

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2005

ersatzkassen

Arzneimittelkosten - Ein Fass ohne Boden?

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hatte sie im Focus, die Arzneimittelkosten. Mit Hilfe von Rabattregelungen und erhöhten Zuzahlungen der Versicherten kam es ab 1. Januar 2004 tatsächlich zu einer Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung, die sich nunmehr im Jahr 2005 jedoch erheblich abschwächt. (vgl. Darstellung 1)

Was verursacht diese Kostenentwicklung?

Zu einem geringen Teil trägt der langfristige Trend in den Arzneimittelkosten zu dieser Kostensteigerung bei, wesentlich spürbarer wirkt aber die Konstruktion des GMG. So hatte der Gesetzgeber die Rabattregelung in Höhe von 16 v.H. auf das Jahr 2004 beschränkt und nur einen Rabatt in Höhe von 6 v.H. auf den Herstellerabgabepreis sowie die erhöhten Zuzahlungen für die Versicherten dauerhaft implementiert. Neben dieser reinen Regulierung von Zahlbeträgen haben sich die Arzneimittelhersteller am Markt auf die geänderten Vorgaben eingestellt. So wirken die Arzneimittelhersteller im Jahr 2005 verstärkt auf die Verordnung von Packungsgrößen hin, haben in erheblichem Umfang Scheininnovationen auf den Markt gebracht und damit kostentreibende Veränderungen auf der Anbieterseite erzeugt.

In dieser Ausgabe

- Neues Hochschulmedizingesetz
- Arbeitslosengeld II – Ruin der Ärzteschaft?
- Honorar 2005 zwischen Ersatzkassen und Kassenärztlicher Vereinigung perfekt
- Krankenhäuser
 - Integrierte Versorgung
 - Qualitätssicherung
 - Landesbasisfallwert
- Selbsthilfe 2005 – Kontinuität
- Hospizförderung

Die Selbstverwaltung aus Kassenverbänden und Kassenärztlicher Vereinigung kann vor diesem Hintergrund nur mit den Instrumenten, die das Sozialgesetzbuch V zur Verfügung stellt, Impulse für mehr Wirtschaftlichkeit in der Verordnung von Arzneimitteln setzen. Hierzu gehört die Arzneimittelvereinbarung 2005, die Unterstützung der Geschäftsstelle für Wirtschaftlichkeitsprüfungen

mit arztbezogenen Verordnungsdaten (Pharmakotherapieberatung) und juristische Hilfe angesichts aktueller Rechtsfragen, die auf das Prüfgeschäft Einfluss haben können. Zu diesen Rechtsfragen zählt insbesondere das Urteil des Landessozialgerichtes (LSG) Berlin über die späte Bekanntgabe von Richtgrößen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben vor dem Bundessozialgericht (BSG) Klage gegen dieses Urteil eingereicht, wonach Richtgrößenprüfungen für das betreffende Jahr nicht durchgeführt werden dürfen, wenn die Richtgrößen erst nach dem 30. Juni des gleichen Jahres veröffentlicht werden.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung darf angesichts solcher Rechtsunsicherheiten nicht zum Erliegen kommen. Diese Auffassung hat sich bei allen Partnern der Selbstverwaltung durchgesetzt, so dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) und die Verbände der Krankenkassen in der gemeinsamen Sitzung des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses empfohlen haben, für die Prüfungen der betroffenen Jahre 2002/2003 Durchschnittswertprüfungen durchzuführen. Damit sind jene Ärzte zu prüfen, die erheblich über den durchschnittlichen Verordnungszahlen in ihrer Arztgruppe liegen. Das Prüfverfahren für 2004 wird je nach Ausgang der Entscheidung des BSG als Durchschnittswert- oder Richtgrößenprüfungen durchgeführt werden.

