

# report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

März 2006

# ersatzkassen

## 10 Fakten zum „Ärzttemangel“ in Sachsen-Anhalt

Ärzteproteste am 16.01.2006 und, wie verlautbart, voraussichtlich am 24.03.2006 thematisieren eine ungenügende Vergütungs- und Versorgungssituation der niedergelassenen Ärzte.

Vor diesem Hintergrund liefert die Landesvertretung 10 Fakten für die Lage der Ärzte in Sachsen-Anhalt:

### 1. Es gibt keinen „Ärzttemangel“ in Sachsen-Anhalt

Das Schlagwort „Ärzttemangel“ bezieht sich auf den Begriff Unterversorgung nach den Bedarfsplanungsrichtlinien für die vertragsärztliche Versorgung. Hiernach ist eine Unterversorgung zu vermuten, wenn der optimale Versorgungsgrad eines Planungsbereiches – eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt – zu weniger als 75 Prozent (Hausärzte) bzw. 50 Prozent (andere Fachärzte) erreicht wird. Diese Versorgungsgrade berücksichtigen die Bevölkerungsdichte des jeweiligen Planungsbereiches. In Sachsen-Anhalt ist also keine Unterversorgung im hausärztlichen Bereich zu vermuten (Tabelle 1).

### 2. Drohende Unterversorgung? – Eine Prognose mit Mängeln.

Der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen hat Ende 2004 eine „drohende Unterversorgung“ für die in Tabelle 1 aufgeführten Planungsbereiche

### In dieser Ausgabe

- 10 Fakten zum „Ärzttemangel“
- Hospizversorgung in Sachsen-Anhalt
- Landtagswahl 2006 Wahlspezial
- KTQ: Sachsen-Anhalt bundesweit vorn
- Schiedsamt regelt Richtgrößen und Vollzug von Regressen
- Erste LQV abgeschlossen

beschlossen. Dieser Beschluss beruht auf einer Prognose, die in Niveau und Entwicklung mit der Ist-Situation nicht zusammenpasst. Die Beteiligten haben diesen Sachverhalt erkannt und arbeiten an einer Korrektur des zugehörigen Prognosemodells. Fakt ist, dass sich die Versorgungssituation über die vom Landesausschuss ausgewählten Planungsbereiche seit 2002 insgesamt leicht verbessert hat (Tabelle 1). Auch kann die These von einer Konzentration der Versorgung auf ohnehin schon besser versorgte Regionen nicht aufrecht gehalten werden: Von den Planungsbereichen mit

einem Versorgungsgrad von weniger als 90 Prozent im Jahr 2002 hat bis 2005 ein Landkreis eine Verschlechterung der Versorgungssituation erfahren, während vier sich in einer besseren Lage als 2002 befinden.

### 3. Die Bevölkerungsentwicklung Sachsen-Anhalts senkt den Bedarf an Ärzten

Demografische Entwicklung und Abwanderung haben in Sachsen-Anhalt bereits zu einem massiven Bevölkerungsrückgang geführt und werden nach Schätzungen des statistischen Landesamtes vom 1st 2003 (2,52 Mio. Einwohner) bis 2015 (2,20 Mio. Einwohner) zu einem weiteren Rückgang um insgesamt etwa 13 % führen. Damit ändert sich die Bevölkerungsdichte in den Planungsbereichen und so auch der Bedarf an niedergelassenen Ärzten.

### 4. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte je Einwohner ist in Sachsen-Anhalt stabil

Die Zahl der niedergelassenen Hausärzte nimmt tendenziell ab. Da aber der Bevölkerungsrückgang

überwiegend noch stärker ausfällt, kann die Zahl der niedergelassenen Ärzte je Einwohner, bezogen auf den hausärztlichen Bereich, als stabil bezeichnet werden. Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung ist festzustellen, dass im Facharztbereich die Situation kaum besser als im Jahr 2005 war (Tabelle 2).

### 5. Die jährlichen Neuzulassungen von Hausärzten in Sachsen-Anhalt sind auf gutem Weg

Die Abgänge an Hausärzten haben in Sachsen-Anhalt im Jahr 2004 einen Höchstwert erreicht. Dies liegt an der hohen Besetzung der Alterskohorten von den Ärzten, die in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand gehen werden. Parallel hierzu ist aber auch der Neuzugang von Hausärzten von Jahr zu Jahr kontinuierlich gestiegen – wenn auch auf niedrigerem Niveau (Tabelle 2). Nach der Prognose des Statistischen Landesamtes und gegebener Versorgungssituation werden im Jahr 2015 etwa 190 Hausärzte weniger benötigt. Insofern bedeutet

## DER KOMMENTAR



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

Unser Gesundheitssystem ist international vorzeigbar, aber es muss dringend etwas geschehen – ob nun auf nationaler Ebene, indem die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf den Kopf gestellt wird oder auf Landesebene, indem neue Präventionsprogramme, Gesundheitsziele oder integrierte Versorgungsformen aufgelegt werden. Dabei ist das Solidarprinzip jedoch eine Grundfeste für die Versorgung Kranker in unserem Land. Darin sind sich sämtliche Parteien einig.

Welche Umverteilungsprozesse aber ausgelöst werden, wenn etwa die beitragsfreie Familienversicherung abgeschafft werden würde – darüber macht sich niemand Gedanken. Woher das Geld kommen soll, um 15 Milliarden Euro für eine steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung unserer Kinder bereitzustellen, bleibt wohl am Ende ein Geheimnis der Finanzminister. Zur Erinnerung: Die aktuelle familienpolitische Offensive hat es in einem Kraftakt erreicht, wenigstens 480 Millionen Euro für Familienförderung bereitzustellen...

Man wird den Eindruck nicht los, dass es fast ausschließlich die Lobbys der Wirtschaftsverbände und der Ärzteschaft sind, die sich in die Wahlprogramme der Parteien einbringen konnten: Der „Ärztmangel“ verlangt Wirtschaftsförderung für Freiberufler, die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung verlangen

die Befreiung von Lohnkosten für Arbeitgeber. Dem „Ärztmangel“ widmen wir uns anhand offizieller Daten in der vorliegenden Ausgabe des Länderreportes – und die Situation am Arbeitsmarkt, das weiß jeder Ökonom, lässt sich nicht mit Gesundheitspolitik heilen.

