

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Perspektiven des Gesundheitswesens

Das diesjährige Ersatzkassenforum stand sowohl im Zeichen möglicher gesundheitspolitischer Weichenstellungen der Berliner Koalitionspartner von CDU und SPD, als auch des nun in seine heiße Phase eintretenden Landtagswahlkampfes.

Bekanntlich besitzt das Thema Gesundheit ein hohes Diskussions- bzw. Streitpotenzial und so mag es aus heutiger Sicht mehr als vernünftig erscheinen, wenn die Bundesregierung zumindest in ihrem Koalitionspapier auf Grund der zurzeit bestehenden Meinungsverschiedenheiten zum Teil auf konkrete Festlegungen vorerst verzichtet.

Vorurteilsfreie Prüfung von Finanzierungskonzepten

In seinen Ausführungen hob Ministerpräsident Prof. Wolfgang Böhmer hervor, dass eine zukünftige Finanzierung und deren möglicher neuer Struktur- bzw. ein Systemwechsel noch erheblichen Klärungsbedarf besitze und allein schon

In dieser Ausgabe

- Perspektiven des Gesundheitswesens
- Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“
- Integra-Sommer 2005
Abschlussveranstaltung
- Off-Label-Use
- DMP-Brustkrebs

deshalb einer ausgewogenen Meinungsbildung oberste Priorität einzuräumen sei. Vor dem Hintergrund, dass die Grundprinzipien einer solidarischen Krankenversicherung im 19. Jh. maßgeblich von Personen der Zeitgeschichte aus dem heutigen Sachsen-Anhalt mitgestaltet wurden und



VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende Dr. Pfeiffer, Ministerpräsident Prof. Böhmer, Landtagspräsident Prof. Spottka, IGES Geschäftsführer Schröder als gemeinsame Zuhörer (1. Reihe von links)

daraus auch eine gewisse historische Verbundenheit erwachse, werde man seitens der Landesregierung sehr aufmerksam mögliche Gestaltungsoptionen hinsichtlich stabiler Finanzstrukturen vorurteilsfrei prüfen und bewerten.

Finanzierungsbasis verbreitern

Wilhelm F. Schröder vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) aus Berlin vertrat die Grundthese, dass der Fortbestand einer solidari-

schen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung nur möglich ist, wenn „Inkonsistenzen“ u.a. wie die:

- Nichtberücksichtigung aller Einkommensarten,
 - Nichtberücksichtigung besonders Leistungsfähiger,
 - hohe Regulierungsdichte im Versorgungssystem,
 - hoher Schutz durch die Rahmenbedingungen für besondere Interessen der Leistungserbringer
- konsequent beseitigt werden.

Gleichzeitig appellierte er an die politisch Verantwortlichen, vermehrt Anreize zur Ausschöpfung aller Produk-

tivitätsreserven im Versorgungssystem zu setzen.

Enormer Handlungsdruck

Die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände, Dr. Doris Pfeiffer, kritisierte die aktuell bekannt gewordenen Sparpläne zur Sanierung des Staatshaushaltes zu Lasten der GKV. Demnach planen Union und SPD den Steuerzuschuss, den die GKV für versicherungsfremde Leistungen (wie Mutter-

DER KOMMENTAR



Jürgen Fremmer, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

„Aktuelle Studien und Umfragen zeigen, dass das Gesundheitssystem in Deutschland im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet und zugleich eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung hat. Für die Menschen in Deutschland besitzt eine solidarische Krankenversicherung einen extrem hohen Stellenwert.

Die Ersatzkassen warnen deshalb vor Experimenten, die die Grundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Frage stellen. Reformvorstellungen, die einen Systemwechsel, eine Privatisierung der Krankenversicherung und damit eine völlige Abkehr von der solidarischen Finanzierung vorschlagen, gefährden die bewährten Grundprinzipien der GKV. Historische Verbundenheit mit den Wurzeln der solidarischen Krankenversicherung ist für Sachsen-Anhalter nicht Grundlage des Handelns, sondern die Überzeugung und das Wissen, das zukunftsfähigere – weil solidarische Konzept – zu besitzen. Mit der Aussage zur Bereitschaft einer vorurteilsfreien Prüfung von Finanzierungskonzepten durch die Berliner Koalition, darf wieder Optimismus verbreitet werden, wenn es gilt, die solidarisch finanzierte Krankenversicherung in Deutschland zu erhalten.“



Ministerpräsident Prof. Wolfgang Böhmer und Jürgen Fremmer (VdAK/AEV)

schaftsgeld) aus den Tabaksteuer-Einnahmen erhält, um 1,7 Mrd. Euro zu kürzen. Statt wie geplant 4,2 Mrd. Euro soll die GKV lediglich 2,5 Mrd. Euro im Jahre 2006 erhalten.