Zur Unterstützung dieser Wirtschaftlichkeitsprüfungen haben sich die KVSA und die Verbände der Krankenkassen auch auf die Form der Beratung verständigt, die Ärzte mit unwirtschaftlichem Ordnungsverhalten erhalten sollen: Sie empfehlen die Pharmakotherapieberatung, soweit die Verbände die hierfür notwendigen Daten vollständig zusammentragen. Damit wird es möglich, dem betroffenen Arzt anhand seines spezifischen Ordnungsverhaltens Alternativen für mehr Wirtschaftlichkeit aufzuzeigen. Die Partner der Selbstverwaltung schaffen damit Instrumente, die ihnen der Gesetzgeber zur Steuerung der Arzneimittelkosten an die Hand gegeben hat. Die Rücknahme von Rabattregelungen oder die permanent steigende finanzielle Belastung der Versicherten mit Zuzahlungen kann hierdurch allerdings nicht kompensiert werden.



Neues Hochschulmedizingesetz

Ersatzkassenverbände in Sorge um die Zukunft der beiden Universitätskliniken

Am 7. Juli 2005 hat der Landtag Sachsen-Anhalt ein neues Hochschulmedizingesetz verabschiedet. Mit dem neuen Gesetz soll unter anderem auf den wachsenden Finanzierungsengpass im Zusammenhang mit der Einführung des pauschalisierenden Vergütungssystems, den DRGs, reagiert werden.

Um es vorweg zu nehmen: Dieses Ziel wird nicht erreicht.

Gewiss enthält das neue Hochschulmedizingesetz positive Elemente. Die Etablierung einer Gemeinsamen Kommission als Abstimmungsorgan der Uni-

versitätskliniken untereinander, ermöglicht längst überfälliger Abstimmungen und Kooperationen zu Leistungsangeboten.

Kein Verständnis haben die Ersatzkassenverbände dafür, dass der kaufmännische Sachverstand bei fakultätsinternen Entscheidungen abgewertet wird. So findet keine Vertretung der Kaufmännischen Leitung innerhalb der Fakultätsvorstände statt. Knapper werdende finanzielle Ressourcen erlauben jedoch zukünftig keine medizinischen Entscheidungen ohne deren ausgewogene wirtschaftliche Bewertung. Daher sehen die Ersatzkassenverbände

hier eine erhebliche Schwächung einer – aufgrund der momentanen finanziellen Situation der Universitätskliniken dringend gebotenen – wirtschaftlichen Ausrichtung, wenn die kaufmännisch Verantwortlichen nicht die notwendigen Kompetenzen erhalten. Medizinische Inhalte werden damit eindeutig über wirtschaftliche Notwendigkeiten gestellt und eine weiter zunehmende finanzielle Schieflage der Universitäten erscheint daher vorprogrammiert.

Unter den gleichen Vorbehalten ist auch die im Gesetzesentwurf aufgeführte Außenvertretung durch die ärztlichen Direktoren der Universitätskliniken zu sehen. Die Steuerung und Leitung der Universitätskliniken zukünftig stärker an den medizinischen Inhalten auszurichten, ist nicht zielführend, da eine rein ärztliche Dominanz bei wirtschaftlichen Fragen falsche Entscheidungen produziert. Auch Hochleistungsmedizin muss sich im Rahmen des wirtschaftlich Notwendigen bewegen.

Mit der Aufnahme der beiden Universitätskliniken in den Krankenhausplan zum 1. Januar 2005 wurde deren „krankenhausplanerische Sonderrolle“ aufgehoben. Unter diesem Gesichtspunkt ist es für die Ersatzkassenverbände unverständlich, dass das Hochschulmedizingesetz die Universitäten nicht zu einer Einbindung der Akademischen Lehrkrankenhäuser in die Ausbildung der Medizinischen Fakultäten verpflichtet.

Gerade hier ist zukünftig von einem erhöhten Abstimmungsbedarf der Universitätskliniken mit den Lehrkrankenhäusern auszugehen.

Ebenso vermissen die Ersatzkassen, dass das Gesetz die beiden Universitätskliniken nicht verpflichtet, sich mit den Maximalversorgungskrankenhäusern außerhalb Sachsen-Anhalts abzustimmen. Nur eine enge Absprache mit diesen Universitätskliniken über die notwendigen Schwerpunktbildungen ermöglicht eine vernünftige Standortsicherung.