Es erfordert offensichtlich Mut, zu sagen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ihre Aufgaben nach wie vor erfüllt, auch wenn die Verteilungskämpfe in Deutschland aus guten Gründen zunehmen. Wie wäre es, wenn eine Partei sagte: „Angesichts eines stagnierenden Volkseinkommens und einer seit Jahren rückläufigen Lohnquote in Deutschland leistet die gesetzliche Krankenversicherung eine ausgezeichnete Arbeit.“

Wir wünschen uns und den politischen Akteuren, diese Spielregeln auch dann nicht zu ändern, wenn alle Interessengruppen in wirtschaftlich schwieriger Zeit zusammenhalten müssen: Das wäre dann echte Solidarität – Fairplay von allen für alle.

die Fortsetzung der Entwicklung nach Tabelle 3 – Nettoverlust von ca. 20 Hausärzten jährlich – kein Problem für die Versorgung: Ein Rückgang von etwa 200 Zulassungen in 10 Jahren ist mit dem prognostizierten Bedarfsrückgang von 190 Zulassungen nahezu identisch.

**6. Das Problem der Überalterung im Hausarztbereich löst sich in den Jahren 2014 bis 2018 demografisch**

Nach Information der KBV vertreten die Alterskohorten der Jahrgänge 1941 bis 1947 weit überproportional die niedergelassenen Hausärzte in den neuen Bundesländern. Dies erklärt den Anstieg in den Praxisaufgaben seit 2004 (Tabelle 2). Bei einer Praxisaufgabe mit in der Regel 65 Jahren ist davon auszugehen, dass dieser Überalterungs-Effekt ab dem Jahr 2010 überwunden wird: Die nachfolgenden Alterskohorten der Jahrgänge 1949 bis 1953 sind weit unterproportional vertreten. Diese Entwicklung wird zudem durch den Bevölkerungsrückgang in Sachsen-Anhalt, was die Versorgung im hausärztlichen Bereich angeht, stabilisiert.

Planungsbereiche	IST - Situation		
	2002	12/2005	Differenz
Aschersleben	97,67	93,10	-4,57
Bernburg	85,02	88,20	3,18
Bördekreis	97,80	101,90	4,10
Dessau	81,72	82,20	0,48
Halberstadt	87,86	88,30	0,44
Jerichower Land	84,01	86,70	2,69
Köthen	92,98	97,00	4,02
Merseburg	94,13	91,60	-2,53
Salzwedel	81,56	79,40	-2,16
Stendal	94,77	94,70	-0,07
Sangerhausen	96,03	89,10	-6,93
Weißenfels	101,70	104,60	2,90
<b>Mittelwert</b>	<b>91,27</b>	<b>91,40</b>	<b>0,13</b>

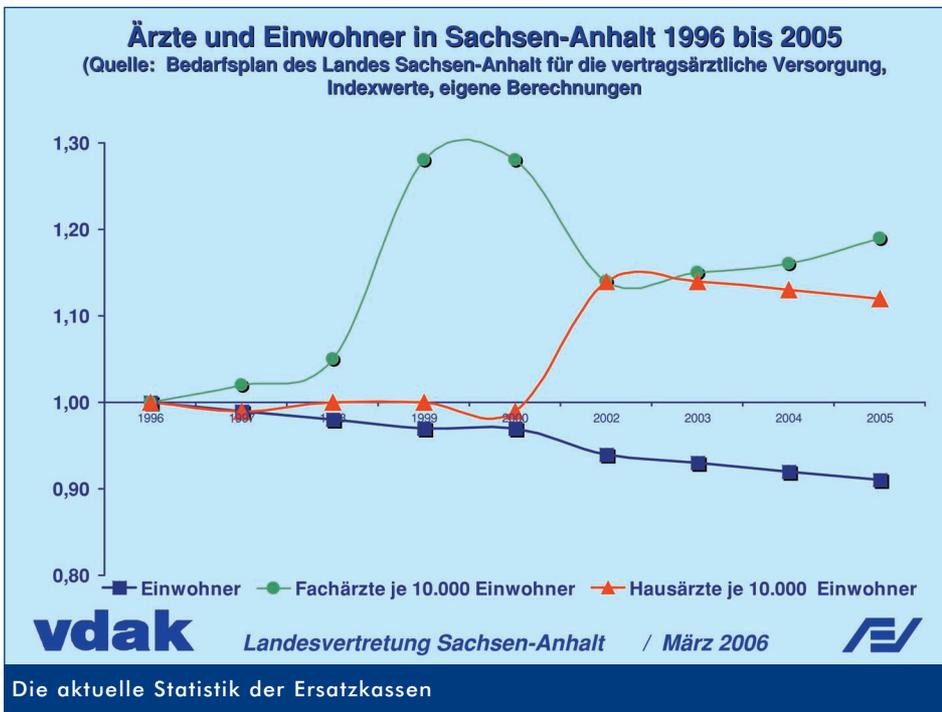
Tabelle 1: Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen-Anhalt  
 Hier: Versorgungssituation Hausärzte in den einzelnen Planungsbereichen  
 Quelle: Bedarfspläne des Landes Sachsen-Anhalt 1997 bis 2005

**7. Die Unterversorgung im hausärztlichen Bereich bedeutet keinen Kollaps**

Die Kassenärztliche Vereinigung ist dafür zuständig, eine Unterversorgung, soweit diese eingetreten sein sollte, zu beseitigen. Falls dies nicht gelingt und die Sicherstellung nicht gewährleistet werden kann, ordnet der Landesausschuss Zulassungsbeschränkungen in anderen Gebieten an. Auf diese Weise kommt es zu einer Umverteilung von Zulassungen zu Gunsten der betroffenen Zulassungsbereiche und zu Lasten gut versorgter Bereiche – eine Unterversorgung würde dadurch nachhaltig beseitigt.

**8. Die Attraktivität des Arztberufes erreicht 2005 neue Höhen**

Das BMG beschreibt in seiner Pressemitteilung vom 17.01. 2006 Zahlen und Fakten zur Situation der Ärzteschaft. Hier-nach kommen im Jahr 2005 5,2 Bewerber auf einen Studienplatz in der Humanmedizin: Das ist ein neuer Rekord und liegt nach den Informationen des BMG nicht zuletzt daran, dass das Ansehen der Ärzte in der Bevölkerung und die Einkommensaussichten im Vergleich zu anderen Berufsgruppen hervorragend sind.