Hinzu komme die geplante Mehrwertsteuererhöhung um drei Punkte. Diese Anhebung würde die GKV ab 2007 zusätzlich um rund 885 Mio. Euro belasten. Für das Jahr 2006 habe der Schätzerkreis darüber hinaus bereits eine Finanzierungslücke von etwa 2,5 Mrd. Euro berechnet.

Hier waren die 4,2 Mrd. Euro aus der Tabaksteuer aber bereits eingerechnet. Pfeiffer betonte, dass auch die geplanten Sparmaßnahmen die Finanzlücke nicht vollständig schließen. Die Kürzung des Steuerzuschusses und die Mehrbelastung der GKV durch die Mehrwertsteuererhöhung würden vor diesem Hintergrund den durchschnittlichen Beitragssatz der GKV um 0,3 Prozentpunkte erhöhen. Pfeiffer bedauerte, dass es den Verhandlungspartnern bisher nicht gelungen sei, Maßnahmen zur Stabilisierung der Einnahmeseite zu vereinbaren. Damit rücke die notwendige Finanzreform erneut in weite Ferne.

Dringenden Handlungsbedarf sehen die Ersatzkassen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich. Der 19-prozentige Zuwachs bei den Arzneimittelausgaben in den ersten acht Monaten des Jahres spricht eine deutliche Sprache. Alles, was einer wirtschaftlicheren Arzneimittelversorgung nützt, müsse jetzt vorangebracht werden, u. a. die Weiterentwicklung des Festbetragssystems und die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung neuer Arzneimittel.

Auch im Krankenhaussektor sei die Ausgabendynamik von 4 % im ersten Halbjahr 2005 Besorgnis

erregend. Hier wirken sich die zahlreichen Ausnahmetatbestände und die vorgesehene Finanzierung von Mehrleistungen, die durch das 2. Fallpauschalen-Änderungsgesetz eingeführt wurden, aus. Hinzu kommt die durch die Hartz-IV-Reformen künstlich erhöhte Grundlohnsteigerungsrate je Mitglied, die ohne Korrektur auf die Anpassungen der Krankenhausvergütungen wirken würde, ohne dass dieser ein realer Einnahmezuwachs der Kassen gegenübersteht.

Landtagswahlkampf eröffnet!

Für Sachsen-Anhalt stehen am 26. März 2006 die Wahlen zum 5. Landtag an. Zum zweiten Teil des Ersatzkassenforums wurde daher auch die Diskussion um die „zukünftige“ Landesgesundheitspolitik mit den sozialpolitischen Sprechern von CDU, SPD, Linkspartei.PDS, FDP und Bündnis90/Die Grünen geführt.

Schwerpunkte waren:

- **Ärzte – Sicherstellungsauftrag und Ärztemangel**
- **Arzneimittel – Arzneimittelvereinbarung – Landesrettungsdienstgesetz**
- **Integrierte Versorgung – integra**
- **Krankenhaus – Krankenhausinvestitionen und Modernisierungsstand Sachsen-Anhalt**
- **Krankenhaus – Krankenhausplanung Sachsen-Anhalt**

Die Redaktion wird zum Anfang des nächsten Jahres in einem „Wahlspezial“ diese Themen mit den oben genannten Parteien ausführlich aufgreifen.



Die „LandtagskonkurrentInnen“ zum gemeinsamen Guppenbild, von rechts: Dr. Gerlinde Kuppe (SPD), Friedemann Scholze (FDP), Birke Bull (Linkspartei.PDS), Brunhilde Liebrecht (CDU), Andrea Wegener (Moderation) und Jürgen Fremmer

Wer etwas häufig tut, tut es gut

In dieser alten Volksweisheit liegt viel Dynamik und Brisanz. Bezieht man deren Kernaussage auf das Gesundheitswesen, speziell auf die Leistungserbringung, dann kann man eine hohe Qualität auch erst ab einer bestimmten Häufigkeit (Mindestmenge) erreichen. Vor diesem Hintergrund begrüßen die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt die auf Bundesebene gefundene Einigung auf Mindestmengen zu bestimmten Leistungen, hier für den Bereich der Knie-TEP (künstliches Kniegelenk).