FAZIT DER ERSAZTKASSENVERBÄNDE

Es bleibt festzuhalten:

- ⇒ dass eine Priorisierung von Forschung und Lehre zu Lasten einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung erfolgt,
- ⇒ die wirtschaftlichen Probleme der Universitätskliniken dadurch nicht behoben bzw. sich durch die Fallpauschalenvergütung noch erheblich verschärfen werden.

Den beiden Universitätskliniken dürfte mit der Verabschiedung dieses Hochschulmedizingesetzes die Chance auf eine finanzielle Gesundung genommen worden sein!

Arbeitslosengeld II – Ruin der Ärzteschaft?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bläst ins Horn: Das Arbeitslosengeld II, hier die kostenfreie Familienmitversicherung aufgrund von Hartz IV, nimmt der Ärzteschaft erhebliche Gelder, so dass in einigen KV-Bezirken im Jahr 2005 sogar mit absoluten Honorarverlusten zu rechnen ist. Die KBV erkennt den Schwerpunkt der Problemlage jedoch an anderer Stelle: Hiernach führt eine verschärfte chronische Unterfinanzierung der Ärzteschaft insbesondere in den neuen Ländern zum Ärztemangel.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) beklagt in diesem Zusammenhang einen Rückgang des Honorars in Höhe von 2,84 %, das wären, bezogen auf das Honorar der Ersatzkassen, schätzungsweise knapp 4,7 Mio. Euro. Nach eigenen Berechnungen beziffert sich der Personenkreis bei den Ersatzkassen jedoch nur auf lediglich 7.700 neue Familienversicherte.

Insofern sind auch die Honorarverlustberechnungen der KVSA für den Ersatzkassenbereich deutlich überzogen und zielen am eigentlichen „Kopfpauschalensproblem“ bewusst vorbei. In der Vergangenheit hat sich die KVSA um den Zusammenhang zwischen Mitgliederentwicklung und davon abhängigen Honorareinnahmen allerdings nie gekümmert: Werbung wurde betrieben etwa für einen Wechsel in die BKK für Heilberufe und dabei billigend in Kauf genommen, dass in den letzten fünf Jahren rund 100.000 Mitglieder die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt verlassen haben. Die Honorarverluste der KVSA aus diesem Kassenwechsel waren deutlich höher als die jetzt zu beklagenden. Eigenen Schätzungen zufolge dürften der KVSA dadurch insgesamt rund 15 Mio. Euro verlustig gegangen sein. Die seinerzeit von der KVSA forcierten Kassenwechsel spielen aber bei der Diskussion um Unterfinanzierung bis heute keine Rolle bzw. werden verschwiegen.

Wir meinen, dass der Wettbewerb zwischen den Kostenträgern auch die KVen etwas angeht und von ihnen genauso „sportlich“ angegangen werden sollte, wie es die Ersatzkassen untereinander und gegenüber den anderen Kassenarten tun. Hierzu gehört es, den West-Ost-Transfer als geeignetes Mittel anzuerkennen, um Einkommensdifferenzen

ohne Mehrkosten auszugleichen, die Honorarverteilung so einzurichten, dass auch neue Arztpraxen Aussicht auf eine auskömmliche Vergütung erhalten und schließlich alle Fakten nicht aus dem Auge zu verlieren: einen Ärztemangel gibt es in Sachsen-Anhalt bisher nicht!

integra-Sommer 2005

„integra – neue Wege zur Gesundheit“ ist das Projekt der Ersatzkassen zur integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt. Gemeinsam mit unseren Partnern, dem Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg GmbH, der Klinik St. Marienstift in Magdeburg, dem Diakoniekrankenhaus Halle und der Diakonissenanstalt Dessau verzeichnen wir in diesem Projekt ein hohes Wachstumspotenzial mit weiteren Steigerungsmöglichkeiten.

Die Veranstaltungsreihe integra-Sommer 2005 eröffnete an allen Vertragsstandorten die Möglichkeit eines intensiven Erfahrungsaustausches mit einer großen Resonanz bei den Teilnehmern. (siehe u. a. Veranstaltungshinweise Seite 5)

Am Rande der Veranstaltung im Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg beantwortete der Vorsitzende der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt, Herr Prof. Reinhard Turre, der Redaktion folgende Fragen

▼ Welche Bedeutung hat aus Sicht des stationären Sektors die integrierte Versorgung „integra – neue Wege zur Gesundheit“?