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Hausärzte Zugänge	11,4	17,2	24,7	23,8	17	20	24,5	25	31
Hausärzte Abgänge	27	28	42,9	41,6	29	34,5	39,5	61	56,3
<b>Hausärzte Saldo</b>	<b>-15,6</b>	<b>-10,8</b>	<b>-18,2</b>	<b>-17,8</b>	<b>-12</b>	<b>-14,5</b>	<b>-15</b>	<b>-36</b>	<b>-25,3</b>
Fachärzte Zugänge	57,9	73,9	189	51,6	24	27	26	47,6	54,6
Fachärzte Abgänge	48,4	44,2	36,6	52,6	34,5	30,5	30,6	38,1	39,3
<b>Fachärzte Saldo</b>	<b>9,5</b>	<b>29,7</b>	<b>152,4</b>	<b>-1</b>	<b>-10,5</b>	<b>-3,5</b>	<b>-4,6</b>	<b>9,5</b>	<b>15,3</b>

Tabelle 2: Entwicklung der Arztzahlen in Sachsen-Anhalt

Hier: Zu- und Abgänge bei Haus- und Fachärzten im Bereich der KVSA

Quelle: Bedarfspläne des Landes Sachsen-Anhalt 1997 bis 2005, eigene Berechnungen

### 9. Die Selbstverwaltung schultert ihre Aufgaben im Konsens

Bei allen öffentlichen Querelen – Ärzteprotesten, Aufständen der Ärzte –, die von Arztorganisationen außerhalb der Kassenärztlichen Vereinigung initiiert werden, bleiben die Partner der Selbstverwaltung kompetente Entscheider, die auch künftig angemessene Vergütungen für ärztliche Leistungen vereinbaren und als Beteiligte des Landesausschusses Ärzte/Krankenkassen die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung steuern.

### 10. Die Ersatzkassen finanzieren ver-

### tragsärztliche Leistungen auskömmlich und angemessen

Gemäß § 85 Absatz 2 Satz 2 SGB V haben die Ersatzkassen gemeinsam mit der KVSA die Gesamtvergütung und damit das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen einvernehmlich vereinbart. Das Ergebnis der Vertragsverhandlungen im Jahr 2005 gewährleistet damit eine auskömmliche Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen, so dass die Ersatzkassen sämtliche budgetierte Leistungen ihren Versicherten mit einem Punktwert in Höhe von etwa 3,5 Cent finanzieren.

## Hospizversorgung in Sachsen-Anhalt

Kaum etwas bewegt so sehr, wie die Begegnung mit dem Tod. Doch kaum etwas geschieht heute so sehr im Verborgenen wie das Sterben. „Dem Sterben seinen natürlichen Lauf lassen“ – diese Forderung entstammt der Grundüberzeugung vieler, die sich in der Hospizbewegung in Deutschland engagieren.

### Lebensqualität und Würde

Im Mittelpunkt der Hospizarbeit stehen sterbende Menschen mit ihren Bedürfnissen und Rechten. Ziel ist die Verbesserung bzw. Aufrechterhaltung der Lebensqualität. Notwendig hierfür ist eine professionelle Arbeit, welche durch Fachkräfte und Ehrenamtliche im Team geleistet wird. Im Hospiz werden unheilbare Krankheiten im Finalstadium behandelt. Aus diesem Grund muss ein stationäres Hospiz auf Möglichkeiten von Kriseninterventionen, körperlicher und psychischer Art, eingerichtet sein. Der Hospiz-

arbeit haben sich in Sachsen-Anhalt ausschließlich konfessionelle Träger verschrieben. Sie haben die Hospizbewegung sehr erfolgreich in unserem Bundesland etabliert.

### Ausreichende Kapazitäten für Sachsen-Anhalt

In den 14 ambulanten und 3 stationären Hospizeinrichtungen stehen die persönlichen Wünsche sowie die körperlichen, sozialen, psychischen und spirituellen Bedürfnisse von Sterbenden im Mittelpunkt.

Auch im Akutbereich vervollständigen 5 Krankenhäuser mit Palliativstationen die medizinische Versorgung. Mit den stationären Hospizen in Magdeburg, Halle und Stendal sowie ein in Planung befindliches stationäres Hospiz der Diakonie Dessau haben wir zukünftig vier Standorte, die sich den Bedürfnissen und Rechten Sterbender annehmen. Die stationäre Versorgung mit Hospizen ist mit zukünftig 34 Plätzen ausreichend abgesichert. Bei Fragen zur Leistungsbewilligung und Kostenübernahme von Hospizleistungen ist ihre Pflegekasse ein kompetenter Ansprechpartner.

Hospiz	Stationäre Plätze
Hospiz am St. Elisabeth Krankenhaus Halle	8
Evangelisches Hospiz Stendal	8
Hospiz Luisenhaus der Pfeifferschen Stiftungen Magerburg	10
Hospiz der Diakonie (ADA) in Dessau	8 (Planung)
<b>Gesamt</b>	<b>34</b>

# Landtagswahl 2006 Wahlspezial

**Die Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt stehen an. Welche Einschätzungen zum bisher Erreichten werden gegeben, welche Schwerpunkte werden gesetzt? Wir haben bei den einzelnen Landtagsparteien bzw. deren sozialpolitischen Sprechern nachgefragt (siehe Seite 6 + 7). Hier deren Positionen bzw. Antworten zu unseren Fragen:**

## ▼ VdAK/AEV

**In internationalen Vergleichen wird dem deutschen Gesundheitswesen ein/der Spitzenplatz zugewiesen, teilen Sie diese Einschätzungen?**

### ▲ CDU

Die CDU Sachsen-Anhalt teilt diese Einschätzung. Allerdings ist kritisch anzumerken, dass das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich zu den Ländern gehört, wo die Gesundheitsausgaben erheblich über dem OECD-Durchschnitt liegen. Mehrausgaben müssen nicht unbedingt ein Problem sein, vor allem dann nicht, wenn der zusätzliche Nutzen die Mehrkosten übersteigt. Ein Großteil des Kostenanstiegs ist neuen Medikamenten, Instrumenten und Verfahren zuzuschreiben, die aber auch zu einer Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung geführt und zu einer Reduzierung der Invalidität beigetragen haben. Dennoch scheint es hier noch Wirtschaftlichkeitsreserven zu geben, die es zu erschließen gilt. Hierzu bedarf es einer Modernisierung des Gesundheitswesens. Dabei ist auch die Effizienz des Gesundheitssystems zu verbessern.