Der Anfang ist gemacht. Wer zukünftig ein künstliches Kniegelenk braucht und sich deshalb operieren lassen muss, dem kann nun eine Klinik empfohlen werden, die über eine entsprechende Leistungsfähigkeit und Erfahrung verfügt.

Die Krankenkassen unterstützen damit ihre Versicherten bei der Suche nach einer geeigneten Klinik. Sie haben nun auf der Homepage www.g-k-v.com eine Liste der Krankenhäuser eingestellt, die mindestens 50 Knie-TEP im Jahr 2004 implantiert haben. Mit Hilfe dieser Liste können sich Versicherte, einweisende Ärzte und Krankenkassen einen Überblick verschaffen. Diese Liste ist nicht abschließend, so dass Krankenhäuser, die die Leistungszahl von 50 Knie-TEP für das Kalenderjahr 2004 nachweisbar erreichen und einer Veröffentlichung zustimmen, noch aufgenommen werden können.

Das St. Marienstift gibt auf Grund der dort erbrachten hohen Qualität bei Knie- und Hüft-TEP-Operationen eine 10-Jahres-Garantie für Ersatzkassenversicherte, die sich in das integra-Projekt einschreiben.

LandesSportBund und Ersatzkassen vergeben Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“

Der Vertrag hebt die Zusammenarbeit des organisierten Sports mit den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt auf eine qualitativ neue Stufe. Ersatzkassen und der LSB vereinbaren darin, die Zusammenarbeit zwischen Sportvereinen und Krankenkassen im Bereich des Gesundheitssports zu intensivieren. Der LSB verpflichtet sich, kostengünstig und flächendeckend Kurse zur Bewegungsförderung mit dem bundesweit anerkannten Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“ über seine Mitgliedsvereine für die Versicherten der Ersatzkassen anzubieten. Die Ersatzkassen erstatten ihren Versicherten, die an solchen Vereinskursen teilnehmen, 80 % der Teilnahmegebühr. Darüber hinaus fördern sie Gesundheits-sportprogramme der Vereine und unterstützen die Aktivitäten des LSB bei der Qualitätssicherung.

Für die Ersatzkassen ist es hierbei wichtig, dass die Siegelvergabe gleichzeitig an die Vereine und an die entsprechenden Übungsleiter gebunden ist. Erst dann erschließe sich für das entsprechende Vereinsmitglied die Attraktivität und Exklusivität der Angebote in seinem Verein. LSB und Ersatzkassen haben sich zudem darauf verständigt, das Zertifizierungsverfahren zum Qualitätssiegel zukünftig gemeinsam durchzuführen.

Der LSB sieht in der Zusammenarbeit große Chancen für den gemeinnützigen Sport: In den letzten Jahren habe man besonderes Augenmerk auf den Ausbau des Gesundheitssports in den 3.196 Sportvereinen in Sachsen-Anhalt gelegt. Die Vereine merken, dass neben den herkömmlichen Sportangeboten gerade für Kursangebote im Präventionsbereich in der Bevölkerung eine große Nachfrage besteht.

Die ab dem 1. Oktober 2005 vertraglich fixierte Zusammenarbeit ermöglicht es, Kursteilnehmer, die über die Ersatzkassen zum Gesundheitssport kommen, für eine regelmäßige sportliche Betätigung im Sportverein zu begeistern. Die moderaten Kursgebühren (max. 60 Euro) im Verein leisten auch einen Beitrag zur Kostensenkung bei den Ersatzkassen.



