

sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

April 2005

Klausurtagung 2005 in Wendgräben

Zum Jahresanfang (Januar) gehen die Ersatzkassenverbände und ihre Mitgliedskassen nun schon traditionell in Klausur, um gemeinsam die jeweiligen Jahresziele abzustimmen.

Schwerpunkte wie:

- Vertragsgeschehen Ärzte, Zahnärzte
- Arzneimittelausgaben
- Novellierung des Rettungsdienstgesetzes
- Umsetzung Krankenhausgesetz – Krankenhausplan 2005
- Pflegeversicherung und
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

waren in diesem Jahr Gegenstand intensiver zweitägiger Beratungen. Fester Bestandteil und nicht zuletzt Schwerpunkt dieser Klausur ist eine intensive gesundheitspolitische Diskussion mit namhaften Vertretern der Landespolitik. In diesem Jahr war es der Landesvorsitzende der CDU in Sachsen-Anhalt, Herr Thomas Webel, der den Weg ins winterliche Wendgräben fand und in einer offenen und kurzweiligen Diskussion sowohl zu Fragen mit bundesweiter Ausstrahlung, als auch mit landes- bzw. kommunalen Kolorit den Vertretern der Ersatzkassen Rede und Antwort stand.

Im Nachgang an diese fast zweistündige Diskussion im repräsentativen Kaminzimmer der Konrad-Adenauer-Stiftung gewährte der CDU-Landesvorsitzende dem

VdAK/AEV-Länderreport folgendes Interview, welches quasi als eine Zusammenfassung des Gespräches gelten kann:

? VdAK/AEV-Landesvertretung: Welchen Stellenwert misst die CDU Sachsen-Anhalt gesundheitspolitischen Themen in der Landespolitik zu?

Thomas Webel: Sachsen-Anhalt war das erste der Neuen Länder, das eigene Gesundheitsziele, also eine verbindliche Zielstellung in Fragen der Gesundheit seiner Bürger formuliert hat. Diese Ziele, zu denen ein altersgerechter Impfstatus ebenso zählt wie eine gesunde Ernährung und Bewegungsangebote, sind unlängst aktualisiert worden. Mit Blick auf das große Interesse der Bürger an Gesundheitsthemen, aber auch im Hinblick darauf, dass die Bürger unseres Landes immer älter werden, sind die Themen Gesundheit und Prävention von herausragender Bedeutung. Dort, wo schon frühzeitig etwas für die Gesunderhaltung der Bevölkerung getan wird, wird es auf lange Sicht zu einer Entlastung der Krankenkassen kommen.

? Als Landrat, und damit verantwortlich für das Klinikum des Ohrekreises, sind Sie eingebunden in die Umsetzung des neuen Landeskrankenhausgesetzes. Welche Ergebnisse sind aus Ihrem Verantwortungsbereich zu vermelden?

Kernstück ist die veränderte Krankenhausplanung, die selbstverständlich auch eine Bedeutung für das Ohren-Klinikum hat. Überprüft werden in diesen Monaten die angebotenen Leistungen aller Fachabteilungen für die Patienten unter Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten; insbesondere in der Pädiatrie, der Geburtshilfe- und der Augenabteilung. Die Prüfung gipfelt in die Entscheidung des Krankenhausträgers, ob die Leistungen auch künftig in der bisherigen Art und Weise erbracht werden sollen. Übrigens, bereits zum Jahresende können nach gegenwärtigem



Im angeregten Gespräch: Lothar Braune, Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen, Thomas Webel (CDU-Landeschef), Jürgen Fremmer, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung (v.r.n.l.)

Stand neun klinische und sechs nichtklinische Projekte, die eine marktangepasste Neuorientierung und Neu-

strukturierung des Ohren-Klinikums zum Ziel haben, Stichworte sind

- Behandlungsstufen,
- integrierte Versorgung,
- Gesundheitszentren, Aufbau- und Ablauforganisation oder
- die Prüfung alternativer Rechtsformen, abgeschlossen werden.



Thomas Webel

? Die Novellierung des Rettungsdienstgesetzes ist eine „Dauerbaustelle“. Welche Lösungsansätze sollte die CDU-geführte Landesregierung forcieren?