### ▲ SPD

Ja, erst kürzlich hat eine Vergleichsstudie aus sechs Ländern (Deutschland, USA, Australien, Kanada, Neuseeland und Großbritannien) dem deutschen Gesundheitssystem eine sehr gute Qualität bescheinigt. Allerdings fällt die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten in Deutschland besonders gering aus, was möglicherweise mit einer hohen Erwartungshaltung zu tun hat. Der Sachverständigenrat hat auf der anderen Seite von Über-, Fehl- und Unterversorgung an bestimmten Stellen der medizinischen Versorgung gesprochen. Diese Mängel müssen beseitigt und eine Lösung für die finanziellen Grundlagen der GKV gefunden werden.

### ▲ Linkspartei.PDS

Was Ausgaben und medizinisch-technische Möglichkeiten betrifft, mag das zutreffen. Effizienz fragt aber vor allem nach dem Verhältnis von Aufwand

(Kosten, Strukturen und andere Ressourcen) und Nutzen (gesundheitlicher Wohlstand aller). Ein Nebeneinander von Unter-, Über- und Fehlversorgung bringt kostensteigernde Qualitäts- und Versorgungsdefizite – eines der Kernprobleme unseres Gesundheitssystems. Also sind mutige Strukturreformen gefragt, um u. a. die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzuheben, z. B. durch den Ausbau der Integrierten Versorgung. Ein Paradigmenwechsel hin zur Stärkung der Prävention ist nötig. Erhebliche Reserven sehe ich auch bei den Zugangsmöglichkeiten für alle Menschen gleichermaßen.

### ▲ FDP

Deutschland hat im internationalen Vergleich ein umfassendes, preiswertes und damit überdurchschnittlich effizientes Gesundheitswesen. Mit dieser Aussage des Fritz Beske Instituts (igsf) scheinen einige Irrtümer der Vergangenheit ausgeräumt. Allerdings stehen wir angesichts des demografischen Wandels, des geänderten Krankheitspanoramas und des medizinischen Fortschritts vor der Aufgabe, unser Gesundheitswesen generationengerecht zu gestalten, damit auch in Zukunft für alle ein hohes Versorgungsniveau zu annehmbaren Kosten gewährleistet werden kann. Dieses Ziel soll nach den Vorstellungen der FDP mit mehr Wettbewerb und kapitalgedeckten Elementen in der Krankenversicherung erreicht werden.

### ▲ Bündnis 90/Die Grünen

Grundsätzlich ja. Unser Gesundheitswesen ist hinsichtlich seiner Qualität und vor allem auch hinsichtlich seiner Zugänglichkeit deutlich besser als viele andere Gesundheitssysteme. Allerdings dürfen wir darüber noch bestehende Strukturdefizite nicht außer Acht lassen. Dazu gehört insbesondere die noch unzureichende Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulantem Bereich. Außerdem gibt es deutliche Schwächen hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit. Die hohen Aufwendungen für die Krankenversicherung werden nicht immer so effizient und effektiv genutzt, wie das eigentlich möglich und auch erforderlich wäre.

### ▼ VdAK/AEV

#### Wie schätzt Ihre Partei die gesundheitliche Versorgung speziell in Sachsen-Anhalt ein?

##### ▲ CDU

Die gesundheitliche Versorgung in Sachsen-Anhalt ist noch gut. Allerdings muss ein Mangel an Ärzten und Pflegekräften verhindert werden, gerade im ländlichen Bereich. Wir wollen deshalb die Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Gebieten, insbesondere im ländlichen Raum, durch finanzielle Unterstützung bei der Ausstattung von Arztpraxen fördern. Bereits heute wird die Niederlassung von Ärzten im Rahmen des Existenzgründerprogramms der Landesregierung gefördert. Neben der bereits bestehenden Förderung durch die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt können auch die Kommunen durch konkrete Angebote vor Ort die Niederlassung von Ärzten unterstützen.

Die Bedarfsplanung zur ärztlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger muss unabhängig von den medizinischen Versorgungszahlen und der Bevölkerungsentwicklung erfolgen. Stärker als bisher sollen die an Kliniken und Krankenhäusern beschäftigten Ärzte in die ambulante ärztliche Versorgung der Bevölkerung einbezogen werden.

Die ärztliche Honorierung ist leistungsgerechter zu gestalten. Ärzte werden künftig für gute Qualität und nicht mehr für die Ausweitung von Leistungen bezahlt. Ärzte sollen sich wieder mehr auf die Versorgung ihrer Patienten konzentrieren können und sich nicht ständig mit Richtlinien und Bürokratie beschäftigen müssen. Dies ist auch eine Voraussetzung für mehr Motivation und Leistungsbereitschaft der Mediziner.

##### ▲ SPD

Ambulante und stationäre medizinische Versorgung werden weitgehend in hoher Qualität gewährleistet, Möglichkeiten der Anschlussheilbehandlung und Rehabilitation bestehen. Eine Unterversorgung gibt es im ambulanten Bereich in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, in der Allgemeinmedizin droht die Gefahr, dass aus Altersgründen frei werdende Praxen keine Nachfolge finden. Ausbaufähig sind sektorübergreifende Versorgungsangebote (z. B. medizinische Versorgungszentren und integrierte Versorgung) und verbesserungsbedürftig sind alle Versorgungsketten, an denen mehrere Kostenträger und unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt sind (z. B. Suchtkrankenhilfe und Versorgung psychisch Kranker). Die Prävention bedarf der Stärkung.

##### ▲ Linkspartei.PDS

In den großen Städten und Ballungszentren ist die Gesundheitsversorgung gut. Im ländlichen Raum gestaltet sich der Zugang zu medizinischer Versorgung zunehmend schwieriger. Es droht ein Defizit in der hausärztlichen Versorgung. In einigen Regionen und Facharztbereichen gibt es bereits längere Wartelisten. Medizinische Gesundheitszentren erscheinen als eine Möglichkeit, dem beizukommen. Letztlich wird es aber von der Attraktivität der ländlichen Räume, auch von den so genannten weichen Standortfaktoren abhängen, ob eine Niederlassung für ÄrztInnen dort in Frage kommt. Das in Mecklenburg-Vorpommern angeschobene Modellprojekt der Gemeindeschwestern (cm-nurse) ist u. U. ebenso eine diskutabile Alternative.