LSB-Präsident Heinz Marciniak und Jürgen Fremmer bei der Vertragsunterzeichnung (von rechts)

„integra-Sommer 2005“

Erfolgreiche Abschlussveranstaltung – Diakonie Halle



VdAK/AEV-Vorstandsmitglied Dr. Werner Gerdemann auf der Veranstaltung in Halle

Gemeinsam mit ihren Partnern, der Klinik St. Marienstift in Magdeburg, dem Diakoniekrankenhaus Halle, dem Diakonissenkrankenhaus Dessau und der Rehabilitationsklinik Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg verzeichnen die Ersatzkassen in „integra“ ein hohes Wachstumspotenzial. In allen drei Regionen steht nicht der ambulante niedergelassene Arzt, sondern ein Krankenhaus im Mittelpunkt. Das Krankenhaus bindet über Kooperationsverträge niedergelassene Ärzte in das „integra“-Programm ein.

Bei dem vorgesehenen Leistungsangebot handelt es sich demnach nicht um ambulante Leistungen,

sondern um stationärer ersetzende Krankenhausleistungen verschiedener Fachrichtungen. Seit einem Jahr werden auch Vorsorgeleistungen in Kombination mit möglicher stationärer Behandlung angeboten.

Dr. Werner Gerdemann, VdAK/AEV-Vorstandsmitglied, hob auf der Veranstaltung hervor, dass die Ersatzkassen mit ihrem integra-Projekt wesentlich dazu beitragen, dass Sachsen-Anhalt im Bereich der integrierten Versorgung zur Bundesspitze gehört.

Anfang 2006 erwarten die Ersatzkassen bereits den 10.000sten Patienten. Das zeigt das enorme Interesse und Vertrauen unserer Patienten an dieser nunmehr seit drei Jahren existierenden innovativen medizinischen Versorgung.

Die Ersatzkassen fordern trotz des bisher Erreichten im Interesse der Qualität in der medizinischen Versorgung innerhalb der integrierten Versorgungsangebote eine deutliche Verlängerung und Ausweitung der jetzigen Finanzierungsregelung (1 % Regelung, zurzeit befristet von 2004 bis 2006). (Siehe Auszug Koalitionsvertrag S. 8)

Das Diakoniekrankenhaus Halle ist seit Oktober 2003 Vertragspartner von „integra – neue Wege zur Gesundheit“. Eine stetige Steigerung der Fallzahlen bestätigt den Ersatzkassen, auch in der hallenser Region ein integriertes Versorgungsprojekt etabliert zu haben, welches bei den Versicherten höchste Akzeptanz gefunden hat.

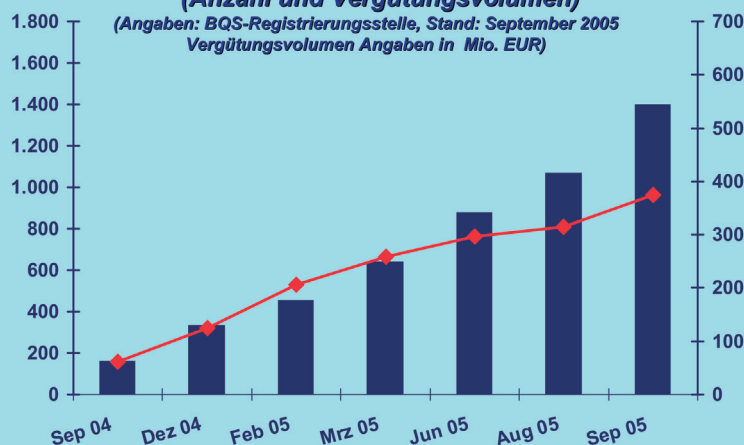
Demnächst wird eine Ausweitung des „integra-Versorgungsangebotes“ in dem Diakoniekrankenhaus Halle die Nachfrage weiter fördern.

Integra ist ein Angebot der integrierten Versorgung der Ersatzkassen Sachsen-Anhalt. Die Leistungen werden in Magdeburg, Halle, Dessau und in der Rehabilitationsklinik Bad Schmiedeberg erbracht. Bisher wurden rund 10.000 Fälle operativ behandelt.

Die aktuelle Statistik der Ersatzkassen

Rasante Entwicklung bei Integrationsverträgen (Anzahl und Vergütungsvolumen)

(Angaben: BQS-Registrierungsstelle, Stand: September 2005
Vergütungsvolumen Angaben in Mio. EUR)



vdak

Landesvertretung Sachsen-Anhalt

/ Dezember 2005



Von den 1.400 gemeldeten Verträgen entfallen ca. 2/3 auf die Ersatzkassenverbände bzw. Ersatzkassen. In Sachsen-Anhalt sind insgesamt 57 Verträge gemeldet und 531.000 Versicherte eingeschrieben. Das damit gebundene Vergütungsvolumen umfasst rund 25 Mio. EUR

Off-Label-Use in Disease-Management-Programmen?

