Medizin und Medien (u. a. Gero von Boehm, Prof. Dr. Gerd Glaeske und Dr. Franziska Rubin) bewertete die Projekte nach den Kriterien Sozialverträglichkeit, ökonomische Realisierbarkeit,

Zukunftspotenzial/ Nachhaltigkeit, volkswirtschaftlicher Nutzen und soziale Integrationsfähigkeit.

„integra – neue Wege zur Gesundheit“ ist ein Projekt der Ersatzkassen zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Kliniken. Ziel ist, die medizinische Versorgung der Patienten durch Steuerungsprozesse zu verbessern und die Verweildauer in Krankenhäusern zu verkürzen. „integra Halle ist ein hervorragendes Beispiel, wie die Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen besser genutzt werden können.“

Die Ersatzkassen und ihre Vertragspartner haben mit dem integra-Projekt wesentlich dazu beigetragen, dass Sachsen-Anhalt im Bereich der integrierten Versorgung bundesweit führend hinsichtlich der flächendeckenden Versorgung über mehrere Fachrichtungen ist. Über 15.000 Patienten wurden hier bisher behandelt. Die Fallzahlen steigen weiter rasant. Das zeigt das enorme Interesse und Vertrauen der Patienten an dieser nunmehr seit vier Jahren bestehenden innovativen medizinischen Versorgung.

Honorarverteilungsvertrag (HVV):

Zwischenbilanz 2006 – Ausblick 2007

Seit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) sind die Verbände der Krankenkassen als Vertragspartner an der Verteilung der von den Ersatzkassen und Primärkassen entrichteten Gesamtvergütung (vgl. § 85 Abs. 4 SGB V) beteiligt. Mittlerweile liegen Erfahrungen aus zwei Jahren hierzu vor – Zeit für eine Zwischenbilanz.

Für die Jahre 2005 und 2006 konsentierten die Vertragspartner zwar die Grundsätze der Honorarverteilung, konnten jedoch keine Einigkeit zur Höhe des Punktwertes für die Regelleistungsvolumina (RLV) und zur Haftungsregelung herstellen. Die Kassenärztliche Vereinigung akzeptierte in den beklagten Schiedsamtverfahren einen Punktwert von 4,1 Cent für die RLV. In der Folge erwirtschaften die Ärzte bereits nach durchschnittlich gut zwei Monaten ein Honorar, das eigentlich für eine gleichmäßige Verteilung über das gesamte Quartal vereinbart ist.

Die Vertragsparteien haben sich dagegen über die Grundsätze zu den Anträgen gemäß § 8 Abs. 4 HVV verständigt und beantworten Einzelanträge auf eine Anpassung des praxisindividuellen Korrekturfaktors in einem effizienten und rationalen Verfahren. Diese Regelung sieht vor, z.B. die Fallzahl oder die Grenzfallpunktzahl einer Praxis bei erheblichen Veränderungen im Leistungsgeschehen auf dem Antragsweg bedarfsgerecht anzupassen.

Inzwischen haben die Vertragsparteien seit dem 1. Halbjahr 2005 bis zum 20.11.2006 insgesamt 887 Anträge und Widersprüche bearbeitet. Die vorbenannten Anträge bzw. Widersprüche wurden von 336 Hausärzten und 551 Fachärzten gestellt. Insofern erwarteten ca. 22 Prozent der Hausärzte und ca. 30 Prozent der Fachärzte und damit 26 Prozent der gesamten Ärzteschaft eine Anpassung ihres praxisindividuellen Korrekturfaktors. Die Möglichkeit der Einzelfallentscheidung, die der HVV ein-

räumt, wurde von den einzelnen Fachgruppen im Auswertungszeitraum sehr unterschiedlich in Anspruch genommen. So hatten z.B. ca. 60 Prozent der Internisten, 55 Prozent der Orthopäden, 24 Prozent der Psychotherapeuten und 22 Prozent der Augenärzte entsprechende Anträge nach § 8 Abs. 4 HVV gestellt oder Widerspruch gegen ihren Honorarbescheid eingelegt, was als Antrag zum HVV ausgelegt wurde.

Bei näherer Betrachtung der Anträge von Hausärzten ist festzustellen, dass für zwei Drittel der Anträge die Fallzahl der antragstellenden Praxis angehoben wurde. Diese Anhebung richtete sich nach der Leistungserbringung (siehe Tabelle).

Die Gründe hierfür liegen z.B. in der Übernahme von Versicherten, soweit Praxen in der näheren Umgebung der Niederlassung geschlossen wurden. Der Patientenstamm wird daraufhin auf die Ärzte verteilt, die die Versorgung der Versicherten übernehmen. Darüber hinaus erfolgen auch Änderungen der Fallzahlen aufgrund von Krankheits- oder Urlaubsvertretungen, wobei diese Entscheidungen dann sich nur auf das entsprechende Quartal beziehen.

Von den 336 Anträgen und Widersprüchen der Hausärzte wurden allerdings auch rund 1/3 der Anträge abgelehnt. Der häufigste Grund der Ablehnung bestand darin, dass die Antragsteller und Widerspruchsführer ihre wirtschaftliche Situation beklagten, jedoch keinen Nachweis führten, dass die Einstufung in das Regelleistungsvolumen für ihre Leistungsfähigkeit nicht sachgerecht sei. Darüber hinaus lehnten die Vertragspartner Anträge ab, die auf zumutbaren Schwankungen in der Leistungserbringung basieren.

Die verbleibenden Entscheidungen bezogen sich unter anderem auf die Anhebung der Grenzfall-

Positiv beschiedene Anträge gem. § 8 (4) HVV bei Hausärzten und Verteilung nach zusätzlichen Fällen im Regelleistungsvolumen (mehrfache Anträge nicht bereinigt)

	Fallzahlbereich						GESAMT
	0 bis 100	101 bis 200	201 bis 300	301 bis 400	401 bis 500	501 bis 600	
Anzahl der Praxen	56	34	14	9	3	4	120
durchschnittliche Fallzahlanhebung	49	142	247	338	430	534	149
Anteil der Praxen (in Prozent)	46,7	28,3	11,7	7,5	2,5	3,3	100,0

punktzahl um durchschnittlich 30 Punkte. Bei diesen Entscheidungen fand häufig die Entscheidung des Landesschiedsammtes zur Förderung kooperativer Versorgungsformen Anwendung, indem die Grenzfallpunktzahl um 10 v.H., jedoch maximal um 130 Punkte angehoben wurde. Darüber hinaus erfolgten auch Anhebungen aufgrund der Leistungserbringung von speziellen, durch den EBM relativ hoch bewerteten Leistungen.

Nach dem Schiedsamtsergebnis über den Honorarverteilungsvertrag 2007, das am 21.12.2006 erzielt wurde, ergeben sich für die Grundzüge der Honorarverteilung keine Änderungen: Der Punktwert der RLV bleibt bei 4,1 Cent. Die Vertragsparteien werden die Einzelfallanträge auch 2007 nach den dargestellten Grundsätzen bearbeiten.

KURZNOTIZEN AUS DEM VERTRAGSBEREICH

Rettungsdienst – Mehrkosten von 3,5 Mio EUR bei gleicher Qualität

Das neue Rettungsdienstgesetz kostet die GKV 2007 in Sachsen-Anhalt insgesamt rund 3,5 Mio EUR zusätzlich. Davon fließen allein 1,8 Mio EUR in die notärztliche Versorgung – eine Steigerung für die Notärzte in Höhe von 23 Prozent. Die für die Umsetzung des Gesetzes vorgesehene Schiedsamtverordnung ist noch nicht verabschiedet und soll erstmals am 18.01.2006 im Landesrettungsbeirat beraten werden.

Hausärztliche Versorgung in Sachsen-Anhalt – Versorgung weiter stabil

Der durchschnittliche ungewichtete Versorgungsgrad ist im Vergleich zum Vorjahr konstant geblieben. Die 133. Fortschreibung (Dezember 2005) weist den durchschnittlichen Versorgungsgrad mit 94,6 Prozent und in der 144. Fortschreibung (Dezember 2006) mit 94,3 Prozent aus. Der Rückgang der Zahl an Hausärzten entspricht dem Bevölkerungsrückgang in Sachsen-Anhalt.

Fachärztliche Versorgung – Sachsen-Anhalt z.T. bundesweit Spitze

Der Landkreis Halberstadt ist mit Internisten in Höhe von 654,6 Prozent überversorgt. Das ist im Bereich der fachärztlich tätigen Internisten die höchste Versorgungsdichte im Bundesgebiet. Trotzdem klagen Versicherte auch hier über wochenlange Wartezeiten.

Arzneimittelvereinbarung 2007

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) am 01.05.2006 sollen für die Ärzte neue Anreize zur wirtschaftlichen Verordnungsweise gesetzt werden. In § 84 Abs. 7a SGB V legt der Gesetzgeber fest, dass Ärzte bei Überschreitung der festgelegten Zielwerte einen praxisindividuellen Malus entrichten müssen. Werden diese Zielwerte von den Ärzten insgesamt unterschritten, zahlen die Kassen einen Bonus an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Ärzte sollen so bewegt werden, aus einer Reihe vergleichbarer Präparate das preislich günstigste zu wählen. Zur Umsetzung dieser Ziele haben die Spitzenverbände der Krankenkassen und die KBV sieben Leitsubstanzen festgelegt, durch deren Verordnung der

einzelne Arzt bestimmte Zielwerte erreichen soll. Es ist deshalb eine Mengenausweitung bei diesen Leitsubstanzen zu erwarten.

Die Vertragspartner auf Landesebene hatten die Option, eine die Vorgaben der Spitzenverbände ablösende, landesspezifische Vereinbarung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelungen bis zum 15.11. abzuschließen. Diese Option konnten die Vertragspartner in Sachsen-Anhalt nicht umsetzen. Das Schiedsamt gem. § 89 SGB V hat am 16.12.2006 entschieden: Die Ausgabenobergrenze und die Richtgrößen steigen für das Jahr 2007 nach retrospektiven Korrekturen um 7,8 Prozent. Praxisindividuelle Malus-Regelungen entfallen.

KURZNOTIZEN ZUR PRIMÄRPRÄVENTION

Primärprävention – Neue Angebote

Landesweit sind im Bereich der Primärprävention zur Zeit rund 3.500 Angebote von den Ersatzkassen zugelassen. Davon entfallen auf das Handlungsfeld Bewegung 80%, auf Ernährung 7%, auf Entspannung 11% und auf Sucht 2%.

Gesundheitsförderung – Vereinbarung mit Volkshochschulen

Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt und die Volkshochschulen setzen ihre gute Zusammenarbeit bei der Gesundheitsförderung und Prävention fort. Die Basis dafür bildet die Verlängerung der sogenannten Rahmenvereinbarung zur Förderung primärpräventiver Maßnahmen.

Sport pro Gesundheit – Zusammenarbeit mit Landesportbund

Die enge Zusammenarbeit mit dem LandesSportBund setzt sich fort. Die Vereinbarung „Sport pro Gesundheit“ gilt auch 2007. Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten im Rahmen dieser Zusammenarbeit weitere 310 Kursangebote in 170 Sportvereinen des Landes an.

NEUER LEITER DER VdAK/AEV-LANDESVERTRETUNG



Dr. Klaus Holst (2.v.li.) hier gemeinsam mit Frau Dr. Pfeiffer (VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende), Dr. Lutz Trümper (Oberbürgermeister der Landeshauptstadt), Dr. Gerlinde Kuppe (Ministerin für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt) und Lothar Braune, Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt auf dem diesjährigen Ersatzkassenforum in Magdeburg

Der VdAK/AEV hat Klaus Holst zum Leiter der Landesvertretung Sachsen-Anhalt berufen. Der promovierte Volkswirt war seit Jahresbeginn mit der Leitung des Verbandsgeschäftes für die Ersatzkassen im Land betraut.

Er ist seit 1999 beim Verband tätig und leitete während dieser Zeit zunächst die Bereiche Krankenhaus/Rehabilitation und anschließend seit 2002 die Honorarverhandlungen Ärzte/Zahnärzte für die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt.

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