Brunhilde Liebrecht  
(CDU)



Dr. Gerlinde Kuppe  
(SPD)



Birke Bull  
(Linkspartei.PDS)

▲ FDP

Sachsen-Anhalt hat in der Gesundheitspolitik in den letzten Jahren den richtigen Weg eingeschlagen. Mit dem neuen Krankenhausgesetz und dem neuen Rettungsdienstgesetz hat die FDP für moderne Strukturen gesorgt. Mit der Neujustierung der Gesundheitsziele wurden Prävention und Gesundheitsförderung gestärkt. Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird in den kommenden Jahren erheblich mehr Aufmerksamkeit verlangen. Neben einer Förderung im investiven Bereich streben wir eine Finanzierung von Sicherstellungszuschlägen durch EU-Förderprogramme an, insbesondere dann, wenn die ärztliche Unterversorgung ein flächendeckendes Problem werden sollte.

▲ Bündnis 90/Die Grünen

Die Gesundheitspolitik in Sachsen-Anhalt hat sich in den vergangenen Jahren auf organisatorische Fragen, wie die Organisation des Rettungswesens und die Krankenhausplanung sowie auf Symbolpolitik konzentriert. Bisher fehlte weitgehend eine gestaltende Gesundheitspolitik, die Versorgungsfragen, Bürgerfreundlichkeit und Prävention in den Blick nimmt. Auch wenn die Weiterentwicklung der Gesundheitsziele erfolgt ist, wird nur halbherzig mit deren Umsetzung umgegangen.

▼ VdAK/AEV

**Welche gesundheitspolitischen Schwerpunkte stellen Sie sich in den kommenden Jahren?**

▲ CDU

Für uns steht bei der Gesundheitspolitik in Sachsen-Anhalt der Mensch im Mittelpunkt. Wir wollen eine

aktive Politik der Prävention und wir wollen, dass sich jeder, der krank wird, auf die bestmögliche medizinische Hilfe verlassen kann.

Unser erklärtes Ziel ist eine lebenslange und altersunabhängige Gesundheitsvorsorge. Hierzu gehört das klare Bekenntnis der CDU zur Einführung eines Rauchverbotes in Kindereinrichtungen und an Schulen, welches schrittweise auf alle öffentlichen Bereiche ausgeweitet werden soll. Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge müssen aus unserer Sicht im frühen Kindesalter, etwa in den Kindertagesstätten und Schulen beginnen und für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere auch für die älteren Mitbürgerinnen und Mitbürger, vorgehalten werden.

Wir sind für einen „Masterplan“ Gesundheitswirtschaft, der alle Akteure aus der Privatwirtschaft und dem selbst verwalteten Gesundheitswesen einbindet, um Sachsen-Anhalt zu einem guten Standort für Unternehmen aus der Gesundheitsbranche und den Randbereichen wie Wellness, Freizeit und Sport zu machen. Der Jobmotor Gesundheit enthält ein wesentliches Beschäftigungspotential und damit realistische Chancen auf neue Arbeitsplätze in Sachsen-Anhalt.

Im Krankheitsfall brauchen wir, wie bereits in der vorherigen Antwort ausgeführt, eine leistungsfähige und wohnortnahe ärztliche Versorgung. Ein Mangel an Ärzten muss verhindert werden. Jede Bürgerin und jeder Bürger in Sachsen-Anhalt soll ein Krankenhaus in ihrer bzw. seiner Nähe und ein Krankenhaus der Schwerpunkt- bzw. Maximalversorgung in möglichst geringer Entfernung finden. Die Kapazität der Krankenhäuser muss ausreichen, um Wartelisten zu verhindern und die Notfallversorgung zu gewährleisten. Die medizinischen Hochschulen in Magdeburg und Halle sollen ihren Schwerpunkt in der speziellen Betreuung und Therapie suchen und sich noch mehr dem Schwerpunkt der medizinischen Forschung widmen. Eine Doppelversorgung bei speziellen Zentren soll verhindert werden. Kleineren Krankenhäusern sollen die Aufgaben der Regel- und Grundversorgung überlassen werden, da sie ökonomischer wirtschaften.

▲ SPD

Neben der Neuordnung der finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung bestehen für uns folgende Schwerpunkte in Sachsen-Anhalt:

1. Ausbau der Prävention



Friedemann Scholze  
(FDP)



Ines Brock  
(Bündnis 90/Die Grünen)

2. Verbesserung der Früherkennung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern
3. Weiterentwicklung der Gesundheitsziele
4. Überwindung der noch in weiten Bereichen bestehenden starren Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung (Ausbau integrierter Modelle).

▲ Linkspartei.PDS

Bundespolitisch ist eine Strukturreform dringlich. Eine Strukturreform von unten wäre durch den Ausbau der Integrierten Versorgung und die Stärkung des Hausarzt-systems realisierbar. Im Land ist uns bei der Umsetzung der Gesundheitsziele die Orientierung an den unterschiedlichen Lebenslagen von Menschen wichtig, die Berücksichtigung unterschiedlicher finanzieller Möglichkeiten und des individuellen Bildungsstandards. Eine regelmäßige integrierte Sozial- und Gesundheitsberichterstattung ist die nötige Voraussetzung. Die Förderung der gesundheitlichen Selbsthilfe ist ein weiterer Punkt, insbesondere im ländlichen Raum, einschließlich der Selbsthilfe mit sozialer Indikation.

▲ FDP

Die Gesundheitspolitik muss sich in den nächsten Jahren an medizinischen Inhalten und nicht nur an den Kosten orientieren. Das Heilen von Krankheiten und Steigern der Lebensqualität bringt unserer Volkswirtschaft einen Nutzen. Mit der Gesundheitswirtschaft haben wir einen künftigen Wachstumsmarkt. Somit sind in Sachsen-Anhalt nicht nur unsere medizinischen Forschungseinrichtungen, Medizintechnik- und Pharmaindustrie wichtige Standortfaktoren, sondern auch gute Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste und Apotheken. Im Kampf gegen die Volkskrankheiten muss eine bessere Vernetzung dieser Akteure gelingen. Kurzum: Ein neues Denken, eine Liberalisierung täte uns gut!