Off-Label-Use ist die Anwendung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation oder die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln, deren Dosierung oder Einnahmemodalitäten von den Vorgaben des Herstellers wesentlich abweicht.

Disease-Management-Programme (DMP) sind unter anderem implementiert worden, um

- eine Begleitung durch den Behandlungsprozess und Aufklärung durch gezielte, patientenorientierte, gesicherte Informationen sicherzustellen,
- eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erreichen, u. a. durch Erhöhung der qualitativen Standards, Verbesserung der Standards in der adjuvanten Therapie sowie ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich und
- Qualitätssicherung in der Nachsorge zu organisieren.

Anfragen aus der Ärzteschaft thematisieren den gezielten Einsatz von Off-Label-Use im Rahmen von DMP mit dem Ziel, ihren Patienten modernste Arzneimittelversorgung anzubieten.

Der vorliegende Beitrag bezieht sich auf einen Vortrag mit anschließender Diskussion zum o.g. Thema anlässlich der Tumorkonferenz Nordharz Ende November in Halberstadt. (Das vollständige Referat ist von der LV auf Anfrage zu beziehen)

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 19.03.2002 über die Zulässigkeit des Off-Label-Use eine Grundsatzentscheidung gefällt. Hiernach ist die ärztliche Verordnung von Off-Label-Use grundsätzlich unzulässig; Ausnahmen können unter folgenden Voraussetzungen begründet werden:

Disease-Management-Programme (DMP)

sind unter anderem implementiert worden, um

- eine Begleitung durch den Behandlungsprozess und Aufklärung durch gezielte, patientenorientierte, gesicherte Informationen sicherzustellen,
- eine Verbesserung der medizinischen Versorgung zu erreichen, u. a. durch Erhöhung der qualitativen Standards, Verbesserung der Standards in der adjuvanten Therapie sowie ein strukturiertes Unterstützungs- und Beratungsangebot im psychosozialen Bereich und
- Qualitätssicherung in der Nachsorge zu organisieren.

Off-Label-Use ist die Anwendung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation oder die Anwendung von zugelassenen Arzneimitteln, deren Dosierung oder Einnahmemodalitäten von den Vorgaben des Herstellers wesentlich abweicht.

- Es liegt eine schwer wiegende Erkrankung vor, die lebensbedrohlich oder die Lebensqualität auf Dauer nachhaltig beeinträchtigend wirkt, und
- es ist keine andere Therapie verfügbar und
- auf Grund der Datenlage besteht die begründete Aussicht, dass mit dem betreffenden Arzneimittel ein Behandlungserfolg erzielt werden kann.

Unter der Annahme, dass nur zugelassene Arzneimittel dem allgemein Anerkannten der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, darf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) also kein Off-Label-Use finanzieren. Aber der Stand der medizinischen Erkenntnisse ändert sich durch den medizinischen Fortschritt, und die Frage ist, ob neue Arzneimittel, die (noch) keine Zulassung haben ggf. entsprechende Veränderungen erzeugen und damit neueren Stand repräsentieren. Forschungsergebnisse mit zuverlässigen und wissenschaftlich nachprüfbar Aussagen über die Qualität und Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels sollen diese Frage beantworten; dabei müssen Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesamtwirkung des Arzneimittels festgestellt werden – inklusive Nebenwirkungen.

Die Evidence-Based-Medicine, deren Anwendung generell im DMP vorgesehen ist, fordert eine auf Beweiskraft (Evidence) beruhende Tätigkeit im Bereich der Diagnostik und der Therapie. Diese Form der Arbeit soll die Qualität der Therapie erhöhen, die Kosten senken und die Effektivität der medizinischen Leistungen steigern. Die Forschungsergebnisse werden in diesem Zusammenhang nach Art der Analyse in Evidenz-Level I bis V klassifiziert, um bei ggf. sehr unterschiedlichen Einschätzungen eines Therapieeffektes einzelner Studien Prioritäten in der Einschätzung setzen zu können. Liegt Evidenz für den therapeutischen Nutzen eines Arzneimittels vor, kann die forschende pharmazeutische Herstellerfirma die Zulassung des Arzneimittels erfolgreich beantragen. Mit der Zulassung haftet sie etwa für die Schäden, die ggf. aus den Nebenwirkungen des Medikaments resultieren.