Besser ein durchdachtes Gesetz als ein Schnellschuss mit Folgen. Ziel muss es sein, unser Rettungssystem effizienter zu machen und dem Bürger im Notfall schnellstmögliche Hilfe zu garantieren. Wichtig aus Sicht der CDU ist daher, dass die Hilfsfrist bei 12 Minuten festgesetzt bleibt, dass das System der integrierten Leitstellen Bestand hat und wir die Qualifikation des Rettungsdienstpersonals verbessern. Zudem muss eine Regelung zum Rettungsdienst unabhängig von der Kreisgebietsreform erfolgen.

? Die zukünftige, solide Finanzierung des GKV-Systems könnte bzw. ist schon jetzt eine der „Gretchenfragen“ von in 2006 anstehenden Wahlenentscheidungen. Wie positioniert sich hierzu die CDU Sachsen-Anhalts?

Der Reformbedarf im Gesundheitssystem ist unbestritten. Handeln wir nicht, steigen die Sozialversicherungsbeiträge von jetzt 42 Prozent der Bruttolöhne auf 54 Prozent im Jahre 2030. Das Unions-Konzept, sprich das Prämienmodell, entlastet Normalverdiener, sichert Spitzenmedizin für alle und schafft durch das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge Wachstum und Arbeitsplätze. Die von der SPD gepuschte Bürgerversicherung hingegen bedeutet eine teure Kollektivkasse, die den Wettbewerb einschränkt und die Steuerzahler belastet. Das Unions-Modell ist die bessere Alternative, auch wenn selbst in den eigenen Reihen noch Nachbesserungen diskutiert werden.

Sozialwahl 2005 Richtig wichtig!

Die Sozialwahl ist nach den Bundestagswahlen und nach den Wahlen zum europäischen Parlament die größte Wahl auf Bundesebene. Bundesweit sind rund 46 Millionen Mitglieder, Versicherte und Rentner bis zum 1. Juni 2005 aufgefordert, ihre Versichertenvertreter in die Verwaltungsräte der vier großen Ersatzkassen – Barmer, DAK, TK, KKH – sowie in die Vertreterversammlung der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) zu wählen. In Sachsen-Anhalt sind es rund 510.000 Mitglieder der oben genannten Ersatzkassen, die per Briefwahl ihre Stimme abgeben können.

Richtig wichtig Immer noch zu wenig Menschen wissen, was sich hinter dem Begriff Sozialwahl verbirgt. Wählen bedeutet Mitbestimmung und Teilhabe der Bürger an sozial- und gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen. Wählen erhöht aber auch das Vertrauen in unsere sozialen Sicherungssysteme, denn die Bürger nehmen ihre Belange selbst in die Hand. Das ist der Gedanke der Selbstverwaltung, der bei den Ersatzkassen eine jahrhundertalte Tradition hat.

In einem privatisierten Gesundheitswesen würden demgegenüber sozial- und gesundheitspolitische Zielsetzungen zugunsten marktwirtschaftlicher Prinzipien in den Hintergrund gedrängt werden. Dies kann und ist auch nicht die zukunftsfähige Lösung für notwendige Strukturanpassungen in den Sozialversicherungssystemen.

Es geht um die Zukunft der Renten- und Krankenversicherung und um die Wahrnehmung demokratischer Rechte. Häufig wird unterschätzt, welche Einflussmöglichkeiten die durch eine Sozialwahl legitimierte Selbstverwaltung hat und im Interesse der Versicherten auch nutzt. Die Verwaltungsräte der Ersatzkassen legen den Beitragssatz der Kasse fest, sie wählen den Vorstand, verabschieden den Haushalt und arbeiten in politischen Gremien wie z. B. dem Gemeinsamen Bundesausschuss mit, wo es um den Umfang des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung geht. Sie nehmen darüber hinaus Einfluss auf die Gesetzgebungsprozesse, werden bei Anhörungen gehört, bereiten Stellungnahmen vor und artikulieren die Interessen der Versicherten gegenüber der Politik, den Ärzten, Krankenhäusern etc. Da in den Parlamenten der Ersatzkassen zudem nur Versicherte vertreten sind – keine Arbeitgeber – können sich die Ersatzkassen in vielen Fragen der Zukunft der so-

zialen Krankenversicherung deutlicher im Interesse der Versicherten positionieren als die anderen Kassenarten.

Diese Chance werden die gewählten Vertreter nach Konstituierung der Verwaltungsräte für weitere sechs Jahre nutzen.



Dr. Doris Pfeiffer (VdAK-Vorstandsvorsitzende) am 15.4. auf der Pressekonferenz in Magdeburg

Richtig wichtig Die Sozialwahlkampagne der vier Ersatzkassen und der BfA, für die am 7. März der offizielle Startschuss gefallen ist, wird ihren Teil dazu beitragen. Lachende Briefgesichter auf Bahnhöfen, Bussen, Straßenbahnen und Plakaten, in Anzeigen sowie in Funk- und Fernsehspots werden auf die Sozialwahl hinweisen, zum Wählen auffordern und Hintergrundinformationen z. B. im Internet (www.sozialwahl.de) anbieten.

Und dann heißt es nur noch: Wählen.

Kurznotizen: In einem Satz

Drohender Ärztemangel

Auf Anhörungen von PDS- und CDU-Fraktion zum drohenden Ärztemangel wurden seitens der Ersatzkassenverbände die Nutzung möglicher Gestaltungsoptionen des GMG's (u.a. Medizinische Versorgungszentren – MVZ) vorgeschlagen. Nach Berechnungen der Ersatzkassen droht ein Ärztemangel erst im Jahr 2010.

Präventionsgesetz

GKV-Vertreter verwiesen bei einem ersten Treffen im Sozialministerium mit Blick auf die Kosten auf eine möglichst praktikable Ausgestaltung und auf den weitestgehenden Verzicht bürokratischer Hürden. Die GKV sollte die Verwendung ihrer Gelder für die Prävention im Griff behalten.

Primärprävention

Der Landes-Sport-Bund Sachsen-Anhalt und die Ersatzkassenverbände wollen im Bereich der Primärprävention zukünftig enger zusammenarbeiten.

Landesgesundheitskonferenz

Auf der dritten Landesgesundheitskonferenz am 25. Mai 2005 positionieren sich die Ersatzkassen stellvertretend für die GKV zur Umsetzung der Gesundheitsziele in Sachsen-Anhalt.

Optimale Versorgung für Patienten der Ersatzkasse mit koronarer Herzkrankheit (KHK)

Mit dieser Vertragsunterzeichnung sichern die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung eine qualitätsgeprüfte medizinische Langzeit-Versorgung für KHK-Patienten in Sachsen-Anhalt. Damit sind die Rahmenbedingungen für eine optimale Versorgung für alle Patienten der Ersatzkassen mit koronarer Herzkrankheit in Sachsen-Anhalt geschaffen.

Disease-Management-Programme sollen die Behandlung chronischer Erkrankungen durch eine verbesserte Zusammenarbeit der beteiligten Ärzte optimieren. Dabei steht der Hausarzt dem Patienten regelmäßig als erster Ansprechpartner zur Seite. Der Hausarzt koordiniert und dokumentiert die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kardiologen und Krankenhäusern.

Epidemiologische Untersuchungen zur Prognose der koronaren Herzkrankheit zeigen, dass durch eine adäquate Betreuung und kompetenten Umgang der Patienten mit der Erkrankung der Gesundheitszustand, die Lebensqualität und die Folgeerkrankungen positiv beeinflusst werden können.

Eine rechtzeitige Diagnostik im Rahmen einer optimalen Koordination und Einbindung der verschiedenen Versorgungssektoren, eine individualisierte Therapie sowie eine qualifizierte Schulung und Betreuung der Patienten können die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessern und die Behandlungskosten erheblich reduzieren.

Die KHK und die damit im Zusammenhang stehenden Begleit- und Folgeerkrankungen stellen angesichts ihrer Häufigkeit Volkskrankheiten dar, die zu einer erheblichen Reduzierung der Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung der Erkrankten führen können. Angesichts der zum Teil beträchtlichen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen hat die koronare Herzkrankheit eine herausragende Bedeutung als chronische Erkrankung.

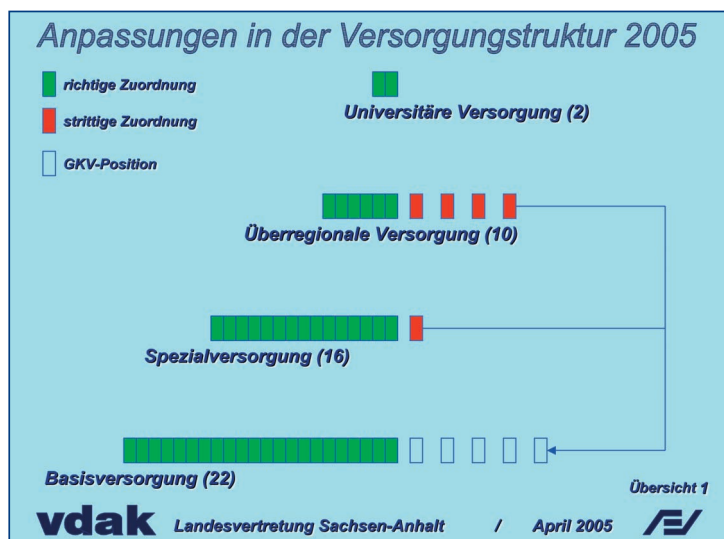
Der Verbesserung der Versorgung von KHK-Patienten wird daher von den Vertragspartnern ein hoher Stellenwert beigemessen.

Krankenhausplan 2005

Nicht jedes Krankenhaus muss zukünftig überregionale Versorgungsstrukturen vorhalten

Ab 2005 erfolgt in Sachsen-Anhalt erstmals eine Krankenhausplanung auf Basis der zu erbringenden Leistungen.

Sachsen-Anhalt hat als erstes Bundesland vor dem Hintergrund der bundesweiten Einführung eines pauschalisierenden Vergütungssystems in den Krankenhäusern ein neues Krankenhausgesetz verabschiedet. Dieses orientiert sich konsequenterweise nicht mehr an Bettenzahlen, sondern stellt auf die erbrachten Leistungen als Hauptkriterium für die zukünftige Krankenhausplanung ab. Die Umstrukturierung ist aufgrund des DRG-Vergütungssystems notwendig und wurde von den Ersatzkassenverbänden maßgeblich mitgetragen. Neben vielen neuen Kriterien für die Aufführung der Schwerpunkte, der Zentren und der Anforderungen für die Krankenhäuser bei einer erhöhten Transparenz der Leistungserbringung und der strukturellen Vorhaltungen ist die Einstufung der Krankenhäuser in Versorgungsstufen neu definiert. Die einzelnen Versorgungsstufen sowie die Einstufungskriterien sind den



Übersichten zu entnehmen (vgl. „Auszug aus dem Rahmenprogramm...“ siehe unten).

Neben einer Anzahl von mindestens 15.000 Behandlungsfällen an einem Standort muss ein Krankenhaus zur Einordnung in die überregionale Versorgungsstufe auch Leistungen erbringen, die einen überörtlichen Charakter aufweisen. Die Ersatzkassenverbände gehen vor diesem Hintergrund von einer veränderten Einstufung gegenüber den bisherigen Versorgungsstufen bei einigen Krankenhäusern aus (vgl. Übersicht 1).

So erfüllen die Krankenhäuser Merseburg-Querfurt und Weißenfels-Hohenmölsen lediglich die Kriterien

einer Basisversorgung. Kritisch sehen die Ersatzkassenverbände ebenso eine Einstufung von allen drei Harzkliniken (Halberstadt, Quedlinburg und Wernigerode) in die überregionale Versorgungsstufe. Auch hier sind Konzentrations- und Kooperationsbestrebungen zu erwarten, da eine überregionale Versorgung in maximal zwei der drei Krankenhäuser realistisch ist.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung des neuen Krankenhausgesetzes und im Sinne einer besseren Versorgung wurden auch andere Kliniken von den Ersatzkassenverbänden zu Kooperationen mit umliegenden Krankenhäusern angemahnt.

Auszug aus den Rahmenvorgaben für Versorgungs- und Qualitätsziele der Krankenhausplanung in Sachsen-Anhalt gem. § 3(2) KHG LSA

4. Versorgungsstruktur

4.1 Versorgungsstufen

Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses wird mittels Zuordnung zu einer Versorgungsstufe definiert. Für alle Versorgungsstufen gelten die Kriterien zur qualitätsgerechten Leistungserbringung entsprechend den Anforderungen des SGB V und den Leitlinien für das Fachgebiet.

Basisversorgung

- Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie
- weitere Fachgebiete einschl. belegärztlicher Angebote
- Kooperation mit Krankenhäusern aller Versorgungsstufen
- Versorgungsaufgaben im unmittelbaren Einzugsgebiet, in der Regel der Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt
- Teilnahme an der 24-Stunden-Notfallversorgung
- Orientierungsfallzahl pro Jahr: ca. 5.000
- Bei Unterschreitung der Orientierungsfallzahl erfolgt eine Anhörung im Planungsausschuss

Überregionale Versorgung

- mehrere Fachgebiete, einschl. Schwerpunktkompetenz, über die Basisversorgung hinaus in komplexer Vorhaltung an einem Standort ggf. in Leistungszentren
- Versorgungsaufgaben für den eigenen Landkreis bzw. die kreisfreie Stadt und weitere Regionen
- Kooperation mit Krankenhäusern der Basisversorgung und Krankenhäusern mit überregionalen bzw. univer-

sitären Versorgungsaufgaben zur Konzentration hochspezialisierter Leistungen

- Teilnahme an der 24-Stunden-Notfallversorgung
- Orientierungsfallzahl pro Jahr: ca. 15.000
- Bei Unterschreitung erfolgt eine Anhörung im Krankenhaus-Planungsausschuss.

Universitäre Versorgung

- unter Berücksichtigung von Forschung und Lehre – Versorgungsaufgaben für Sachsen-Anhalt und angrenzende Bundesländer in Form der Maximalversorgung
- hochspezialisierte medizinisch-technische Einrichtungen
- Kooperation mit Krankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt und angrenzender Gebiete
- Abstimmung zwischen den Universitätskliniken Magdeburg und Halle in Bezug auf Hochleistungsmedizin
- Transplantationsmedizin

Spezialversorgung

Daneben gibt es Krankenhäuser mit Aufgaben einer Spezialversorgung. Kriterien dafür sind:

- überregionale Versorgung entsprechend der fachlichen Ausrichtung
- Behandlung von Kranken bestimmter Krankheitsarten und/oder bestimmter Altersstufen
- Kooperation mit Krankenhäusern des Landes Sachsen-Anhalt und angrenzenden Gebieten
- Versorgungsaufgaben für das Land Sachsen-Anhalt

Pflegeversicherung I

Behutsame Reformschritte notwendig

Seit dem 1. April 1995, werden Leistungen aus der Pflegeversicherung gewährt. Sie ist ein positives Beispiel für einen modernen Sozialstaat. So werden durch die Pflegeversicherung Familien, die ihre pflegebedürftigen Angehörigen betreuen, nicht mehr im Stich gelassen. Eine neue Struktur ambulanter, und stationärer Pflegeeinrichtungen ist in Sachsen-Anhalt entstanden, die dem unterschiedlichen Bedarf der Pflegebedürftigen gerecht wird. (vgl. Übersicht 2)

Trotz der Erfolge mit der Pflegeversicherung, steht deren Weiterentwicklung außer Frage. Die Ersatzkassenverbände sprechen sich allerdings hierbei für eine sachorientierte Weiterentwicklung aus, bei der folgende Aspekte zu berücksichtigen sind:

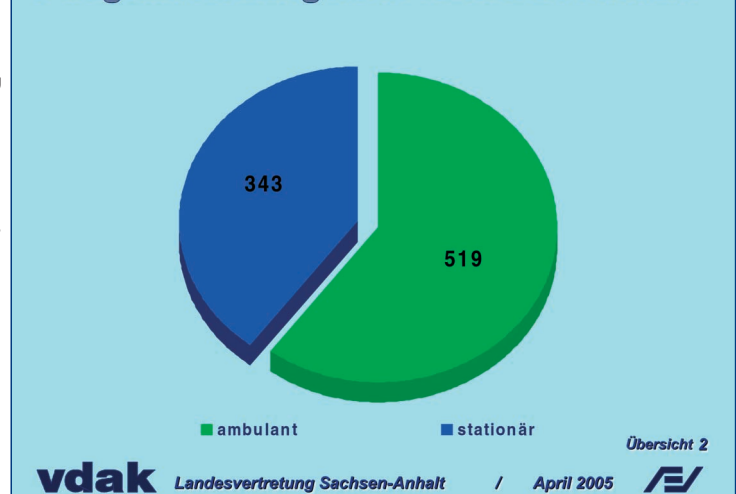
- Überprüfung bzw. Erweiterung des bisherigen Begriffes der Pflegebedürftigkeit,
- Status quo bei der Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege,
- Dynamisierung der Pflegeleistungen,
- Neujustierung der Sachleistungsbeträge der ambulanten und stationären Pflege,
- Verpflichtung der öffentlichen Hand – insbesondere des Landes – zur Bereitstellung der

notwendigen finanziellen Investitionsmittel für die Pflegeeinrichtungen.

- Beibehaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen

Die Ersatzkassenverbände sprechen sich für eine Reform mit Augenmaß aus und sehen in dem Erhalt der Solidarität als tragendes Prinzip das Gebot der Stunde. Eine Individualisierung des Pflegerisikos wird von den Ersatzkassenverbänden abgelehnt.

Pflegeeinrichtungen in Sachsen-Anhalt



Pflegeversicherung 2

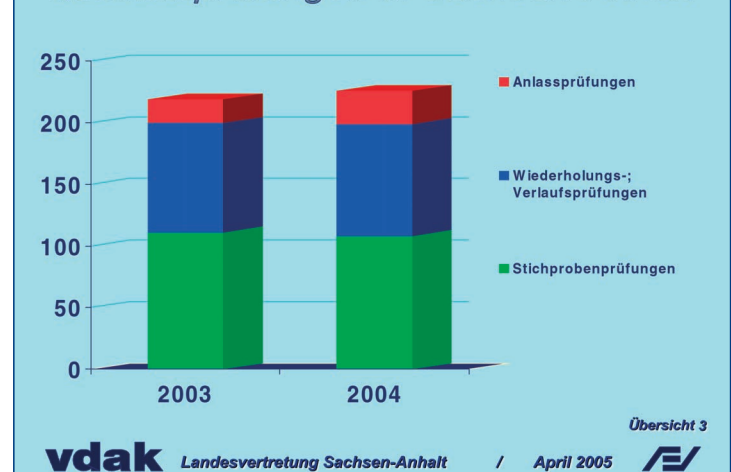
Qualitätssicherung 2004 – ein Viertel aller Pflegeeinrichtungen im Land geprüft

Das Pflegeversicherungsgesetz (Pflege-VG) komplettiert als 5. Säule unser Sozialversicherungssystem. Lange wurde darum gerungen, nun ist es bereits seit mehr als zehn Jahren „am Markt“ und es hat sich bei aller kontroverser Diskussion um Finanzierbarkeit oder um inhaltliche Auslegung letztendlich im Interesse der Pflegebedürftigen grundsätzlich bewährt.

Damit die definierten Leistungskriterien wie z. B.:

- die personelle und sachliche Ausstattung,
- die Pflegekonzeption,
- das Pflegeleitbild,

Qualitätsprüfungen in Sachsen-Anhalt



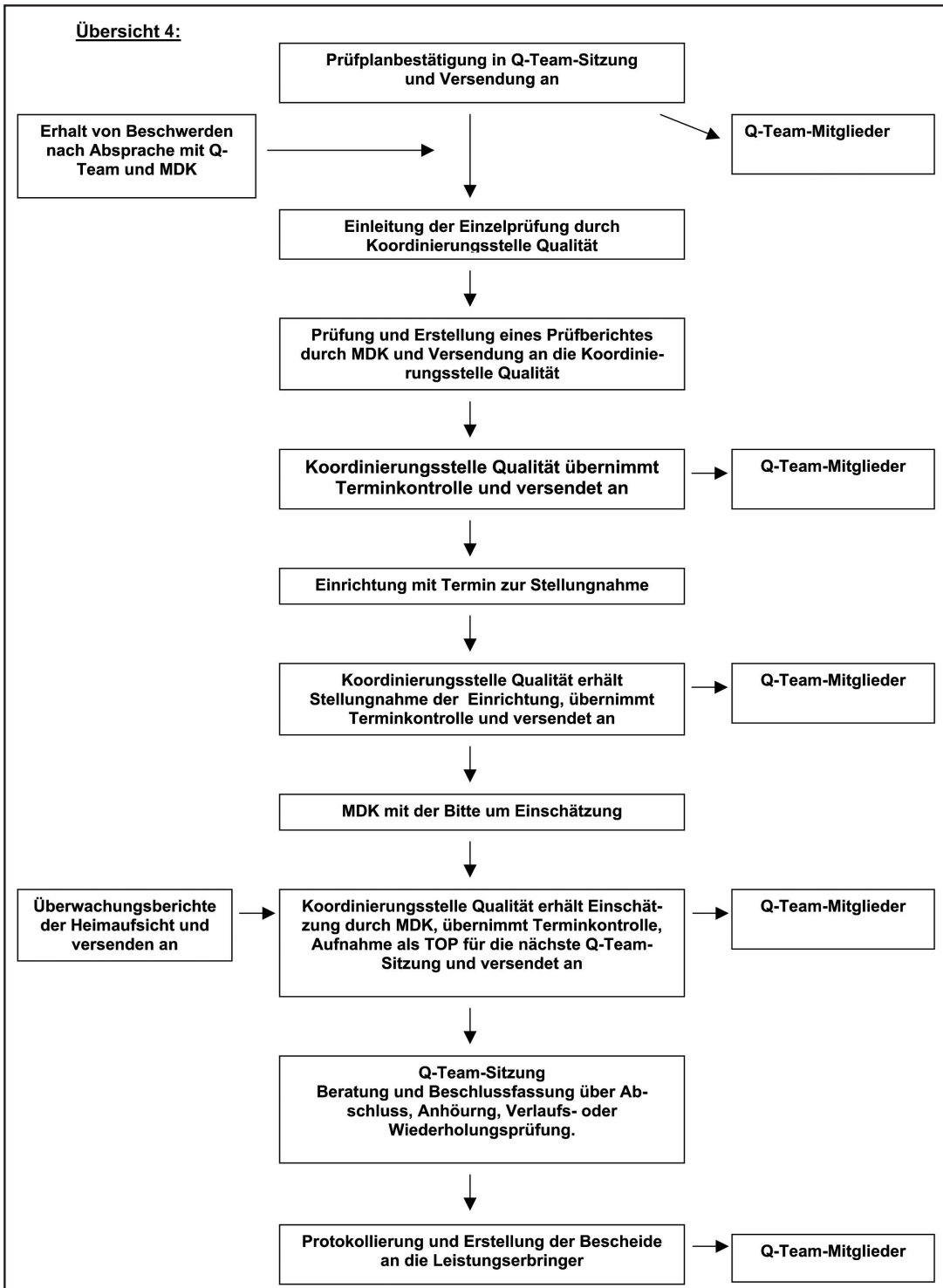
- die Pflegedokumentation,
 - die Qualitätssicherungsmaßnahmen,
 - die Erhaltung der Selbstversorgung,
 - die Erhaltung und Verbesserung der Kommunikation oder
 - die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen
- eine entsprechende Umsetzung erfahren, werden seitens der Pflegekassen, unter Federführung der Ersatz-

kassenverbände seit 1998 Qualitätskontrollen in Pflegeeinrichtungen Sachsen-Anhalts veranlasst. Dem Qualitätssicherungsbericht 2004 liegen rund 230 Qualitätskontrollen in Pflegeeinrichtungen Sachsen-Anhalts zugrunde. Damit sind im vergangenen Jahr mehr als 25 % aller Pflegeeinrichtungen unseres Landes vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Auftrag der Pflegekassen geprüft worden.

Im Ergebnis dieser Überprüfungen konnten dabei deutliche Verbesserungen in den Wund- und Pflegedokumentationen registriert werden. Im Bereich der Ergebnisqualität, z. B. im Angebot an sozialer Betreuung oder bei der Führung des Personaleinsatzes sind dagegen deutliche Reserven zu erkennen.

Bei der Gesamtbeurteilung fällt weiterhin auf, dass in 2004 deutlich mehr Anlassprüfungen auf Grund von konkreten Beschwerden durchgeführt werden mussten. (vgl. Übersicht 3)

Überwiegend erhielten die Pflegekassen hierbei Beschwerden von Angehörigen der Pflegebedürftigen, die dann zügig von der Koordinierungsstelle für Qualität aufgegriffen und bearbeitet wurden. (vgl. Übersicht 4)



Festbeiträge für Hilfsmittel

Bundesweit einheitliche Verfahrensweise umgesetzt

Erfolgte die Festsetzung der Festbeträge für Hilfsmittel bis zum 31.12.2003 auf Landesebene gemeinsam durch die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen, wurde diese Aufgabe nach § 36 SGB V seit den 01.01.2004 nunmehr gemeinsam und einheitlich den Spitzenverbänden der Krankenkassen zugeordnet. Hiernach waren die Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet, bis zum 31.12.2004 gemeinsam und einheitlich für festgelegte Produktgruppen Festbeträge festzusetzen.

Zum 01.01.2005 gelten bundesweit für folgende Produktgruppen (PG) Festbeträge:

- PG 08 - Einlagen
- PG 13 - Hörhilfen
- PG 15 - Inkontinenzhilfen
- PG 17 - Hilfsmittel zur Kompressionstherapie
- PG 25 - Sehhilfen
- PG 29 - Stomaartikel

Welche Vorteile ergeben sich aus der Verlagerung der Aufgabenstellung von der Landesebene auf die Bundesebene?

1. Es gelten bundesweit die gleichen Festbeträge. Die hierdurch festgeschriebene Gleichstellung von Ost und West ist bisher viel zu gering gewürdigt worden.
2. Es gibt nunmehr keine jeweils für das einzelne Bundesland ermittelten Festbeträge. Seitenlange Gegenüberstellungen in der einschlägigen Literatur mit der letztlichen Aussage: „niedrigster Festbetrag/höchster Festbetrag“ für das jeweilige Produkt entfallen.
3. Abrechnungszentren der Kassen und bundesweit agierende Leistungserbringer müssen sich nicht mehr durch die Vielzahl der in den einzelnen Ländern geltenden Festbeträge hindurchfinden.
4. Der im Hilfsmittelmarkt bestehenden extremen Intransparenz und unerklärlichen Preisspannen wer-

den durch die Festbeträge Wirtschaftlichkeitsreserven zugeordnet, die an die Versicherten weitergegeben werden sollen.

5. Auch für die Verbände der jeweils betroffenen Leistungserbringer entfällt die Vielzahl der Erstellung von Stellungnahmen vor der Entscheidung zu den Festbeträgen. Sie wenden sich an den Ansprechpartner auf Bundesebene.
6. Wengleich der Klagefreudigkeit der Verbände der Leistungserbringer mit der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002, dass die in §§ 35 und 36 SGB V enthaltene Ermächtigung der Krankenkassen, Festbeträge festzusetzen, mit dem Grundgesetz vereinbar sei, gedämpft wurde, werden mögliche Klagen nicht mehr bei den einzelnen Landesgerichten erhoben.
7. Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstreichen, dass die jetzt festgelegten Festbeträge in keinem Fall die bisher gültigen niedrigsten Festbeträge auf Landesebene unterschreiten. Eine Versorgung ohne Anzahlung ist in jedem Fall möglich.

Die von den neuen Festbetragsregelungen betroffenen Leistungsausgaben lagen bisher bei über einer Mrd. Euro. Das jetzt erwartete Einsparvolumen für Patienten und Kassen wird mit ca. 80 Mio. Euro angegeben.

Aufgabe der VdAK-AEV-Landesvertretungen ist es, den Leistungserbringern die Sachgerechtigkeit der jetzt gültigen Festbetragsregelungen offensiv zu erklären. Wir verweisen hierzu auch auf unsere Internetseite: www.vdak-aev.de.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg
Telefon: 0391 / 5 65 16-0 · Telefax: 0391 / 5 65 16-30
Verantwortlich: Jürgen Fremmer
Redaktion: Dr. Volker Schmeichel