▲ Bündnis 90/Die Grünen

In Sachsen-Anhalt wird es vor allem darauf ankommen, bestehende Lücken insbesondere im hausärztlichen Bereich zu schließen. Dazu wird eine enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenkassen und Landesregierung erforderlich sein. In diesem Rahmen wird auch zu diskutieren sein, ob und wie das Land die Anstrengungen der Selbstverwaltungspartner unterstützen kann. Wichtig wird auch sein, das Entstehen neuer

Versorgungsformen, wie der Integrationsversorgung, zu unterstützen. Rot-Grün hat dafür auf Bundesebene die notwendigen Rahmenbedingungen geschaffen.

▼ VdAK/AEV

**Schlagworte wie „Bürgerversicherung“, „Kopfpauschale“ stehen für verschiedene Finanzierungsmodelle. Worin sehen Sie den zukünftigen Ansatz für eine ausgewogene Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung?**

▲ CDU

Wir sehen die höchste Priorität in der dauerhaften Sicherung einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung und in der nachhaltigen und gerechten Finanzierung unseres Gesundheitswesens. Die bisher vorliegenden Konzepte „Solidarische Gesundheitsprämie“ und „Bürgerversicherung“ sind nicht ohne weiteres miteinander zu verbinden. Wir brauchen ein Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen bildet. Dazu bedarf es des Erhalts des fairen Wettbewerbs zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sind auch auf die zusätzlichen Honorarzah-lungen der privaten Versicherung angewiesen. Ohne diese Gelder haben die Leistungserbringer keine ausreichende Planungssicherheit. Investitionen in moderne Medizintechnik oder auch in qualifiziertes Personal würden dann unterbleiben.

Die freie Arztwahl, die freie Krankenhauswahl und die freie Krankenkassenwahl der Bürger in Deutschland soll erhalten bleiben. Die Stärkung der Wahlfreiheiten und Entscheidungsrechte der Bürger ist eine entscheidende Voraussetzung für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dabei ist zu gewährleisten, dass bei einer wettbewerblichen Orientierung der gesetzlichen Krankenversicherung alle Teilnehmer grundsätzlich gleichen Rahmenbedingungen unterliegen. Damit ist aber nicht gemeint, dass alle Leistungserbringer unabhängig von ihrer Qualifikation, ihrem Leistungsangebot oder dem Versicherungsumfang der Patienten eine einheitliche Vergütung erhalten.

▲ SPD

Nach unserer Vorstellung ist das Solidarprinzip als Grundlage für die Absicherung des Risikos krank zu

werden, unverzichtbar. Allen Bürgerinnen und Bürgern sollen unabhängig von der persönlichen Betroffenheit, vom Alter, vom Geschlecht und vom sozialen Status die medizinisch notwendigen Leistungen zustehen. Daher präferiert die SPD eine Bürgerversicherung, die alle Bürgerinnen und Bürger und verschiedene Einkommensarten einbezieht, damit die Versicherungsrisiken auf mehr Schultern verteilt und die Einnahmehasis verbreitert wird. Auf der Ausgabe-seite könnte eine Umfinanzierung von bestimmten Leistungen (z. B. die Mitversicherung von Kindern) aus dem Steueraufkommen zu einer Entlastung der GKV führen.

▲ Linkspartei.PDS

Für uns ist das Solidarprinzip in der Gesetzlichen Krankenversicherung existenziell. Zuzahlungen und Praxisgebühren setzen die Zugangsschwelle für Menschen mit geringem Einkommen problematisch hoch. Eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlage brächte dagegen die Einführung einer Bürgerversicherung, verbunden mit einer allgemeinen Versicherungspflicht. Einkommensarten wie Mieten, Pachten und Zinsen sollten einbezogen werden. Weitere Maßnahmen wären die Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze, der Verzicht auf private Vollversicherung und die Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung durch Versicherte und Unternehmen. Längerfristig wäre für uns die Orientierung an der Wertschöpfung bei der Beitragsgestaltung von Unternehmen eine interessante Alternative.

▲ FDP

Weder die Bürgerversicherung noch die Gesundheitsprämie sind als „Zukunftsmodell“ für die Finanzierung des Gesundheitssystems geeignet. Wir können die Auswirkungen des demografischen Wandels und die Teilhabe am medizinischen Fortschritt nur mit kapitalgedeckten Elementen in der Krankenver-

sicherung abfangen. Dabei soll nicht etwa die Versicherungspflicht aufgehoben werden, sondern es sollte eine Pflicht zur Versicherung für alle geben, die eine Grundversorgung beinhaltet. Weiterhin sollen Wahlleistungen versicherbar sein und gesundheitsbewusstes Verhalten belohnt werden. Für sozial schwache Menschen erfolgt der Lastenausgleich über ein einfaches und gerechtes Steuersystem.

▲ Bündnis 90/Die Grünen

Wir Grünen treten für eine Bürgerversicherung ein. Indem alle Bürgerinnen und Bürger in das Solidarsystem einbezogen werden, wollen wir die langfristige Finanzierung unseres Gesundheitswesens sichern. Zudem sorgt sie für mehr Wahlmöglichkeiten. Die Bürgerversicherung hebt die unsinnige und ungerechte (und in anderen Ländern auch unbekannt) Trennung von gesetzlicher und privater Krankenversicherung auf. Damit können sich alle Bürgerinnen und Bürger frei zwischen allen gesetzlichen und privaten Kassen entscheiden.

▼ VdAK/AEV

**In Sachsen-Anhalt haben die Ersatzkassen mit den Versorgungsangebot „integra – neue Wege zur Gesundheit“ die integrative Versorgung etabliert. Wie bewerten Sie deren zukünftiges Potenzial?**

▲ CDU

Besondere Aufmerksamkeit widmet die CDU Sachsen-Anhalt der Fortentwicklung einer integrierten Versorgung als Baustein für eine moderne Gesundheitswirtschaft in unserem Bundesland. Dabei sieht die CDU in einer modernen integrierten Versorgung und durch die Einrichtung der so genannten Medizinischen Versorgungszentren einen Ansatzpunkt für

**VERANSTALTUNGSHINWEIS**

**Bitte vormerken!**

**Gesundheitspolitisches Symposium der Konrad-Adenauer-Stiftung  
19./20. Mai 2006**

Thema:

**„Chancen und Risiken für ein Gesundheitswesen ohne Budgetierungen“**

Referenten u. a.: Prof. Rebscher (DAK), Dr. Hess (G-BA), Dr. John (KVSA), Prof. Sawicki (IQWiG)

**Anmeldungen sind bereits jetzt möglich, unter: 0391 / 5651610**

eine qualitativ bessere Versorgung und für die Entwicklung unternehmerischer Kerne im Gesundheitswesen unseres Landes. Die CDU Sachsen-Anhalt wird diesen Bereich weiter fördern und unterstützen.

Dabei setzt sich die CDU für eine weitere Erschließung von Optionen und Potenzialen für neuartige unternehmerische Strukturen ein und unterstützt dadurch Ausstrahlungseffekte der integrierten Versorgung auf die Beschäftigungsstruktur, auf die Veränderung lokaler Dienstleistungsmärkte und auf die Sicherung der medizinischen Versorgung in der Fläche unseres Landes. Dabei werden die neuen Versorgungsformen die Absicherung der Versorgung bewirken und weiße Flecken auf der Versorgungslandschaft verhindern.

#### ▲ SPD

Integrierte Versorgungsangebote haben Zukunft und werden perspektivisch eine größere Rolle als heute spielen. Durch die fach- und strukturübergreifende Versorgung kann vor allem die Qualität der Patientenbetreuung verbessert werden.

#### ▲ Linkspartei.PDS

Integrierte Versorgung ermöglicht eine Strukturreform von unten, im Sinne einer Kooperation zwischen den Leistungserbringern, im Sinne von ganzheitlicher Versorgung, im Sinne von Effizienz der Mittel und Ressourcen – kurzum: ein Gewinn für das Gesundheitswesen. Dazu bedarf es jedoch einer Verstärkung und möglichst Erhöhung der Finanzierungsbudgets. Auch eine angemessene Breite über verschiedene gesundheitliche Risiken ist anstrebenswert. Im Land werden wir uns im politischen Raum auch künftig um eine intensive Moderation und Begleitung dieses Weges bemühen.

#### ▲ FDP

Sachsen-Anhalt ist ohne Zweifel auf dem Gebiet der integrierten Versorgung führend in Deutschland. Hierbei spielte das Versorgungsangebot „integra“ der Ersatzkassen eine wichtige Rolle. Entscheidend, auch für die Zukunft ist, dass die gewünschte Vernetzung auf kooperativem Weg zwischen den Selbstverwaltungspartnern der Krankenkassen und der Leistungserbringer erfolgt. Die FDP sieht ihre Aufgabe in der Beschränkung des politischen Rahmens auf klare Gesetze, um somit einen freien Wettbewerb zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Ärzten zu ermöglichen. Denn ein freier Wettbewerb und menschenwürdige Versorgung schließen sich nicht gegenseitig aus.

#### ▲ Bündnis 90/Die Grünen

Wir halten die Integrationsversorgung für den Zukunftsbereich in der Gesundheitsversorgung. Im Zuge der Alterung unserer Gesellschaft wird die Zahl chronisch und mehrfach erkrankter Menschen deutlich zunehmen. Gerade diese Patientinnen und Patienten sind aber auf eine enge Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Ärzten und anderen Gesundheitsberufen angewiesen. Derartige „passgenaue“ Angebote finden sie im Rahmen der Integrierten Versorgung.

#### ▼ VdAK/AEV

**Sehr häufig wird in der Öffentlichkeit über die „hohe“ Anzahl der Krankenkassen debattiert. Wie viele Kassen brauchen wir?**

#### ▲ CDU

Wie bereits ausgeführt wollen wir den fairen Wettbewerb zwischen privaten Krankenversicherungen und gesetzlichen Krankenkassen. Die freie Arztwahl, die freie Krankenhauswahl und die freie Krankenkassenwahl der Bürger in Deutschland wollen wir erhalten. Vor diesem Hintergrund streben wir nicht eine bestimmte Zahl an Krankenkassen an. Zuzugeben ist, dass wir tatsächlich eine so hohe Zahl an Krankenkassen benötigen, wie sie derzeit am Markt sind. Wir gehen aber davon aus, dass hierüber letztlich der Markt entscheiden wird. Im Rahmen der bevorstehenden Gesundheitsreform gilt es die für diesen Wettbewerb erforderlichen Rahmenbedingungen zu schaffen.

#### ▲ SPD

In den vergangenen 15 Jahren hat sich die Zahl der Krankenkassen von weit über tausend auf jetzt weniger als dreihundert reduziert, wobei die Mehrheit zu den Betriebskrankenkassen gehört. Der Prozess der Konzentration wird sich fortsetzen und sollte politisch gestützt statt gehemmt werden. Eine genaue Zahl „benötigter“ Kassen lässt sich nicht definieren.

#### ▲ Linkspartei.PDS

Verkürzt gesagt: zwei Hände voll. Wichtig ist uns ein verbleibender Wettbewerb um Qualitätsstandards. Die Vielfalt der Krankenkassen soll den unterschiedlichen Ansprüchen an das Leistungsspektrum, den Kundenservice gerecht werden. Ein solcher Prozess ist ein mittel- und langfristiger

der über Kooperation und letztlich Konzentration zu forcieren wäre.

▲ FDP

Die Diskussion über die Anzahl der Krankenkassen wird oft als populistisches Argument ins Feld geführt. Fakt ist, mit der Einführung eines zaghaften Wettbewerbs in den 90er Jahren und der freien Kassenwahl, sank die Anzahl der Krankenkassen beträchtlich. Die FDP lehnt eine Einheitsversicherung ab und favorisiert, dass es auch künftig mehrere Krankenkassen gibt. Denn wir brauchen den Wettbewerb um Qualität und Leistungsfähigkeit zum Nutzen der Bürger, sowohl bei den Kassen, als auch bei den Leistungserbringern. Es ist doch gut, dass es z.B. dem Ersatzkassenverband offensichtlich ge-

lingt, mit den eigenen Mitgliedskassen ganz unterschiedliche Vorstellungen unter einem Dach zu vereinen.

▲ Bündnis 90/Die Grünen

Wir glauben nicht, dass man die Zahl der Krankenkassen durch den Staat vorgeben sollte. Das wird der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander regeln. In den letzten Jahren hat die Zahl der Krankenkassen deutlich abgenommen, da sich vor allem viele kleinere Betriebskrankenkassen als nicht überlebensfähig erwiesen haben. Da die Anforderungen, vor denen die Krankenkassen stehen, eher größer werden, wird dieser Konzentrationsprozess weitergehen.

Die Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2005“ ist nunmehr in der 13. Auflage erschienen. Grafiken und Tabellen stellen in prägnanter Weise Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ergänzt werden diese durch volkswirtschaftliche und internationale Daten. Die über die Jahre anhaltend große Nachfrage nach der Broschüre zeigt, dass sie sich zu einem wichtigen und zugleich begehrten Nachschlagewerk für alle an der Gesundheitspolitik Interessierten entwickelt hat.

Die Grafiken und Tabellen der aktuellen Auflage stehen unter <http://www.vdak-aev.de/basisdaten2005.htm> im PDF-Format zum Download zur Verfügung.



## Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ): Sachsen-Anhalt bundesweit vorn

Unter der Federführung der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV wurde das freiwillige KTQ-Zertifizierungsverfahren 2002 eingeführt. Dieses Verfahren sieht bereits lange vor der gesetzlichen Verpflichtung die Publikation von Qualitätsberichten verpflichtend vor. Auf diese Weise wird Versicherten und Patienten bereits seit mehreren Jahren eine Orientierungshilfe zur Qualität der Krankenhäuser geboten.

### Bundesweit Spitze

In Sachsen-Anhalt wurden von 50 Krankenhäusern bereits 12 Einrichtungen nach KTQ bzw. KTQ-pro CumCert zertifiziert. Das entspricht einem Anteil von 23 % und liegt deutlich über dem Bundesdurchschnitt, der zurzeit 14 % beträgt.

Weitere Krankenhäuser aus Sachsen-Anhalt befinden sich im Zertifizierungsverfahren, das nach einem durchschnittlich zweijährigen Prüfzeitraum zum Abschluss kommt.

### Im Interesse des Patienten

Mit dem Gütesiegel werden Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung sowie Qualitätsmanagement bescheinigt.

Darüber hinaus steht ein Qualitätsbericht von jedem Krankenhaus zur Verfügung, der gesetzlich verpflichtend erstmals für 2005 eingeführt wurde und alle 2 Jahre abzugeben ist.

Alle zertifizierten Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt haben diese Pflicht erfüllt, so dass Informationen zum Leistungsprofil, Personalqualifikation und Versorgungsschwerpunkte des jeweiligen Krankenhauses für Krankenkassen, Ärzte und Versicherte öffentlich zur Verfügung unter [www.qualitaetsbericht.de](http://www.qualitaetsbericht.de) stehen und einzusehen sind.

Arznei- und Heilmittelbudget 2006:

## Schiedsamt regelt Richtgrößen und Vollzug von Regressen

Die Ausgaben für die Arznei- und Heilmittelversorgung sind in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Allein bei den Ersatzkassen haben sich die diesbezüglichen Ausgaben von ca. 255 Euro pro Mitglied (1997) auf 480 (2005) nahezu verdoppelt.

Dadurch, dass die Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben immer größer wird, gewinnt der sparsame Umgang mit den zur Verfügung stehenden Mitteln immer mehr an Bedeutung. Der Sicherstellung wirtschaftlichen Verhaltens dient die Überprüfung der Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln. Vor diesem Hintergrund konnten nun vor dem Landesschiedsamt die wesentlichen Verfahrensregeln für 2006 festgesetzt werden. Dazu gehört neben der jährlichen Ermittlung von Richtgrößen für den Be-

reich der Arznei- und Heilmittel auch der Vollzug der Regresse, den die Partner der Selbstverwaltung gegenüber unwirtschaftlich verordnenden Ärzten geltend machen müssen. Es handelt sich um einen großen Schritt zur Realisierung einer effizienten Wirtschaftlichkeitsprüfung, wenn die Krankenkassen Regresse aus Arzneimittelverordnungen künftig direkt von Ihren Honorarzahungen an die Kassenärztliche Vereinigung absetzen können.

Das GMG sieht diese Verfahrensweise vor. Gleichzeitig ist das frühe Festlegen der Richtgrößen 2006 eine wichtige Orientierungshilfe für alle Ärzte, um den wirtschaftlichen Umgang mit Verordnungen sicherstellen zu können.

## Erste Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) abgeschlossen

Sachsen-Anhalt hat als erstes Bundesland den Wechsel von einer Bettenplanung zu einer leistungsbezogenen Krankenhausplanung vollzogen und damit dem neuen Krankenhausvergütungssystem auch in der Krankenhausplanung Rechnung getragen. Der Krankenhausplan enthält nur noch Fachgebiete, Standorte, anerkannte Schwerpunkte für ein Krankenhaus sowie die gebildeten Zentren.

Zur Untersetzung dieser Rahmenplanung werden zwischen den Krankenhausträgern und den Landesverbänden der Krankenkassen Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) abgeschlossen. In diesen LQV'en erfolgt eine Konkretisierung des Versorgungsauftrages hinsichtlich Struktur und Menge der in den Krankenhäusern zu erbringenden Leistungen, d. h. hier erfolgt die Bestimmung der zukünftigen Leistungsprofile der Krankenhäuser.

Die Vereinbarungen dienen zur Erhöhung der Transparenz der Leistungen eines Krankenhauses, weil hier erstmals auch bestehende Kooperationen mit anderen Krankenhäusern festgehalten werden. Die Planung wird nicht nur auf das einzelne Krankenhaus bezogen. Weiterhin sind abgestimmte Entwicklungen der Krankenhäuser Bestandteil der Vereinbarung. Damit können erstmals die Kriterien an eine zukunftsorientierte Planung erfüllt werden.

Im Februar wurde nun die erste LQV abgeschlossen. Damit ist ein wichtiger Schritt bei der Umsetzung des neuen Krankenhausgesetzes Sachsen-Anhalt vollzogen. Weitere LQV'en werden in den nächsten Wochen abgeschlossen. Bis Ende des Jahres 2006 soll mit allen sachsen-anhaltischen Krankenhäusern eine LQV abgeschlossen sein.

### 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: Jürgen Fremmer · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel