

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juli 2006

ersatzkassen

Der Gesundheitsfonds – für wen ist er gut?

Die große Koalition hat nun also ein Eckpunktepapier zur nächsten Gesundheitsreform verabschiedet, das einen Gesundheitsfonds vorsieht. Dieser Fonds soll den bisherigen Beitragseinzug durch die gesetzliche Krankenversicherung ersetzen. Die paritätische Beteiligung der Arbeitgeber bleibt scheinbar erhalten. Kinder sollen künftig durch Steuerfinanzierung beitragsfrei mitversichert sein – zunächst ohne Steuererhöhungen. Weicht der Beitragsbedarf der gewählten Krankenkasse von den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds ab, muss der Versicherte zuzahlen bzw. erhält eventuell eine Rückzahlung. Es ist davon auszugehen, dass der Versicherte einen Malus von zunächst durchschnittlich etwa 20 bis 40 Euro aus der eigenen Tasche bezahlt. Die PKV wird gezwungen, einen GKV-äquivalenten Basistarif anzubieten, den die Versicherten ebenfalls wählen können.

Der Vergleich des aktuellen Krankenversicherungssystems mit dem Gesundheitsfonds zeigt die absehbaren Veränderungen von Verwaltungskosten, Wettbewerb, Verteilung und Stabilität auf – eine finanzpolitische Analyse nach Musgrave.

Die Verwaltungskosten für die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen erhöhen sich, weil der bürokratische Aufwand für die Finanzierung deutlich zunimmt und der Wettbewerb der Krankenkassen nur noch über Bonus-Malus-Zahlungen der Versi-

In dieser Ausgabe

- Der Gesundheitsfonds – für wen ist er gut?
- Koalitionspapiere geben Aufschluss?
- Politischer Handlungsbedarf aus Sicht der Ersatzkassen
- IX. gesundheitspolitisches Symposium
- integra – neue Wege zur Gesundheit I + II
- Landesbasisfallwert 2006 – Einigung auch ohne Schiedsstelle

cherten abläuft. Der Wettbewerb um die Versicherten richtet sich dann ausschließlich auf die Höhe dieser Prämien – ohne Beteiligung der Arbeitgeber. Er ist intensiv, denn die Versicherten leisten direkte Zahlungen und können zwischen 20 und 40 Euro gut unterscheiden. Da spielt es keine Rolle, ob solche direkten Zuzahlungen als Anteil vom Einkommen oder als Kopfpauschale von der Krankenkasse erhoben werden. Hinzu kommt, dass der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen recht homogen ist. Eine verstärkte Abwanderung guter Risiken in preiswertere

Krankenkassen – Endsolidarisierung – wird die Folge, weil die Umverteilung der Risiken auch von einer neuen Super-Behörde immer erst mit jährlicher Verzögerung ermittelt werden kann. Hierdurch wird die Anzahl der Krankenkassen innerhalb kurzer Zeit noch beschleunigt sinken, so dass schließlich mit einem Monopol (Einheitskasse) bzw. wenigen großen Anbietern zu rechnen ist. Die mangelnde Effizienz solcher Märkte mit homogenen Gütern ist evident (Bahn, Post, Telekommunikation, Energiewirtschaft); sie kommt durch mangelhaften Service oder unzureichend begründete Kostensteigerungen zum Ausdruck. Der aktuelle harte Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen sorgt dagegen für Kundenorientierung und wirtschaftliche Vergütungen für die Leistungserbringer.

Völlig unklar bleibt auch, wie eine nach dem Äquivalenzprinzip wirtschaftende PKV gezwungen werden kann, Solidarbeiträge für die GKV oder für Leistungserbringer zu entrichten. Falls so eine Regulierung

tatsächlich gefunden wird, steht zu befürchten, dass schlechte Risiken stets in der GKV bleiben: Sie erhalten ggf. solche „Angebote“ privater Anbieter, die ihnen ihre Entscheidung für einen Verbleib in der GKV leicht machen.

Durch die Steuerfinanzierung ohne Steuererhöhungen kommt es schließlich zu einer dualen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung, mit mehr staatlichen Kompetenzen und Verantwortlichkeiten. Negative Erfahrungen mit diesem Finanzierungsmodell liegen für die duale Krankenhausfinanzierung vor. Die öffentlichen Haushalte bewegen sich seit langem auf einem instabilen Kurs – man denke nur an die regelmäßige Verletzung der Maastricht-Kriterien. Unklar bleibt also, warum sie einen neuen Ausgabenblock mit erheblicher Kostendynamik aufgebürdet bekommen sollen. Im Hinblick auf stabilitätspolitische Ziele wäre es geboten, dass finanzielle Zuständigkeiten weiterhin eindeutig zugeordnet bleiben und die öffentlichen Haushalte nicht mit neuen

DER KOMMENTAR



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

Der Laie staunt und der Fachmann wundert sich. Die große Koalition erhöht per Gesetz die Beitragssätze um 0,5 Prozentpunkte, plant eine Monsterbehörde und sieht einen verstärkten „Leistungswettbewerb der Kassen vor“. Im Rahmen der nächsten Gesundheitsreform soll die PKV als „stabiles System“ erhalten bleiben und das „Morbiditätsrisiko der ambulanten Versorgung“ auf die Krankenkassen überwältigt werden. Ein Gesundheitsfonds soll zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.

Das Ganze ist so erstaunlich, weil man doch ursprünglich vor hatte, die Lohnnebenkosten zu senken, Bürokratie abzubauen sowie die Situation von Familien mit Kindern zu verbessern. Wir widmen uns in der vorliegenden Länderbeilage mit einer gesonderten Analyse den Folgen, die ein Gesundheitsfonds für diese Einzelziele hat.

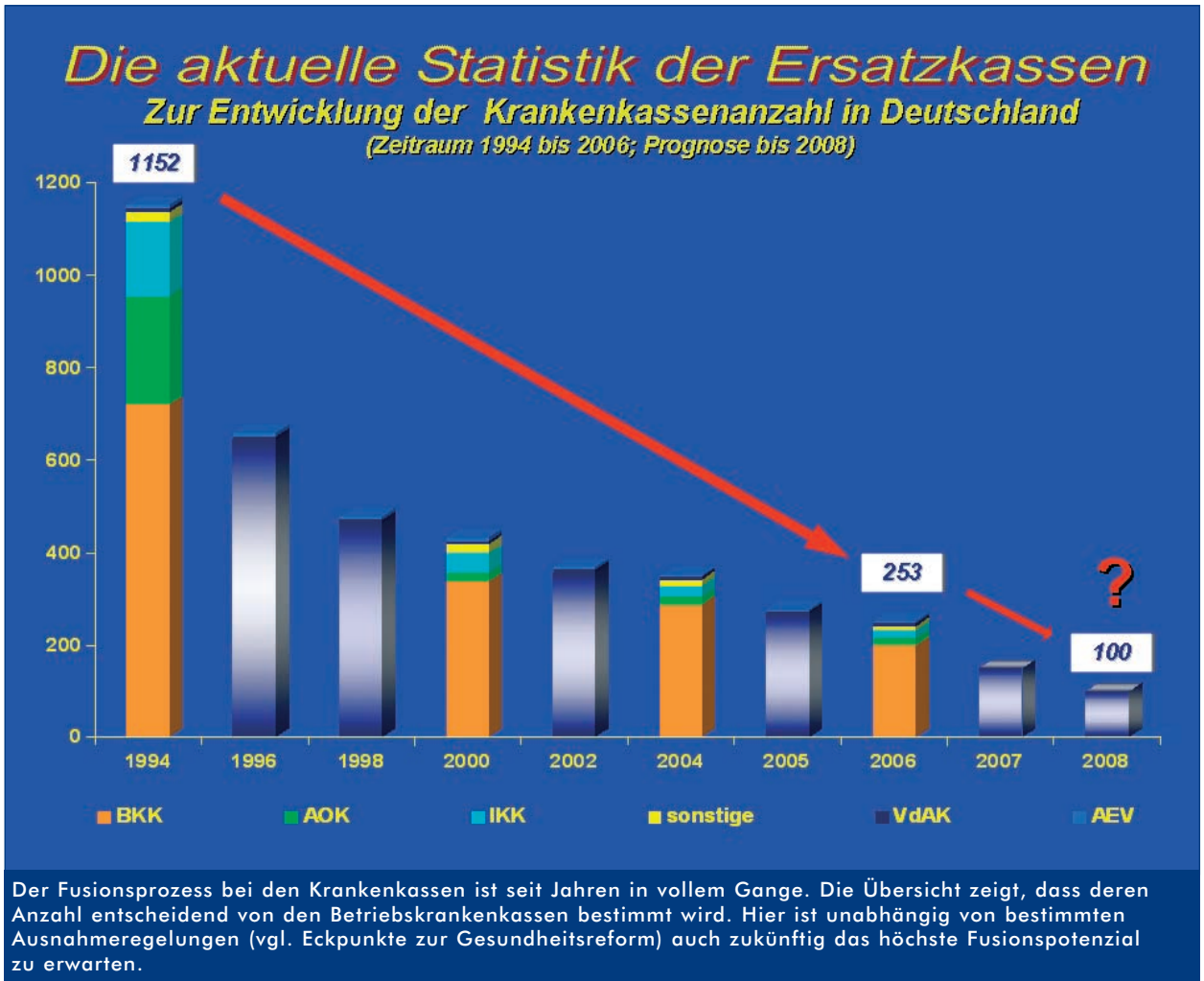
Fazit vorab: Ein untaugliches Instrument hierfür.

Was also könnte den Gesetzgeber sonst umtreiben, solche Eckpunkte zur Gesundheitsreform zu vereinbaren? Reine Klientelpolitik? Mit einem „Leistungswettbewerb“, der an den Leistungserbringern vorbeigeht und mit künftig ungebremsten Kostensteigerungen aus einem „Morbiditätsrisiko“, das die Krankenkassen in

festen Euro-Beträgen von ihren Mitgliedern einziehen müssen? Gewinner des aktuellen Reformvorhabens wären damit jedenfalls die Ärzte und die private Krankenversicherung.

Je länger sich die Politik davor drückt, Anreize für mehr Wirtschaftlichkeit bei Erbringung von Gesundheitsleistungen zu setzen, desto größer wird der Umbruch werden, den die Globalisierung von den Sozialsystemen verlangt. Was die Gesundheitspolitik betrifft, wird man auf Dauer um mehr Eigenverantwortung des Einzelnen und Effizienz des Systems nicht herkommen.

Das gilt genauso für die Landespolitik, der wir deshalb die Umsetzung der Verordnungsermächtigungen zum Rettungsdienstgesetz ans Herz legen – im Herbst wird es Zeit, die zugehörigen Beschlüsse des Kabinetts noch vor dem 01.01.2007 auf den Weg zu bringen. Ohne das wird es auch im Rettungswesen Sachsen-Anhalts noch deutlich teurer werden.



Aufgaben belastet werden. Weitere Steuererhöhungen gefährden die Konsolidierung der Staatshaushalte und schwächen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Gesundheitsfonds führt mittelfristig zu einer Einkommensumverteilung von unten nach oben, da die vorgesehenen Bonus-Malus-Regelungen sich aufgrund der zu erwartenden Kostendynamik zu Kopfpauschalen entwickeln, die unabhängig von der Einkommenssituation zu entrichten sind. Familien mit Kindern werden schlechter gestellt, da PKV-Versicherte mit Kindern zusätzlich Steuern zu entrichten haben. GKV-Versicherte mit Kindern zahlen statt der beitragsfreien Mitversicherung in der GKV Steuern obendrauf – ein familienpolitischer Irrweg. Fraglich ist zudem, ob ein Nebeneinander von steuerfinanzierter Versicherung der Kinder in der GKV und einzelvertraglicher Versicherung von Kindern in der PKV rechtlich zulässig wären. Falls dies nicht der Fall sein sollte, würde die GKV gegenüber der PKV weitere Wettbewerbsnachteile erfahren: Wenn der Gleichbehandlungsgrundsatz verlangte,

auch die Kinder von Versicherten der PKV in die Steuerfinanzierung zu übernehmen, entfielen das einzige monetäre Argument für eine freiwillige Versicherung in der GKV.