Aus einer rein ökonomischen Perspektive bedeutet die Finanzierung von Off-Label-Use im ambulanten Bereich durch die GKV also die Finanzierung von Forschungsaufwendungen der Pharmaindustrie für nicht zugelassene Arzneimittel. Mit der Kostenübernahmeerklärung entfällt zudem die Basis für die Wirtschaftlichkeitsprüfung gem. § 106 SGB V, so dass die Krankenkasse in solchen Fällen uneingeschränkt die Kosten und der niedergelassene Arzt die Haftung auf sich nimmt. Die Krankenkassen sind demnach gehalten, Off-Label-Use-Anwendungen äußerst restriktiv zu handhaben.

Der rechtliche Rahmen und die Ziele der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) – Anwendung von Evidence-Based-Medicine in DMP – stehen also grundsätzlich im Widerspruch zum Off-Label-Use. Wenn ein neues Arzneimittel aus medizinischer Sicht eindeutig eine Verbesserung des allgemein anerkannten Standes

der medizinischen Erkenntnisse erreicht, entfallen die rechtlich problematischen Haftungsfragen für die Ärzteschaft und die links dargestellten Rechtsfragen für die GKV bei Off-Label-Use, indem der pharmazeutische Hersteller seinen Zulassungsantrag stellt.

Krankenhausgesellschaft und Ersatzkassen

I. DMP-Behandlungsprogramm für Patientinnen mit Brustkrebs in Sachsen-Anhalt akkreditiert

Brustkrebs (Mammakarzinom) ist nach den aktuellen Daten der Arbeitsgemeinschaft „Bevölkerungsbezogener Krebsregister“ in Deutschland mit circa 50.000 Neuerkrankungen pro Jahr das häufigste Krebsleiden der Frau. In Sachsen-Anhalt wurden 2003 in Krankenhäusern circa 7.000 Frauen mit bösartigen Neubildungen der Brustdrüse behandelt, lt. Landesstatistik sind von den Erkrankten 52 % im Alter von 45 bis 65 Jahren.

Für die Medizin ist es eine Herausforderung, durch gezielte Diagnostik, Therapie und Nachsorge die Folgen dieser Erkrankung einzuschränken oder ganz zu beseitigen. Eine gezielte Nachsorge und Betreuung der Betroffenen wird insbesondere über ein strukturelles Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm – DMP) möglich.

Seit 2005 ist in Sachsen-Anhalt ein solches strukturiertes Behandlungsprogramm zur Verbesserung der Versorgung von Brustkrebspatientinnen vom Bundesversicherungsamt (BVA) akkreditiert. Das Programm beruht auf einem Rahmenvertrag zwischen den Ersatzkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt e.V. Für die Versicherten ist die Teilnahme am strukturierten Behandlungsprogramm freiwillig. Die Teilnahmevoraussetzungen und die Dauer der Teilnahme am Programm sind in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Sozial-

les erlassenen Rechtsverordnung und in den Programmen der einzelnen Krankenkassen geregelt.

Die Patientinnen erteilen eine schriftli-

che Einwilligung zur Teilnahme an dem Programm zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der Daten durch die Krankenkasse und die beteiligten Leistungserbringer.

Die Patientin wählt einen koordinierenden Arzt, der im speziellen Fall der Brustkrebserkrankung zunächst auch ein Arzt im Krankenhaus sein kann. Die Nachbetreuung erfolgt in der Regel durch einen niedergelassenen Vertragsarzt. Dieser koordiniert und dokumentiert den gesamten Versorgungsprozess. Die Krankenkassen informieren ihre eingeschriebenen Versicherten umfassend im Vorfeld, beispielsweise auch über finanzielle Vergünstigungen, erinnern Patienten an wichtige Untersuchungen sowie Eigenaktivitäten und bieten unabhängige Informationen zur Krankheit an.

Derzeit gibt es in Sachsen-Anhalt 17 Krankenhäuser und 76 niedergelassene Fachärzte, die am strukturierten Behandlungsprogramm für Brustkrebs der Ersatzkassen und der Krankenhausgesellschaft teilnehmen.

Um eine größtmögliche Behandlungsqualität in ganz Sachsen-Anhalt zu gewährleisten, arbeiten die am strukturierten Behandlungsprogramm teilnehmenden Krankenhäuser eng mit den drei ausgewiesenen (zertifizierten) Brustzentren zusammen. So wird gewährleistet, dass auch in ländlichen Gebieten wohnende Patientinnen die bestmögliche Behandlung erhalten. Die Liste der Krankenhäuser und Brustzentren ist auf der Internetseite der Krankenhausgesellschaft: www.kgsan.de unter Aktuell veröffentlicht.

Die Geschäftsstelle des Lenkungsausschusses bei der VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt gibt auf Anfrage Auskunft über die teilnehmenden niedergelassenen Vertragsärzte:

Telefonnummer: 0391-5651622 und
Fax: 0391-5651630



Rege Teilnahme an den Informationsveranstaltungen in Halle und Magdeburg (Bild) belegt ein großes Interesse bei den Leistungserbringern

AUSZÜGE AUS DEM KOALITIONSVERTRAG ZWISCHEN CDU, CSU, SPD VOM 11.11.2005:

Zur Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung wird u.a. ausgeführt:

„...Eine hochwertige medizinische Versorgung für jedermann hat bereits heute ihren Preis. ... Um den Kostendruck zu bewältigen, bedarf es ... einer Modernisierung des Gesundheitssystems. Die Effizienz des Systems ist durch eine wettbewerbliche Ausrichtung zu verbessern.

Darüber hinaus sieht die Koalition eine ihrer großen Herausforderungen darin, die dauerhafte Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitswesens durch **stabile Finanzstrukturen** zu sichern. Die Parteien haben hierzu unterschiedliche Konzepte entwickelt, die „Solidarische Gesundheitsprämie“ (CDU und CSU) und die „Bürgerversicherung“ (SPD), die sich nicht ohne weiteres miteinander vereinbaren lassen. Wir wollen für diese Frage im Laufe des Jahres 2006 gemeinsam eine Lösung entwickeln. Erforderlich ist ein Konzept, das dauerhaft die Grundlage für ein leistungsfähiges, solidarisches und demografiefestes Gesundheitswesen sichert. **„Wir werden dabei Erfahrungen anderer Länder und wissenschaftliche Konzepte vorurteilsfrei prüfen.“**

„In der **integrierten Versorgung** soll die **Anschubfinanzierung** über das Jahr 2006 hinaus bis zum 1. Januar 2008 **verlängert** werden. Ziel der integrierten Versorgung muss es sein, Fach- oder Sektorengrenzen zu überwinden, Versorgungsqualität zu erhöhen, Transparenz bei Angebot und Wirkung herzustellen sowie bevölkerungsbezogene Flächendeckung zu erreichen.

KURZNOTIZEN

Klinik-Lotse

Möchte sich ein Versicherter, ein Arzt oder ein Mitarbeiter einer Krankenkasse über ein Krankenhaus in Deutschland informieren, kann er dies künftig mit Hilfe des Klinik-Lotsen (www.klinik-lotse.de) der Ersatzkassen tun.

Primärprävention

Landesweit sind im Bereich der Primärprävention zurzeit rund 3.000 Angebote von den Ersatzkassen zugelassen. Davon entfallen auf das Handlungsfeld Bewegung 77 %, auf Ernährung 9 %, auf Entspannung 11 % und auf Sucht 3 % aller Angebote.

Krankenhausplanung

Sachsen-Anhalt hat 2004 als erstes Bundesland ein neues Landeskrankenhausgesetz beschlossen, welches eine leistungsorientierte Krankenhausplanung ermöglicht. Derzeit findet mit der Verhandlung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) die konkrete Umsetzung statt. Die ersten LQVen werden noch im Jahr 2005 unterzeichnet. Damit wird ein weiterer Fortschritt bei der Umsetzung einer patientenorientierten Krankenhauslandschaft erreicht.

Wir wünschen unseren Leserinnen und Lesern ein friedvolles und frohes Weihnachtsfest mit Zeit zur Besinnung.

Im neuen Jahr 2006 wünsche wir Ihnen viel Glück und Erfolg.

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: Jürgen Fremmer · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel