

sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

April 2004

Gesundheits- politischer Dialog 2004

„Kopf oder Zahl“

Der „Gesundheitspolitische Dialog 2004“ erfolgte erstmals in Zusammenarbeit zwischen der Landeszentrale für politische Bildung und der VdAK/AEV-Landesvertretung in Sachsen-Anhalt.

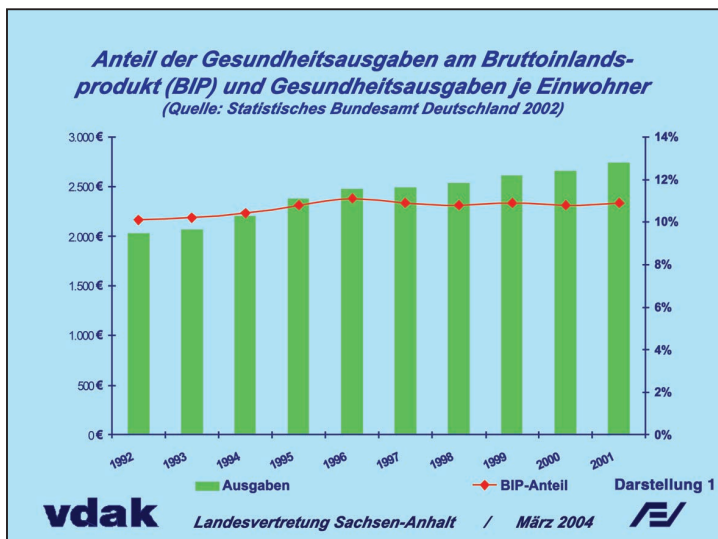
Seit 01.01.2004 wird im gesamten Gesundheitswesen an der Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) gearbeitet. Krankenkassen und Leistungserbringern ist daran gelegen, diesen Einführungsprozess, soweit es geht, „reibungsarm“ zu gestalten. Dieser erste Dialog war speziell auf die zukünftigen Finanzierungsstrategien in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gerichtet.

Schon bei der Frage „Ist die GKV noch zeitgemäß?“ gingen die Meinungen allerdings weit auseinander. Vorschläge nach Einführung eines Grundleistungskatalogs und des gleichzeitigen privaten Absicherns gegenüber allen übrigen Leistungen, wurden von Sachsen-Anhalts Gesundheitsminister Gerry Kley (FDP) deutlich abgelehnt. Für Kley sei dies u. a. deshalb wirklichkeitsfremd, weil ein einmal festgeschriebener Leistungskatalog zukünftige Ergebnisse auch Forschung und Entwicklung kaum berücksichtigen können.

Immer mehr Optionen bei der Versicherung von gesundheitlichen Risiken würden die Gefahr der Risikoselektion bergen, warnte der Schweizer Gesundheitsökonom, Professor Stefan Felder. Er plädierte für mehr Eigenverantwortung des Einzelnen. „Jeder Mensch müsse doch

wissen, wie viel ihm seine Gesundheit wert ist.“, so sein Credo. Voraussetzung wäre es dann, die Beiträge für Krankenversicherungen vom Lohn zu entkoppeln und damit Unternehmen finanziell zu entlasten. Dies führe zu einem Aufschwung, von dem auch der Gesundheitsmarkt profitieren könnte.

Brigitte Mickley, Abteilungsleiterin für Grundsatzfragen beim VdAK/AEV stellte dagegen die Beobachtung heraus, dass der Zuwachs bei den Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen schon seit geraumer Zeit hinter der Veränderungsrate des Bruttoinlandsprodukts zurückbleibt, während der Anteil der Ausgaben der GKV am Bruttoinlandsprodukt in etwa gleich geblieben ist. (vgl. Darstellung 1)



Wären die Einnahmen der GKV im gleichen Verhältnis wie das Bruttoinlandsprodukt gestiegen, hätten wir heute nach den Berechnungen des Sachverständigenrates einen Beitragssatz von ca. 11,6 Prozent und kein Mensch würde über eine Finanzreform reden, betonte Mickley.

Für den Einnahmerückgang der gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2003 sind ihrer Auffassung nach vor allem drei Gründe anzuführen:

1. Die GKV hat in den vergangenen Jahren jährlich etwa 350.000 Mitglieder an die PKV verloren. 100.000 freiwillig Versicherte, die von der GKV zur PKV wechseln, bedeuten für die GKV einen Nettoverlust von 500 Millionen Euro jährlich. Das bedeutet, 350.000 Wechsler jährlich entziehen der GKV netto 1.75 Milliarden Euro. Das entspricht etwa 0,2 Beitragssatzpunkten, die sich von Jahr zu Jahr kumulieren.
Der Wechsel von jungen, gesunden, gut verdienenden Mitgliedern von der GKV in die PKV schwächt somit eindeutig die Finanzgrundlagen der GKV.

2. Als weitere gravierende Ursache für die Einnahmeschwäche der GKV sind die Verschiebepflichtigkeiten von öffentlichen Haushalten und anderen Sozialversicherungsträgern zur GKV anzuführen. In der Regel geht es hier – auch bei Verschiebepflichtigkeiten von anderen Sozialversicherungszweigen – um die Entlastung der öffentlichen Haushalte.

So soll zum Beispiel die drastische Kürzung der GKV-Beiträge für Arbeitslose helfen, den Bundeszuschuss für die Bundesagentur für Arbeit zu senken. Damit wurde aber die GKV extrem konjunkturanfällig gemacht.

Hohe Arbeitslosigkeit in Folge einer schlechten wirtschaftlichen Konjunktur schlägt nun quasi automatisch in Form von Einnahmerückgängen auf die GKV durch.

Die Reduzierung der GKV-Beiträge für Arbeitslose ist sicherlich einer der gravierendsten Verschiebepflichtigkeiten, aber längst nicht der einzige.

Der GKV sind in den letzten 10 Jahren insgesamt 30 Milliarden Euro durch Verschiebepflichtigkeiten entzogen worden. Die Belastung der GKV durch diese Maßnahmen beträgt jährlich etwa 6 Milliarden Euro, das entspricht ca. 0,6 Beitragssatzpunkten. 2004 und in den nächsten Jahren dürfte die Belastung eher höher liegen, weil in den im Dezember 2003 verabschiedeten Gesetzen eine Reihe neuer Verschiebepflichtigkeiten enthalten sind.

3. Die Einnahmeschwäche der GKV ist auch mit den Veränderungen in der Erwerbsstruktur zu begründen.

Der Anteil derjenigen, die sich in einem so genannten Normalarbeitsverhältnis befinden, nimmt ab zugunsten von Teilzeitarbeit, Minijobs usw...

Was folgt aus dieser Ursachenanalyse?

Die Ersatzkassen gehen nicht davon aus, dass wir eine Finanzreform brauchen, um die Lohnnebenkosten zu senken und

sie gehen auch nicht davon aus, dass durch eine Finanzreform mehr Geld ins System gebracht werden muss, um die Versorgung immer mehr älterer Menschen und den medizinisch-technischen Fortschritt zu bezahlen.

Die eigentlichen Probleme sind die Veränderung der Erwerbsstrukturen, die Verschiebepflichtigkeiten und die Risikoselektion an der Grenze zwischen GKV und PKV. Daraus ergeben sich folgende Forderungen zur Konsolidierung der Finanzgrundlagen der GKV:

Erste Forderung

Durch eine kontinuierliche Fortführung der Strukturreformen müssen die erheblichen Produktivitätsreserven mobilisiert werden, die im Gesundheitswesen schlummern. Struk-

turreformen führen zwar nicht zu zusätzlichen Einnahmen der GKV, aber ohne Strukturreformen würden zusätzliche Mittel im System versickern, ohne irgend einen zusätzlichen Nutzen zu erzeugen.

Zweite Forderung Die Verschiebepflichten zu Lasten der GKV müssen beendet, in der Vergangenheit vorgenommene Verschiebungen rückgängig gemacht oder kompensiert werden. Die Kostenübernahme für soziale Leistungen muss wieder nach Zuständigkeit geordnet und sauber abgegrenzt werden.

Dritte Forderung Die zentrale Forderung für eine Finanzreform zielt darauf ab, die Risikoselektion an der Grenze zwischen GKV und PKV zu beenden. Dazu muss die Pflichtversicherungsgrenze aufgehoben werden. Die Gesetzliche Krankenversicherung würde damit zur Arbeitnehmerversicherung ausgebaut. Das ist aus Sicht der Ersatzkassen konsequent, denn nirgendwo anders in Europa gibt es ein gesetzliches Krankenversicherungssystem mit einer Option für Gutverdienende, sich gegebenenfalls aus diesem System zu verabschieden.



Diskussionsfreudige Referenten: Brigitte Mickley, Gerry Kley, Prof. Stefan Felder (linkes Bild, v.l.) und aufmerksame Zuhörer u. a. Jürgen Scharf, CDU (rechtes Bild v.l.) und Dr. Rüdiger Fikentscher, SPD (hinten rechts).

Kommentar:

Weil die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen, ist unser Gesundheitswesen in der Diskussion. Es wird schlecht geredet. Trotz vieler Mängel: Es ist besser als sein Ruf! Die Menschen vertrauen den Ärzten, den Therapeuten, den Pflegekräften, den Krankenhäusern und auch den Krankenkassen und dies ist gut so. Mit der Gesundheitsreform, viel gescholten und hoch gelobt, weht ab 01.01.2004 ein frischer Wind. Die Krankenversicherten müssen tiefer in die eigene Tasche greifen, die Krankenkassen können ihre Mitglieder mit Beitragsabschlägen für gesundheitsbewusstes und auch wirtschaftlich vernünftiges Verhalten belohnen und die Versorgung kranker Menschen wird durch neue Versorgungsstrukturen und durch intelligente Formen der Zusammenarbeit der Leistungsanbieter qualitativ besser und effizienter werden. Durch all diese Maßnahmen sollen die GKV-Beiträge sinken. Diesem ehrgeizigen Ziel stehen bei den Kassen alte Schulden, neue Ausgabenbelastungen und ganz be-

sonders die ständige Abwanderung junger, gesunder, allein stehender, gut verdienender Mitglieder in die private Krankenversicherung entgegen. Die Kranken und weniger Gutverdienenden mit höherer Ausgabenbelastung bleiben unter sich. Dass diejenigen mit den „breiten Schultern“ eher zur Solidarität mit Kranken und weniger Betuchten in der Lage sind, ist unstrittig. Es ist aber einmalig in Europa, dass gerade diese soziale Gruppe sich bei uns – je nach Belieben – aus der Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung verabschieden kann. Diesen Endsolidarisierungsprozess stoppt die „soziale Bürgerversicherung“. Bereits die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze – als erste Stufe der Bürgerversicherung – würde eine beitragsatzsteigernde Abwanderung verhindern. Die Solidargemeinschaft der Arbeitnehmer bliebe zusammen, die Kosten würden gerechter verteilt und die Beiträge für alle können ohne Leistungseinschränkungen weiter gesenkt werden. Einen zusätzlichen Schub erhält diese

solidarische Lastenverteilung dann, wenn auch andere Personenkreise Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung werden und alle Einkommensarten bei der Beitragsfestsetzung berücksichtigt werden.

GKV zur Bürgerversicherung ausbauen

Besserverdienende müssten dann zwar mehr bezahlen, für alle sinkt der Beitragssatz aber gewaltig. Modellrechnungen gehen von einem Krankenversicherungsbeitragssatz von 9 bis 10 Prozent aus. Die damit verbundene Absenkung von etwa 4,5 Beitragssatzpunkten wäre dann die größte Beitragssenkung in der Geschichte der Bundesrepublik.

Bis dahin ist es noch ein weiter Weg. Die Realisierung dieser wirklich großen und nachhaltigen Sozialreform in Stufen, wie vom SPD-Parteitag in Bochum beschlossen, ist ein Weg in die richtige Richtung, wenn es gilt, die solidarische Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland zukunftssicher zu machen.

Dagegen bleiben die Finanzierungsvorschläge der CDU-Herzog-Kommission trotz aller aktueller Korrekturen ein riskantes und ungerechtes Projekt. Wenn Generaldirektor und Sekretärin zu gleich hohen „Kopfprämien“ verpflichtet sind und über einen steuerfinanzierten Zuschuss mehr als 1/3 der Bevölkerung zu staatlich alimentierten Hilfeempfängern wird, sinkt die Akzeptanz einer sozialen Krankenversicherung, und die Solidarität bleibt auf der Strecke.

Kopfprämienmodell erfordert riesigen Finanztransfer aus Steuergeldern

Die vorgesehene Finanzierung eines Sozialausgleiches aus Steuern führt in den öffentlichen Haushalten zur ständigen Konkurrenz dieses Ausgabepostens mit anderen

öffentlichen Aufwendungen. Bei der bekannten chronischen öffentlichen Finanznot wäre dann eine Gesundheitsversorgung nach Kassenlage eine ständige Bedrohung. Deshalb: Wer auch zukünftig ein weitgehend selbstverwaltetes und an den Versicherteninteressen orientiertes Gesundheitswesen will, ist gut beraten, eine soziale Bürgerversicherung mit einkommensbezogenen Beiträgen anzustreben. Die Zustimmung hierzu wächst, ungeachtet der Tatsache, dass bis zur Verwirklichung viele Hürden überwunden und auch manche Fallen enttarnt werden müssen. Eine solche Falle war das Seehofersche Modell einer Bürgerversicherung, die dieser immer mit einer Festbeschreibung des Arbeitgeberbeitrages zur Krankenversicherung verband.

Arbeitgeber müssen im Boot bleiben

Eingefrorene Arbeitgeberbeiträge würden die in Deutschland für den sozialen Frieden so erfolgreiche soziale Balance aushebeln. Die

Arbeitgeber wären aus ihrer Mitverantwortung für ein effizientes Gesundheitssystem entlassen. Sie könnten sich dann ausschließlich ihren ökonomischen Interessen auf Seiten der Gesundheitsanbieter und der Produzenten widmen, während sie derzeit in den Gremien der Selbstverwaltung Einfluss auf die Dämpfung der Lohnnebenkosten ausüben. Profit durch Krankheit könnte sich dann als neue Bedrohung kranker Menschen entwickeln. Die damit verbundenen zusätzlichen Kosten dürften sich dann Staat und private Haushalte teilen.

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

Ambulantes Operieren neu geregelt

Der neue Vertrag nach § 115b Abs. 1 SGB V zum ambulanten Operieren und zu stationersetzenden Eingriffen im Krankenhaus tritt zum 1.1.2004 in Kraft.

Es handelt sich dabei um einen 3-seitigen Vertrag, der zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen geschlossen wurde.

Damit werden einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationersetzender Eingriffe für:

► 307 Leistungen, die risikolos ambulant erbracht werden können, sowie

► 17 Zuschläge und

► 12 Anästhesieleistungen

sowohl im niedergelassenen Bereich als auch im stationären Bereich geschaffen und gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern gefördert.

(vgl. Darstellung 2)

Auf der Basis des § 39 SGB V zur Vermeidung nicht notwendiger vollstationärer Krankenhausbehandlung wird damit zugleich auch eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung gesichert.

Bisher wurden auch ambulante Operationen innerhalb des Krankenhauses erbracht. Diese erfolgten meist in den Bereichen Augenheilkunde, Chirurgie und Gynäkologie.

Insgesamt war die Anzahl der erbrachten Leistungen mit 2,5 % der Fälle im Krankenhaus aber deutlich geringer als die Möglichkeiten, zumal es auch in Sachsen-Anhalt zahlreiche Krankenhäuser gibt, die bisher überhaupt keine ambulanten Operationen durchgeführt haben. Insgesamt entfallen demnach lediglich 0,3 % der Ausgaben für den Krankenhausbereich auf das ambulante Operieren.

Zur Klarheit ab 2004 Der ab 01.01.2004 gültige Katalog „ambulantes Operieren“ definiert, welche Eingriffe in der Regel ambulant zu erbringen sind. Diese Klarstellung fehlte bisher. Ebenso wird eindeutig geregelt, unter welchen medizinischen oder sozialen Umständen der Patient stationär aufgenommen werden kann, obwohl die Operation eigentlich ambulant durchzuführen wäre. Die Maßgabe lautet nun: ambulant, wenn möglich – stationär, wenn nötig! Die Abrechnung erfolgt zunächst auf Basis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Da sich die Vertragspartner aber bewusst sind, dass die Systematik des EBM häufig sehr unpräzise ist, soll ein homogener Katalog mit Fallgruppen abgestimmt werden, der auf Basis der ICD und dem OPS-Schlüssel definiert wird und damit einer vergleichenden Systematik wie bei den

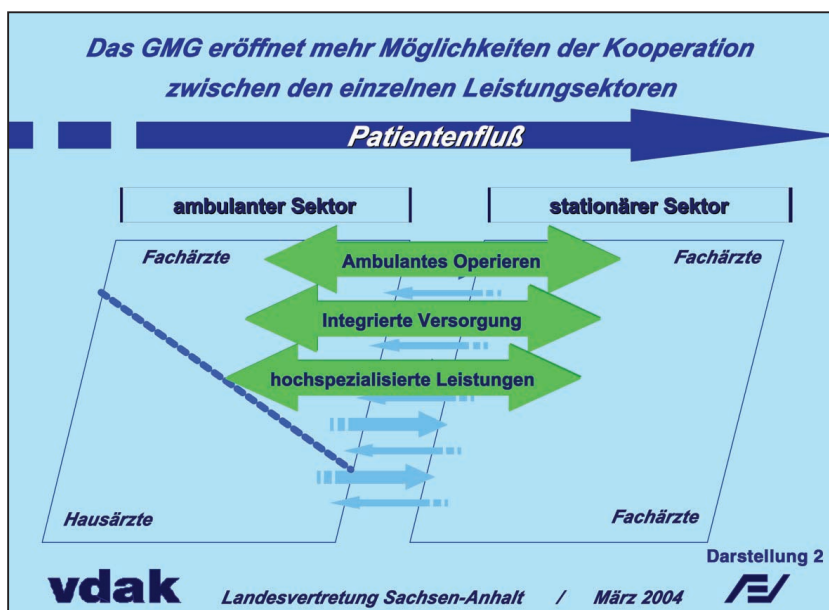
DRG unterliegt. Dieses pauschalisierende Entgeltsystem wird dann zum 01.01.2005 eingeführt. Falls das Krankenhaus auffallend viele eher ambulante Leistungen erbringt, ist die zwingende Notwendigkeit stationärer Behandlung für die einzelnen Fälle nachzuweisen. Nur dann wird das stationäre Entgelt von den Krankenkassen auch vergütet.

Die Ersatzkassen werden im Jahr 2004 die im Katalog „ambulante Leistungen“ aufgenommenen Behandlungen deshalb intensiv hinsichtlich der ambulanten Erbringung überprüfen.

Neu ist auch, dass das ambulante Operieren ab 2005 einer Qualitätssicherung unterliegen wird. Mit der Erstellung der Kriterien wurde die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) bereits beauftragt. Damit findet eine weitere Verzahnung von ambulante und stationärem Sektor statt.

Die Strukturqualität wird dabei eine hervorgehobene Rolle inne haben, d.h. fachliche Voraussetzungen des operierenden Arztes sowie die Sicherung der baulichen, technischen und hygienischen Anforderungen werden bei der Qualitätssicherung genau betrachtet. Entscheidend für den Operationsstandort ist somit die vorhandene Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Die Ersatzkassen erwarten, dass mit dem neuen Vertragswerk mehr Bewegung im Wettbewerb um das ambulante Operieren entsteht und damit eine „schubartige“ Leistungsverlagerung bisheriger stationärer Fälle in den ambulanten Leistungsbereich erfolgen wird. Der in der Vergangenheit durchaus üblichen Praxis, Leistungen, die ambulant hätten erfolgen können, stationär zu erbringen, wird zukünftig ein Riegel vorgeschoben. Mit der Weiterentwicklung der Regelungen zum ambulante Operieren ist ein wichtiger Ansatz zur Aufweichung der strikten Trennung ambulante und stationäre Versorgungsbereiche geschaffen worden. Dies wird von den Ersatzkassen ausdrücklich begrüßt. Die einheitlichen Kriterien sowie die einheitliche Vergütung unterstützen die Intentionen des GMG, die Vernetzung der Versorgungsstrukturen voranzutreiben und den Wettbewerb unter den Anbietern zu fördern.



SPD legt einen Rettungsdienstgesetzesentwurf vor

Nach jahrelangem „Reformstillstand“ verspricht ein SPD-Entwurf endlich wieder Bewegung für das zu reformierende Rettungswesen Sachsen-Anhalt. Es ist der erste Entwurf, der zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in den Landtag eingebracht wurde. Das ist die gute Nachricht.

Der Gesetzentwurf ist schon deswegen dringend erforderlich, weil durch Reformstillstand jahrelang massiv eine Unwirtschaftlichkeit – mehrere Gutachten hatten dies übereinstimmend bestätigt – zu Lasten der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenkassen von der Landespolitik akzeptiert wurde. Bevor die Versicherten allerdings weiterhin mit Eigenbeteiligungen und Zuzahlungen belastet werden, ist die Landespolitik zum Handeln verpflichtet. Das Einbringen des Gesetzentwurfes gibt den Ersatzkassen nun die Möglichkeit, die Thematik öffentlich und verstärkt zu transportieren und neben unserer Kritik am bestehenden Gesetz auch unsere Vorstellungen vorzubringen.

Mit Blick auf die Inhalte dieses Entwurfes macht sich allerdings bei den Ersatzkassen Enttäuschung breit. Der SPD-Gesetzentwurf passt nach Auffassung der Ersatzkassen nicht mehr zur wettbewerblichen und marktorientierten Aufbruchstimmung des GMG.

Landeskrankenhausgesetz wurde am 01.04.2004 im Landtag beraten

Das neue Landeskrankenhausgesetz für Sachsen-Anhalt wurde nach der ersten Beratung im Landtag nun in den Ausschuss Gesundheit und Soziales verwiesen. Damit sind die Weichen für die Neufassung des Landeskrankenhausplanes ab 2005 gestellt. Gemeinsam arbeiten Vertreter des Landes, der Kassen und der Krankenhausgesellschaft auf Hochtouren an der Abstimmung der Rahmenvorgaben für die einzelnen Fachgebiete. Nach Einschätzung der Ersatzkassen könnte mit den zeitlichen Vorgaben der Politik damit in Sachsen-Anhalt der erste Landeskrankenhausplan, der sich nicht auf Planbetten stützt und die Kriterien der Leistungsplanung erfüllt, aufgestellt werden.

So fehlt es an konkreten Ansätzen um eine Reduzierung der Rettungsdienstbereiche (auf möglichst einen) zwingend vorzugeben. Es fehlt an konkreten Verpflichtungen der Kommunen, den Zusammenschluss mehrerer Gebietskörperschaften zu forcieren. Die Regelung zum Landesplan kann ebenfalls entfallen, da er nichts regelt, sondern nur empfiehlt und die bisherige Zusammenarbeit mehr kompliziert als vereinfacht. Und das sind die schlechten Nachrichten.

Der einzige Punkt, der zu mehr Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes führen könnte, ist die vorgeschlagene Verhandlungslösung. Aber auch für diesen Punkt müsste stringent festgelegt sein, welche Kostenarten zu verhandeln sind, da sonst nicht nur die Höhe der Kosten zum Streitpunkt wird, sondern schon die Diskussion über die Art der Kosten eine Verhandlungslösung scheitern lässt.

Die Kommunen sind nach Ansicht der Ersatzkassen nach wie vor die ungeeignetsten Träger des Rettungswesens. Insofern halten die Ersatzkassen an dem bereits mehrfach vorgestellten Trägermodell fest. (vgl. Länderreport 3/2003) Eine Entgeltfindung muss zukünftig auch, wie bereits in anderen Bereichen durch das GMG vorgeschrieben, wettbewerblich und marktorientiert erfolgen. Auch hier ist unsere Auffassung, dies durch Ausschreibungen zu regeln, zukunftsorientiert.

Es kann nicht sein, dass vor dem Hintergrund tiefgreifender Reformen, ausgerechnet das Rettungswesen, ein durch die Länder zu verantwortender Sektor, „Bestandsschutz“ genießt, während man dem Patienten, den Apotheken, den Krankenhäusern und den niedergelassenen Ärzten erhebliche Systemveränderungen zumutet. Insofern sehen wir die Chance und die Notwendigkeit, dass im Laufe des Gesetzgebungsprozesses unsere Vorschläge aufgegriffen und deutliche Korrekturen vorgenommen werden.

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



Integra – Das integrative Versorgungsangebot der Ersatzkassen

Neue Wege zur Gesundheit

Integra – inzwischen ein fester Begriff für die integrierte Versorgung in Sachsen-Anhalt. Im Jahr 2002 wurde begonnen, die integrierte Versorgung im Raum Magdeburg umzusetzen. Als in den meisten Bundesländern noch darüber gerätselt wurde, wie man eigentlich eine integrierte Versorgung in die Praxis überführt, haben die Ersatzkassen mit dem Marienstift in Magdeburg einen mutigen Partner gefunden und gemeinsam gegen alle Widrigkeiten integra aus dem Boden gestampft. Inzwischen hat dieses Projekt seine Erweiterung in den Bereichen Dessau und Halle gefunden. Mit niedergelassenen Ärzten als Partner werden Versorgungsleistungen aus dem Akutbereich innerhalb von integra angeboten. Die Patienten können in kürzerer Zeit in den an integra beteiligten Krankenhäusern behandelt werden. Ab dem 1.1.2004 gelten neue Verträge mit den Einrichtungen. Verbunden mit den neuen Verträgen, die bereits die Kriterien des GMG an die integrierte Versorgung berücksichtigen, wurde die Behandlung innerhalb von

integra um die stationäre Rehabilitation erweitert. Patienten, die innerhalb von integra mit einer Endoprothese versorgt werden, werden nun gleich an den Anschluss der kürzeren Behandlungsdauer im Krankenhaus in die stationäre Rehabilitation abgeholt. Es kommt mit der Verringerung der Wartezeiten zwischen Akutbehandlung und Rehabilitation zu deutlich kürzeren Behandlungszeiten. Zudem gelangt der Patient bereits zu einem frühen Zeitpunkt in die Rehabilitationsphase.

Mit der Rehabilitationseinrichtung Eisenmoorbad in Bad Schmiedeberg wurde eine Einrichtung mit einer langen orthopädischen Behandlungserfahrung und einem vorzüglichen Patientenumfeld gewonnen. Die Einrichtung hat sich freiwillig an den Qualitätssicherungsmaßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen in der medizinischen Rehabilitation beteiligt und dabei ausgezeichnete Ergebnisse erzielt.

„IQ-Preis der Ersatzkassen“

Die Wiederbelebung der integrierten Versorgung durch das GMG soll zu nachhaltigen Verbesserungen in den Versorgungsabläufen und in den Behandlungsergebnissen führen.

Die Verbände der Ersatzkassen haben sich aus diesem Grunde entschlossen, den mit 7.500 Euro dotierten „IQ-Preis der Ersatzkassen“ zu verleihen. „I“ steht für Integriert, „Q“ für Qualität und so sollen mit dieser Verleihung diejenigen integrativen Versorgungsangebote prämiert werden, die Patienteninteressen in den

Mittelpunkt stellen, die Versorgungsqualität verbessern und mehr Wirtschaftlichkeit erreichen.

Eine unabhängige Expertenjury wird nach Einsendeschluss, am 30.06.2004, mit der Bewertung der eingereichten Versorgungsideen beginnen.

Weitere Informationen zum Wettbewerb und zur Teilnahme sind über die VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt zu beziehen bzw. unter www.vdak-aev.de/iq-preis.htm zu finden.

Terminhinweise

16. April - 17. April 2004

Umsetzung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) und erste Erfahrungen mit den Gesetzesänderungen
VIII. Gesundheitspolitisches Symposium
Ort: Bildungszentrum Schloss Wendgräben

27. April 2004

Chancen und Perspektiven eines gemeinsamen DMP-Projekts in der Adipositasstherapie
Ort: VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

17. Mai - 22. Juni 2004

„Gesunde Büchse für schlaue Füchse!“
Aktion des Gesundheitsministeriums in Kindertagesstätten des Landes, bei der sich alles um ein gesundes Frühstück dreht. Mitmachen können alle Kindertageseinrichtungen in Sachsen-Anhalt.
Infos unter: www.kinderministerium.de

Ehrlich währt am längsten

Immer wieder bescheinigen Gesundheitsexperten dem deutschen Gesundheitswesen eine hohe Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig wird aber ebenso auf Wirtschaftlichkeitsreserven hingewiesen, die gemessen am Umfang der jährlichen Leistungsausgaben der GKV, den Promillebereich sehr deutlich überschreiten. Zu diesen Reserven im System gehören allerdings auch Betrugs- bzw. Manipulationsfälle, deren Aufdeckung ein wichtiges Ziel der Ersatzkassen ist.

Deshalb arbeiten die Ersatzkassen gemeinsam bei der Offenlegung solcher Fälle eng zusammen.

Das Überprüfungsspektrum umfasst beispielsweise:

- den ärztlichen bzw. zahnärztlichen Bereich, wo Abrechnungsziffern auf Plausibilität zu prüfen sind,
- den Pflegebereich, wo vielleicht Leistungen abgerechnet wurden, obwohl der Patient die Pflegekraft nie gesehen hat,

- den Hilfsmittelbereich, wo vielleicht ein Orthopädie-Schuhmachermeister Kunden feine Schuhe verpasst, aber bei der Abrechnung rechtswidrig darstellt, dies sei eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, oder
- den Heilmittelbereich, wo vielleicht ein Physiotherapeut Leistungen abrechnet für die er keine Qualifikationsnachweise besitzt.

Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt haben sich intern so organisiert, dass solche und ähnliche Abrechnungsmanipulationen schnell und umfassend aufgedeckt und verfolgt werden können.

Dabei sind sowohl kasseninterne Abrechnungen als auch Hinweise von Versicherten oder anderen Personen Quelle von Erkenntnissen.

Versorgungsmanagement-Systeme im Umbruch

Die sich häufenden kritischen Berichte in verschiedenen Medien zeigen, dass die derzeitigen Anforderungen in der Pflege zur Absicherung entsprechend den Qualitätskriterien nicht ausreichen.

Bestehende Pflegesysteme und -konzepte bedürfen daher einer kritischen Überprüfung. Dabei sind auch in Sachsen-Anhalt zwei Pflegekonzepte in der Diskussion – Plaisir und RAI.

Zentrale Fragestellung der Ersatzkassen hierbei:

Wie kann eine hohe Pflegequalität in einem vertretbaren, wirtschaftlichen Rahmen, erbracht werden?

Beim RAI-Management rückt der Mensch stärker in den Mittelpunkt. Allein die Erfassung der Biographie, der Anamnese und die daraus resultierende Pflegeplanung zeigt einen deutlichen wertmäßigen Unterschied: Während noch jetzt ein Formular möglichst vollständig und vorzeigefähig ausgefüllt wird (Plaisir-Ansatz), beinhaltet die Formalität beim RAI-Management das Erfassen eines „Menschen“, nicht nur am Tag der Aufnahme, sondern auch wiederholt und ergänzend zu anderen Terminen.

Selbstverständlich ist dies ein aufwendiger Vorgang, der jedoch mit allen Ergebnissen zu einer nicht standardisierten, sondern zu einer individuellen Pflegeplanung und zu einer anderen Beziehung zwischen „Menschen“ (Gepflegte und Pflegenden) führt.

Hier werden Ressourcen erkannt, werden Fähigkeiten aktiviert.

Fragen die zurzeit offen diskutiert werden:

Ist das Verhältnis von Pflegefachkräften zu Hilfskräften – 50:50 – noch sinnvoll?

Müssen nicht die Anforderungen an den therapeutischen und sozialen Bereich reformiert werden?

Kann „Qualität“ wirklich ausschließlich durch Pflegefachkräfte gewährleistet werden?

Ist ein solches Management auch finanzierbar?

Die Ersatzkassen sind für Verbesserungen und „begleiten“ gern Einrichtungen, die eine hohe Pflegequalität im Interesse der Patienten erreichen wollen.