Der Gesundheitsfonds lässt sich also weder aufgrund seiner Anreizwirkungen, noch verteilungspolitisch, noch stabilitätspolitisch rechtfertigen. Es mag sein, dass der Gesetzgeber aufgrund der Diskussion über die Bürgerversicherung und die Kopfpauschale aus dem letzten Jahr verzweifelt darum ringt, dem Bürger einen politischen Kompromiss zu präsentieren. Aber angesichts der an vielen Seiten und auch hier vorgetragenen fachlichen Bedenken an dem Gesundheitsfonds wäre es ein echtes Zeichen von Größe, man würde sich von diesem Vorhaben verabschieden. Es muss darum gehen, den zu erwartenden Mehraufwand bei den Verwaltungskosten zu vermeiden, die Wettbewerbsnachteile der GKV gegenüber der PKV nicht noch weiter auszubauen und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die zunehmend dämpfend auf die private Konsumgüternachfrage wirkt, wirksam zu begrenzen.

Koalitionspapiere geben Aufschluss?

Unter Bezugnahme auf unseren letzten Länderreport und den dort umfangreich dargestellten Wahlprüfsteinen der einzelnen Landtagsparteien ist ein Blick auf den mittlerweile zwischen CDU und SPD ausgehandelten Koalitionsvertrag mit besonderer Blickrichtung auf die gesundheitspolitischen Aussagen angebracht.

Dabei überrascht es den Leser keinesfalls, dass die zu lesenden Passagen recht knapp ausfallen. Hier muss man klar auch der Tatsache Tribut zollen, dass die Entscheidungs- bzw. Gestaltungsmöglichkeiten auf der Landesebene eingeschränkt sind. Zudem wurden im Bereich der Krankenhäuser und des Rettungsdienstes erst umfangreiche Gesetzesnovellierungen erfolgreich abgeschlossen.

Prinzipiell unterstützt die Koalition in Magdeburg ihre große Schwester in Berlin. Gemessen an den Gesamtaussagen wird sich überproportional der

Prävention und Gesundheitsförderung zugewandt. Hier findet die Einflechtung von Versorgungszielen und die Entwicklung von Strategien zur Optimierung der medizinischen Versorgungslandschaften vor dem Hintergrund des Gesundheitszielprozesses erhöhte Aufmerksamkeit.

Zweifellos eine anspruchsvolle Aufgabe, zumal damit eine Fülle von Aufgabenstellungen verbunden wären, so u. a. auch eine Neuausrichtung in der Gesundheitsberichterstattung.

Demografischer und sozialer Wandel sollten hierbei immanente Grundlage jeder Entscheidungsfindung sein.

Insgesamt bleibt der Neuigkeitswert für den Bereich der gesundheitlichen Versorgung überschaubar und wird im Bedarfsfall abrufbar sein.

Politischer Handlungsbedarf aus Sicht der Ersatzkassen

Die Ersatzkassenverbände sehen ergänzend für folgende Leistungsbereiche Handlungsbedarf, der von der Landespolitik anzugehen ist:

Rettungsdienst

Das Land hat mit dem neuen Rettungsdienstgesetz verschiedene Verordnungsermächtigungen festgelegt, in deren Ausübungen unter anderem folgende Verordnungen bis zum 31.12.2006 vorbereitet und verabschiedet werden müssen:

- Finanzierung und Controlling des ärztlichen Notdienstes.
Die Ersatzkassen streben die leistungsbezogene Vergütung der Notarztleistungen, differenziert nach den einzelnen Trägern des Rettungsdienstes auf der Grundlage der Kosten- und Leistungsstrukturen des jeweiligen Trägers an. Auf dieser Grundlage wird im Vergleich zur Finanzierung dieser Leistungen durch einen landesweiten Durchschnittsbetrag Quersubventionierung zwischen den Leistungserbringern und den Kostenträgern verhindert.
- Einheitliche Leistungsverzeichnisse für die Anbieter des Rettungsdienstes in den Ausschreibungsverfahren.
Nur einheitliche Ausschreibungen ermöglichen kreisübergreifendes Controlling von Wirtschaft-

lichkeit und Vergleich der einzelnen Angebote. Das Leistungsverzeichnis muss eindeutig, vollständig und für die Beteiligten verbindlich sein.

- Organisation der Schiedsstellenlösung.
Die Schiedsstellen müssen ab 01.01.2007 arbeiten, um finanzielle Sicherheit für Krankenkassen und Leistungserbringer zu gewährleisten. Dabei wird es den Ersatzkassen nicht möglich sein, personell diverse Schiedsstellenverfahren zu begleiten. Deshalb wird eine einfache Lösung mit geringer personeller Beteiligung angeraten.
Es besteht politischer Handlungsbedarf, dass das Kabinett diese Verordnungen noch 2006 verabschiedet. Falls dies nicht geschieht, ist die im Gesetz neu implementierte Verhandlungslösung nicht umsetzbar, und es wären erhebliche Mehrkosten für die GKV im Rettungsdienst zu erwarten.

Krankenhäuser

- Krankenhausgesetz des Landes.
Die Beteiligten diskutieren aktuell, ob Haupt- und Belegabteilungen differenziert und verbindlich im Krankenhausplan aufgeführt werden oder nicht.

Es ist hierbei abzuwägen, Marktkräfte lt. Krankenhausgesetz wirken zu lassen, die auch dazu führen, dass Krankenhäuser bei Zulauf an qualifizierten Ärzten Belegabteilungen in Hauptabteilungen verwandeln, oder die damit verbundenen finanziellen Mehrbelastungen für die GKV zu verhindern, indem diese Merkmale der einzelnen Krankenhäuser ab 2007 verbindlich im Krankenhausplan festgelegt werden. Eine politische Entscheidung wird hier erforderlich.

Pflege

Die Kündigung eines Versorgungsvertrages aufgrund von gravierenden Qualitätsmängeln konnte aufgrund der Rechtslage bisher noch nicht durch-

gesetzt werden. Die Bewertung der Pflegequalität ist im Landespflegeausschuss umstritten, so dass bisher noch kein Verfahren vorliegt, für die zugehörigen Regelungen des SGB XI eine verbindliche Handhabe zu erhalten.

Ohne offiziell verabschiedete Bewertungsverfahren für die Qualitätssicherung in der Pflege sind Sanktionen gegenüber den Leistungserbringern bei Pflege-mängeln, die das SGB XI eindeutig benennt, im Prinzip juristisch nicht durchzusetzen.

Bundesregelungen sind hier gegenüber Landesregelungen vorzuziehen, um einen ruinösen „Wettbewerb“ der Regeln unter den Ländern zu vermeiden – im Sinne der Pflegebedürftigen.

Auszüge aus dem Koalitionsvertrag zwischen CDU und SPD vom 18. April 2006:

.....

Gesundheitsversorgung

Wir treten ein für die Schaffung von medizinischen Versorgungszentren, die Öffnung von Krankenhäusern für die ambulante Versorgung und die Integration von sozialen Diensten.

Die Koalition wird weiterhin die Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten Gebieten, insbesondere im ländlichen Raum, durch finanzielle Unterstützung im Rahmen des Existenzgründerprogramms des Landes bei der Ausstattung von Arztpraxen fördern.

Prävention und Gesundheitsförderung (einschließlich Gesundheits- und Suchtberatung)

stehen als vierte Säule gleichwertig neben der Akutbehandlung, der Rehabilitation und der Pflege. Die Gesundheitsziele sollen auch Versorgungsziele enthalten und eine Entwicklung von Strategien zur Optimierung der medizinischen Versorgungslandschaft nach sich ziehen. Die Koalitionspartner bekennen sich ausdrücklich zur Notwendigkeit des Patientenschutzes und der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. Die in unserem Land vorhandene, qualifizierte Struktur von ambulanten und stationären Rehabilitationseinrichtungen wollen wir den Herausforderungen des demografischen und sozialen Wandels entsprechend weiterentwickeln.

Die Hospizarbeit soll unterstützt und insbesondere im ambulanten Bereich ausgebaut werden, denn das Sterben ist ein Teil des Lebens und kein Tabuthema.

VERANSTALTUNGSHINWEISE

Bitte vormerken!

Termin: 1./2. September 2006	Tag der integrierten Versorgung 2006 „Integrierte Versorgung als Chance zur Erneuerung des Gesundheitswesens“	Ort: Bad Schmiedeberg
Termin: 15. September 2006	Integra Sommer 2006	Ort: Magdeburg
Termin: 14. November 2006	Ersatzkassenforum 2006 Gesundheitsreform 2006 – Anspruch und Wirklichkeit	Ort: Magdeburg

IX. gesundheitspolitisches Symposium

„Teure Gesundheit“ – Chancen und Risiken eines Gesundheitswesens ohne Budgets“



Traditionell findet am Abend des ersten Tages des gesundheitspolitischen Symposiums ein politisches Streitgespräch statt. Die diesjährigen Teilnehmer: Frau Dr. Lydia Hüskens (FDP), Dr. Reinhard Hess (GemBA), Herr Prof. Herbert Rebscher (DAK), Dr. Klaus Holst (Moderation), Frau Prof. Christine Dienel (SPD), und Herr Jens Hennicke (CDU). (von links)

Das IX. gesundheitspolitische Symposium im Bildungszentrum Schloss Wendgräben der Konrad-Adenauer-Stiftung stand ganz im Zeichen der aktuellen Diskussion zur zukünftigen Ausrichtung des Gesundheitswesens in Deutschland, und hochkarätige Referenten haben mit ihren aktiven Beiträgen ganz wesentlich zum Erfolg dieser Veranstaltung beigetragen.

Chancen und Risiken für ein Gesundheitswesen ohne Budgets wurden beleuchtet und dabei u. a. folgende Arbeitsergebnisse erzielt:

- Die neuen Fallpauschalensysteme (DRG-System im Krankenhaus, EBM 2000plus im Arztbereich)

sollten so weiterentwickelt werden, dass die Beteiligten vom derzeitigen Preiswettbewerb um Beitragssätze zu einem Qualitätswettbewerb der besten Versorgung kommen,

- ein Gesundheitswesen ohne Budgets wird es trotz bester Fallpauschalensysteme nicht geben können, da stets Anreize zur Wirtschaftlichkeit bestehen müssen,
- Information von Leistungserbringern sollte ausschließlich dazu dienen, die Souveränität von Patienten und Versicherten zu stärken.



Das Publikum mit ungeteilter Aufmerksamkeit – Zuhörer aus allen Zweigen des Gesundheitswesens.

Die abendliche Podiumsdiskussion unter Beteiligung von Frau Dr. Hüskens (FDP), Dr. Hess (Vorsitzender des gemeinsamen Bundesausschusses), Prof. Rebscher (DAK) Frau Prof. Dienel (Staatssekretärin für Soziales) und Herrn Hennicke (CDU) behandelte u. a. die Themen:

- Steuerfinanzierung der Gesundheitsdienstleistungen für Kinder – Die diskutierte Abkehr von der beitragsfreien Kindermitversicherung in der GKV befürwortete keiner der Beteiligten. Deutliche Position bezogen insbesondere Prof. Dienel und Prof. Rebscher.
- Ärztemangel – Eine mangelhafte Versorgung, auch in der Fläche, gibt es derzeit in Sachsen-Anhalt nicht. Dennoch erkennt die Politik die

Notwendigkeit, präventive Maßnahmen gegen einen möglicherweise drohenden Ärztemangel zu ergreifen.

- Ärzteproteste – Die aktuellen Proteste von Ärzten aus Krankenhäusern haben nichts mit der

Weiterentwicklung der Vergütungssysteme zu tun. Nach einem Beitrag der Krankenhausgesellschaft (Frau Dr. Franke) sind sie nur in einem Teil der Häuser begründet und dort auch die Folge unzureichender Verteilungsregeln.

Landesbasisfallwert 2006

Einigung auch ohne Schiedsstelle

Nach scheinbar unüberbrückbaren Verhandlungspositionen zwischen den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt hatte die Krankenhausgesellschaft die Schiedsstelle angerufen. Dennoch nutzten die Parteien die verbleibende Zeit bis zum Verfahrenstermin, um doch noch eine Verhandlungslösung zu erreichen.

Das war am Ende erfolgreich: Durch Moderation des Sozialministeriums einigten sich die Vertragsparteien und erzielten in diesen parallel geführten politischen Gesprächen zum Landesbasisfallwert folgendes Ergebnis:

Der landesweite Basisfallwert vor Kappung beträgt 2006 und 2007 konstant 2.780 €. Beide Seiten

haben die Zustimmung zu diesem Kompromiss angekündigt. Nun bedarf es noch der Ausformulierung der Vereinbarung.

Für die Kassenseite bedeutet dieser Kompromiss zwar eine außerordentliche Ausgabensteigerung gegenüber dem Ausgangswert 2005 von 2.744,19 €; dafür bleibt der Basisfallwert vor Kappung für 2006 und 2007 unverändert, was zur Planungssicherheit für alle Beteiligten beiträgt.

Die Verhandlungen der Erlösbudgets der Krankenhäuser für die Jahre 2006 und 2007 können nach dem Abschluss der ausstehenden Vereinbarung zum Landesbasisfallwert zeitnah beginnen.

integra – neue Wege zur Gesundheit (I)

Erstmals Angebote im Bereich der Kinderchirurgie

Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt und das Universitätsklinikum der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg bieten in Kooperation mit dem Diakoniekrankenhaus Halle die integrierte Versorgung in der Kinderchirurgie an:

Diese füllt eine Lücke zwischen stationärer und ambulanter Behandlung. Größtmögliche Sicherheit für die Kinder wird dabei mit einem möglichst kurzen Klinikaufenthalt verbunden. Niedergelassene Kinderärzte können ihre kleinen Patienten an das Klinikum überweisen, wenn eine Operation notwendig ist.

Bisher stehen 31 Eingriffe im Leistungskatalog, zum Beispiel Leistenbruch, Hodenhochstand, abstehende Ohren oder Kniegelenkzysten.

Die Kinder bleiben in der Regel eine Nacht nach der Operation im Klinikum, bei Bedarf auch länger. Damit kommen die Anbieter einem Wunsch vieler Eltern und Kinder entgegen, die keine langen Klinikaufenthalte wünschen, gleichzeitig aber größtmögliche Sicherheit und qualitativ hochwertige medizinische Versorgung haben wollen.



„Erster Patient nach erfolgreicher kinderchirurgischer Behandlung“

integra – neue Wege zur Gesundheit (II)

10.000. Patient innerhalb der integrierten Versorgung



10.000 Mal integrierte Versorgung in Sachsen-Anhalt –
10.000. integra-Patientin

Seit 2002 operieren niedergelassene Operateure im Rahmen der integrierten Versorgung im Projekt „integra – neue Wege zur Gesundheit“, dem einzigen landesweiten Projekt seiner Art in Deutschland über 10.000 Patienten mit einem kurzstationären postoperativen Aufenthalt. Und die Zahl der Behandlungen wächst rasant. Die meisten integra-Patienten entscheiden sich sehr bewusst für einen bestimmten Arzt oder ein bestimmtes Krankenhaus und sind dafür oft sogar bereit, weite Wege in Kauf zu nehmen. Mehr als fünf Prozent aller integra-Patienten kommen aus anderen Bundesländern.

Entscheidende Gründe für diesen Boom liegen offenbar nicht nur in guten Heilungserfolgen.

Auch der Service und die gute Atmosphäre auf den Stationen, das freundliche Personal und beispielsweise das Essen aus eigener Küche kommen bei den Patienten gut an.

Seit Jahresbeginn untersucht zudem ein interdisziplinäres Team der Universität Magdeburg integra-Behandlungen unter medizinischen, sozialen sowie wirtschaftlichen Gesichtspunkten und vergleicht die Ergebnisse mit Therapien außerhalb der integrierten Versorgung. Ziel hierbei ist es, die verschiedenen Behandlungswege objektiv vergleichbar zu machen und neue, für die integrierte Versorgung besonders geeignete Leistungsbereiche zu „entdecken“..

Die Erfahrung mit inzwischen über 10.000 Patienten zeigt: integra kennt nur Gewinner. Die kurzen Aufenthalte sparen den Patienten sowohl Zeit, als auch Geld für bestimmte Zuzahlungen und entlasten die Krankenkassen. Die größte Sicherheit ist für den Patienten durch die nachoperative stationäre Unterbringung mit der Infrastruktur des kompletten Krankenhauses im Hintergrund garantiert. Die hohen Qualitätsstandards werden durch die strenge Auswahl der operierenden Ärzte und die unabhängige Qualitätssicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung gewährleistet. Eine bessere Auslastung der personellen und technischen Kapazitäten trägt zur wirtschaftlichen Stärkung der drei Krankenhäuser und der Rehabilitationsklinik bei und sichert letztendlich auch Arbeitsplätze. Durch die erweiterten Leistungsspektren erhöht sich die Attraktivität von Krankenhäusern und niedergelassenen Arztpraxen. Beide Seiten können ihren Patienten mehr bieten und neue Tätigkeitsfelder erschließen.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg
Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30
Verantwortlich: Dr. Klaus Holst, stellv. Leiter