Prof. Reinhard Turre

▲ Prof. Reinhard Turre: „Wir begrüßen den Versuch, eine sektorübergreifende Versorgung für die Patienten in einer solchen abgestimmten Weise zu ermöglichen. Im Gesundheitssystem wird man zukünftig noch mehr darauf zu achten haben, die

medizinischen Leistungen dort anzubieten, wo sie am effektivsten und wirtschaftlichsten erbracht werden können. Der Patient ist nicht „einzuteilen“ in einen ambulanten und in einen stationären Teil, sondern sucht für sich eine ausgewogene medizinische Versorgung. Zudem braucht er aber auch Sicherheit und Vertrauen in seine Behandlung, weil er in dem komplizierten System der medizinischen Angebote nur sehr schwer durchschauen kann, was

für ihn das Angemessene und Gute ist. Diesem Gesichtspunkt wird man innerhalb der „integra-Familie“ erhöhte Aufmerksamkeit zuwenden. Schon heute können wir von einem gelungenen Versorgungsangebot ausgehen, das aufzeigt, wie auch künftig medizinische Versorgung stattfinden muss, nämlich nicht nebeneinander, sondern aufeinander bezogen.“

▼ Es hat sich bis jetzt gezeigt, dass es in erster Linie „kleine“ Einrichtungen sind, die das Versorgungsangebot integra – neue Wege zur Gesundheit – anbieten. Warum „kleine“ Einrichtungen oder ist dies aus Ihrer Sicht nur der erste Schritt?

▲ „Damit ein solches Versorgungsangebot überhaupt funktionieren kann, darf es schließlich nicht zu groß werden. Die in dem System Handelnden müssen sich auch noch gegenseitig kennen, miteinander austauschen und durch die gegenseitige Kenntnis fachlich unterstützen. Gerade die Tatsache, dass der stationäre Bereich vom ambulanten und der ambulante Bereich vom stationären in einem solchen Zusammenhang auch fachlichen Austausch haben kann, ist gewollt und wird von der Ärzteschaft ausdrücklich begrüßt. Das geht aber nur, wenn Beteiligte auch Vertrauen zueinander haben und ihre fachliche Kompetenz persönlich und gegenseitig schätzen.“

▼ Eine bis 2006 befristete und auf 1% Anteil an stationären und ambulanten Leistungsausgaben begrenzte Finanzierung ist zurzeit vom Gesetzgeber vorgegeben. Brauchen wir bei der Implementierung der integrierten Versorgung nicht auch eine größere Flexibilität in der Befristung und der Etatfindung?

▲ „Die Schwierigkeit ist, dass der Gesetzgeber wieder einmal zu Lasten der Leistungsanbieter eine Regelung beschlossen hat oder zumindest die Ermächtigung zu dieser Regelung ausgesprochen hat und die Beteiligten in unterschiedlicher Weise ein Interesse an dieser Sache haben. Ich bin im Prinzip schon dafür, dass es auch finanzielle Anreize geben muss, damit Bewegung ins System kommt. Wahrscheinlich

hat der Gesetzgeber auch keine anderen Möglichkeiten als das generell zu regeln. Noch besser wäre natürlich, den Anreiz so zu schaffen, dass die Beteiligten, die sich wirklich ins System der integrierten Versorgung hineinbegeben, auch den finanziellen Anreiz bekommen und dass es nicht einfach auch zu Lasten derer geht, die (noch) nicht im „System“ sind. Ich denke, man muss darüber noch einmal reden. Es wird sich zeigen, wie die integrierte Versorgung in dieser Form überhaupt angenommen wird. Ich rechne auch ein Stück damit, dass Patienten sich zu dieser Sache positiv äußern werden und anderen damit Mut machen. Insgesamt wird es ein Interesse geben müssen, dass wir das, was in den „Versäulungen“ zurzeit nebeneinander besteht, zukünftig vernünftig miteinander verzahnen werden.“

▼ **Wie sehen Sie den generellen Stellenwert einer Evaluation?**

▲ „Evaluierung ist in unseren Kliniken ohnehin schon voll im Gange. Es werden Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen und Dokumentationen vorgenommen, die auch zeigen, inwieweit die Angebote, die man macht, auch qualitätsgerecht sind. Wir werden zu überprüfen und zu evaluieren haben, ob die integrierte Versorgung auch dem Anspruch der Effektivität und der Qualitätssicherung gerecht wird.“

▼ **Wie schätzen Sie die Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor ein, in erster Linie die Zusammenarbeit der Ärzte vor Ort?**

▲ „Wir haben in unseren Kliniken ohnehin auch in den letzten Jahren – das ist ja nicht die Stunde Null – doch ein gutes Einvernehmen der Ärzte vor Ort mit den Krankenhäusern und umgekehrt. Man kennt sich, man weiß, was man voneinander erwarten darf. Diese persönlichen Beziehungen und fachlichen Kontakte sind der integrierten Versorgung insgesamt dienlich. Deshalb wäre ich auch skeptisch, zu sagen, aus dieser Sache einen – was die Beteiligten anbelangt – zu großen Raum in den Blick zu nehmen, sondern man muss das immer auch lokal und regional überschaubar verankern.“

Wir haben ja neben den organisatorischen Fragen, die wir in dieser Sache bedenken müssen (Bereitstellung von Räumen und Abstimmung mit den Zeitplänen im Krankenhausbereich), eben auch darauf zu achten, dass die vertragliche Aufbereitung des ganzen Systems nicht ausfunkt. Da würde ich zu einer Vereinfachung raten. Sicher muss geklärt werden, wer bis zu welchem Abschnitt der Behandlung auch verantwortlich zeichnet. Gleichzeitig darf man nicht zur Verwirrung der Patienten beitragen, indem die Sache juristisch nicht klar, sondern zu vielfältig ausgestaltet wird.“

VERANSTALTUNGSHINWEIS

■ **Abschlussveranstaltung integra – Sommer 2005**
 – **Gespräche zur integrierten Versorgung**
 „Bedeutung der integrierten Versorgung für das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt“

am Mittwoch, den 5. Oktober 2005, ab 16:00 Uhr

Diakoniewerk Halle, Lafontainestraße 15

Podiumsteilnehmer sind

Herr **Gerry Kley** für die Landesregierung (Minister für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt)

Herr **Dr. Werner Gerdemann** für die Ersatzkassenverbände (Kostenträger)

(Mitglied des Vorstandes, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V.)

Herr **Dr. Thomas Hartkopf** für die Leistungserbringer vor Ort (Diakoniewerk Halle)

Herr **Wolfgang Garbaciok** für die forschende pharmazeutische Industrie

(MSD Sharp & Dohme GmbH)

Herr **Dr. Ulrich Orlowski** für den Gesetzgeber (Unterabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) angefragt.

KURZNOTIZEN: IN EINEM SATZ⇒ **Rauchen schadet**

Die Martin-Luther-Universität untersucht im Rahmen einer Studie nach Möglichkeiten zur „Raucherentwöhnung“ bei Schwangeren.

⇒ **Verwaltungskosten niedrig**

Der bereits im Vergleich zu anderen Kassenarten niedrige Verwaltungsanteile bei den Ersatzkassen konnte im ersten Halbjahr 2005 weiter gesenkt werden.

⇒ **Rettungsdienstgebühren galoppieren**

Die Ausgaben der Ersatzkassen für Rettungsfahrten sind im ersten Halbjahr 2005 um bis zu 30 Prozent gestiegen.

⇒ **Ersatzkassentag**

Der diesjährige Ersatzkassentag zum Thema „Finanzierung“ findet am 9. November im Maritim Hotel Magdeburg statt.

Qualitätssicherung Transparenz in Krankenhäusern

Wer wissen möchte, welches Krankenhaus sich in einer Region auf die Behandlung eines bestimmten Krankheitsbildes spezialisiert hat oder wie oft ein Krankenhaus bestimmte Operationen durchgeführt hat und wo die Komplikationsrate besonders gering ist, der kann dies künftig im Internet leicht recherchieren.

Gemeinsam und erstmalig veröffentlichen der BKK-Bundesverband, der IKK-Bundesverband, der Bundesverband der Landwirtschaftlichen Krankenkassen, die Bundesknappschaft, die Ersatzkassenverbände VdAK e.V. und AEV e.V. sowie der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. o. g. Qualitätsberichte der Krankenhäuser auf der Homepage:

<http://www.g-qb.de>

Die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt haben bis zum 1. September 2005 ihre Qualitätsberichte fristgerecht vorgelegt.

In den nach einem einheitlichen Schema aufgebauten Qualitätsberichten sind alle Struktur- und Leistungsdaten sowie Informationen zur Qualitätssicherung enthalten. Für den Patienten, der ein Krankenhaus sucht, das auf seine Erkrankung spezialisiert ist, oder für den Vertragsarzt, der seinen Patienten in eine geeignete Klinik in der Umgebung einweisen will, wird damit eine wertvolle Entscheidungshilfe zur Verfügung gestellt.

Ärztgehonorar 2005 Verhandlungsweg erfolgreich beschritten

Zum Ergebnis

Die niedergelassenen Ärzte erhalten nach dem Willen von Kassenärztlicher Vereinigung und Ersatzkassen rund 2,3 Prozent mehr Honorar im Jahr 2005. Die Vertreter der Ersatzkassen haben in diesem Jahr besondere Rücksicht darauf genommen, dass die Ärzteschaft sich mit einer geänderten Honorarverteilung durch die Imple-

mentierung des EBM 2000plus auseinander setzen muss. Die strukturellen Veränderungen zwischen den Facharztgruppen sind zum Teil enorm und bedürfen einer genauen Analyse, weil dieser Strukturwandel nicht nur Gewinner, sondern auch Verlierer mit sich bringt. Insofern sollen die Regelungen zum Honorar 2005 dazu beitragen, finanziell gebotene Veränderungen zu verkraften.

Zum Hintergrund

Die beitragspflichtigen Einnahmen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind im Vorjahr um 0,38 Prozent gestiegen und bilden gem. § 71 SGB V grundsätzlich eine Verhandlungsobergrenze. Das vorliegende Verhandlungsergebnis konnte zu Stande kommen, weil der Gesetzgeber gem. § 85 SGB V im Zeitraum 2004 bis 2006 in

den neuen Bundesländern außerordentliche Honorarsteigerungen in Höhe von insgesamt 3,8 Prozent vorsieht, die mit Honorarkürzungen in Höhe von 0,6 Prozent in den alten Bundesländern kostenneutral finanziert werden sollen (West-Ost-Transfer). Dieser West-Ost-Transfer soll die vorhandenen Einkommensunterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten in den alten und den neuen Bundesländern abbauen.

Landesbasisfallwert genehmigt

Planungssicherheit für die Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz beschloss der Gesetzgeber 1999 die Entwicklung eines durchgängigen, leistungsorientierten und pauschalierten Vergütungssystems. Die Fallpauschalen (DRG) waren demnach ab 2003 einzuführen. Zur Umsetzung der o. g. Fallpauschalen gehört auch der Grundsatz, dass mit gleicher Leistung auch die gleiche Vergütung verbunden sein soll. Diesem Ziel nähert man sich mittels der von 2005 bis voraussichtlich 2009 andauernden Konvergenzphase schrittweise an. Die Verbände der Krankenkassen hatten dazu erstmals für das Jahr 2005 einen landeseinheitlichen Basisfallwert für die Verhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern zu Grunde zu legen. Der landeseinheitliche Basisfallwert ist ein wesentlicher Faktor zur Abrechnung der Krankenhausleistungen.

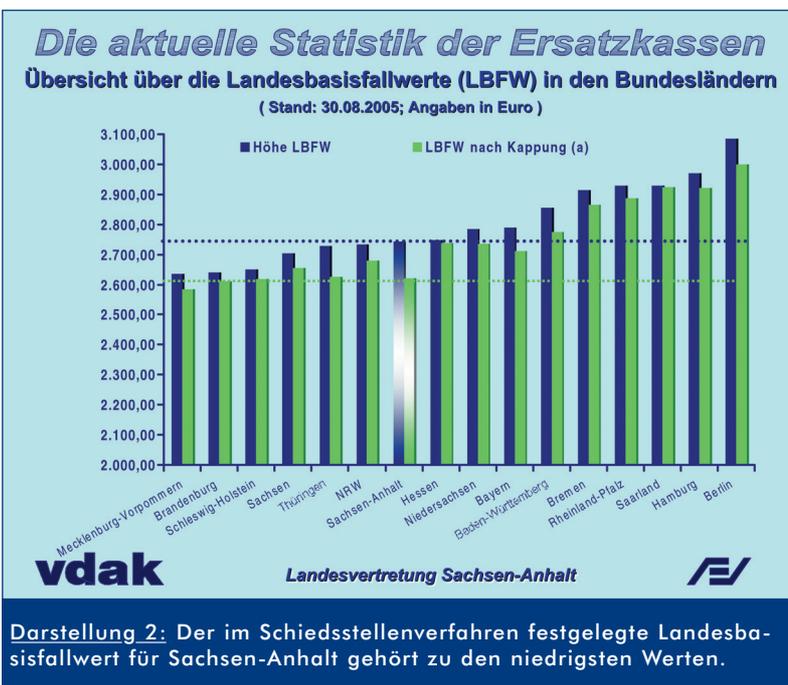
Das Sozialministerium als Genehmigungsbehörde hat mit Datum vom 19. Juli 2005 die Genehmigung zu dem von der Schiedsstelle festgesetzten Wert des Landesbasisfallwertes ausgesprochen. Damit ist eine wichtige Grundlage für die Planungssicherheit der stationären Versorgung in Sachsen-Anhalt geschaffen. Die Entgeltverhandlungen mit den einzelnen Krankenhäusern können nun zügig durchgeführt werden.

Der Wert für den landesweiten Basisfallwert des Landes Sachsen-Anhalt gehört mit 2630,20 € nach Kappung im Vergleich mit den anderen Bundesländern zu einem der Niedrigsten. (vgl. Darstellung 2)

Dabei darf die mit Abstand höchste Kappungssumme für Sachsen-Anhalt nicht verschwiegen werden. Die hohe Kappungssumme zeigt die in den einzelnen Krankenhäusern sehr unterschiedliche bisherige Kostensituation auf. Die Krankenhäuser müssen nun die Zeit in der Konvergenzphase nutzen, einerseits ihre Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben und andererseits verstärkt die Möglichkeiten der Kooperation zu nutzen.

Der Landesbasisfallwert ist noch nicht der Wert, mit dem derzeit die Krankenhausleistungen real vergütet werden, sondern der rechnerisch ermittelte und durch die Schiedsstelle festgesetzte Wert, auf dessen Grundlage in weiteren Schritten die künftige Vergütungshöhe für die Leistungen der Krankenhäuser in Sachsen-Anhalt gefunden wird.

Insofern bestehen für Krankenhäuser und Krankenkassen Chancen, in fairen Verhandlungen reale Vergütungssätze zu vereinbaren.



Darstellung 2: Der im Schiedsstellenverfahren festgelegte Landesbasisfallwert für Sachsen-Anhalt gehört zu den niedrigsten Werten.

Selbsthilfe 2005

Kontinuierliche Unterstützung durch Ersatzkassen

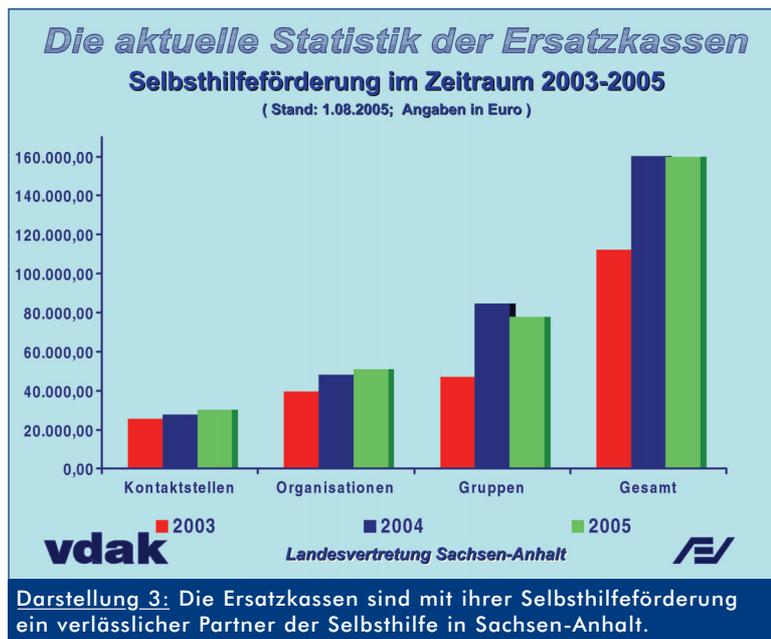
11 Selbsthilfekontaktstellen, 20 Landesorganisationen und 520 Selbsthilfegruppen erhielten von den Ersatzkassen in den vergangenen Monaten Förderbescheide für das Jahr 2005. Damit fördern die Ersatzkassen die „Selbsthilfe“ in Sachsen-Anhalt mit einem Gesamtbetrag in Höhe von rund 160.000,00 Euro. (vgl. Darstellung 3)

Diese nunmehr seit Jahren gewährte Unterstützung ist ein Zeichen für den hohen Stellenwert, den die Ersatzkassen der Selbsthilfe beimessen.

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

Die Ersatzkassen sehen in ihrem Engagement aber auch ein wichtiges Signal für die Städte und Kommunen, ihre Förderung nicht zurückzufahren.

Bekanntermaßen sind die Kassen der Kommunen wie auch die der Krankenkassen nicht üppig gefüllt. Unabhängig davon stehen die Ersatzkassen und ihre Verbände eindeutig zu ihrem Teil der Verantwortung, um Sinnvolles und Notwendiges auf dem Gebiet der Selbsthilfe zu erhalten und zu stärken. Allerdings ist und bleibt Selbsthilfe eine Gemeinschaftsaufgabe, die auch nur gemeinsam geschultert werden kann. Insofern ist in 2005 ein Umdenken der „öffentlichen Hand“ als Forderung aktueller denn je!



„Ambulante Hospizversorgung“ in Sachsen-Anhalt flächendeckend

Viele schwerstkranke Menschen möchten die letzte Zeit ihres Lebens in gewohnter häuslicher Umgebung verbringen. Dabei können ambulante Hospizdienste, die häusliche Sterbebegleitung anbieten, eine große Hilfe sein. Deshalb ist es ein wichtiges Anliegen der Ersatzkassenverbände, dass dies auch landesweit und damit flächendeckend möglich ist.

Erstmals wurden in Sachsen-Anhalt 2004 die ambulanten Hospize in Stendal und Halle von den Ersatzkassen mit insgesamt rund 15.000 Euro finanziell unterstützt.

Diese Förderung soll dem Auf- und Ausbau einer möglichst flächendeckenden ambulanten Hospizversorgung – also einer häuslichen Sterbebegleitung – dienen (vgl. Hintergrund).

Nachdem im vergangenen Jahr von insgesamt sieben Antragstellern lediglich die ambulanten Hospize in Stendal und Halle als förderwürdig einzustufen waren, erwarteten die Ersatzkassen in 2005 von den übrigen ehrenamtlichen ambulanten Hospizdiensten aussagefähige Antragsunterlagen – bisher vergebens. Lediglich Anträge der ambulanten Hospizdienste aus Halle und Stendal lagen vor und konnten mit einer Gesamtsumme von 20.000 Euro durch die Ersatzkassen gefördert werden.

ZUM HINTERGRUND

Seit dem 01.01.2002 gilt die zwischen den Spitzenverbänden auf Bundesebene vereinbarte Rahmenvereinbarung nach § 39 a Abs. 2 Satz 6 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit. Auf dieser Grundlage erfolgt die jährliche Förderung der ambulanten Hospizdienste in Sachsen-Anhalt durch die Ersatzkassen.

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: Jürgen Fremmer · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel