

report rheinland-pfalz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Aug. 2011

ersatzkassen

GKV-Versorgungsstrukturgesetz: **Hält der Titel, was er verspricht?**

Nach der Finanzreform im letzten Jahr konzentriert sich die Bundesregierung nun wie angekündigt auf die Versorgungsstrukturen. Aber ist der jetzt vorgelegte Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung“, kurz GKV-Versorgungsstrukturgesetz, tatsächlich geeignet, die Versorgungsstrukturen im deutschen Gesundheitssystem zu verbessern, wie es der Gesetzestitel so verheißungsvoll verkündet? Oder geht es am Ende doch nur wieder um die Verbesserung des ärztlichen Salärs, also mehr um ein „Ärzteversorgungsgesetz“?

Wer Strukturen verändern will, braucht zunächst eine solide Bestandsaufnahme. Hier sprechen die Zahlen für sich: Von 1992 bis 2009 stieg die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte um 31,2 Prozent. Nahezu 90 Prozent aller Planungsbereiche sind überversorgt. Zwar gibt es sicherlich heute schon strukturell eher schwache Regionen, in denen vereinzelt Hausärzte fehlen. In einem großen Stil von Unterversorgung oder gar Ärztemangel zu sprechen, ist aber ganz und gar falsch. Dabei ist das Niederlassungsverhalten der Mediziner nur allzu menschlich: Selbstverständlich siedelt man sich und seine Familie, wenn man die Wahl hat, lieber dort an, wo eine entsprechende Infrastruktur vorhanden ist.

Das heißt aber auch: Wer jetzt Anreize setzen will, um künftig dem ärztlichen Nachwuchs das Landleben schmackhaft zu machen, muss vor allem verhindern, dass die immerhin 30.000 Mediziner, die jedes Jahr auf den Berufsmarkt strömen, nicht automatisch in schon überversorgte Regionen abwandern. Und genau da hapert es noch beim vorgelegten Referentenentwurf.

Aber der Reihe nach: Ausgangspunkt waren und sind die Strukturverbesserungen und damit das Ziel, die Versorgung gerade in ländlichen Gebieten nachhaltig, bedarfsgerecht und wohnortnah zu sichern. Hierfür setzt die Politik insbesondere auf flexiblere Versorgungsstrukturen und eine Überwindung der starren Sektorengrenzen.

In dieser Ausgabe:

- Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden des vdek, Thomas Ballast
- Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln
- Belegarztwesen in Rheinland-Pfalz
- Selbsthilfepreis für 2010 verliehen

Vorgesehen ist unter anderem die Einführung von mobilen Versorgungskonzepten, die Nutzung von Telemedizin und die Delegation ärztlicher Leistungen, um drohenden Versorgungsengpässen besser entgegenzutreten zu können. Auch soll schrittweise eine ambulante spezialärztliche Versorgung eingeführt werden mit einem einheitlichen Wettbewerbsrahmen, sprich gleichen Markt- und Wettbewerbsbedingungen für Ärzte und Krankenhäuser. Gleiche Wettbewerbsbedingungen sind darüber hinaus auch zwischen den Krankenkassen für die zahnärztliche Versorgung durch eine Anpassung des Vergütungsniveaus vorgesehen. So weit, so gut.

Steuerungsinstrumente dringend benötigt

Die Krux liegt aber, wie so oft, in dem, was fehlt: Der Referentenentwurf sieht nämlich bei der ambulanten spezialärztlichen Versorgung keinerlei Mengensteuerung vor. Damit wird die Wirkung eines wirklich guten strukturellen Schachzugs sofort wieder konterkariert. Denn für echte Strukturveränderungen braucht es ein solides Fundament und einen Rahmen, ohne den die Veränderungen nicht kontrolliert durchgesetzt werden können. Für die ambulante spezialärztliche Versorgung bedeutet dies: Ohne Mengensteuerung besteht die große Gefahr, dass Leistungserbringer weitgehend unkontrolliert auf den neuen Markt drängen und dass Leistungen ebenfalls weitgehend unreguliert erbracht werden. Gleichzeitig zu befürchten ist eine Sogwirkung zulasten ausgerechnet der Grundversorgung, die man ja eigentlich stärken will. Ein Mehr an Struktur wäre dann Mangelware, stattdessen entstünde ein völlig unkalkulierbares Finanzrisiko für die GKV.

Umsteuern in unterversorgte Gebiete

Zur Bedarfsplanung als solche sieht der Gesetzentwurf vor, dass diese zukünftig kleinräumiger und sektorübergreifend – bezogen auf die nun drei Sektoren hausärztliche, fachärztliche und spezialärztliche Versorgung – erfolgen soll. Eine Reform der Bedarfsplanung ist dringend erforderlich, zumal die heutige Systematik der Bedarfsplanung gerade nicht verhindern konnte, dass die Zahl der Ärzte stark sowohl regional als auch arztgruppenspezifisch anstieg. Ganz wesentlich ist hierbei im Sinne stabiler und nachhaltiger Strukturen aber eins: Es muss nicht nur die drohende Unterversorgung verhindert werden, sondern es muss gleichzeitig durch Umsteuern die Überversorgung vor allem im fachärztlichen Bereich abgebaut werden. Ein weiterer Punkt, der im Referentenentwurf bisher komplett außer Acht gelassen wird.

Länder mit Finanzverantwortung

Mehr Verantwortung für die Versorgungsstrukturen erhalten zukünftig die Bundesländer. Ihnen werden teilweise sehr weitgehende Kompetenzen bei der Versorgungsgestaltung eingeräumt. Damit bekommen die Länder zwar mehr Rechte, aber keine zusätzlichen, insbesondere finanziellen Pflichten zugeordnet. Die Umsetzung wird zeigen, ob die Bundesländer mit ihrer gewachsenen Kompetenz auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten verantwortlich umgehen können. Denn über allem steht eine Maxime: Eine Strukturverbesserung, wie sehr sie diese Bezeichnung am Ende auch verdienen mag, muss heute und in Zukunft finanzierbar sein und bleiben.



Martin Schneider,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Rheinland-Pfalz

DER KOMMENTAR

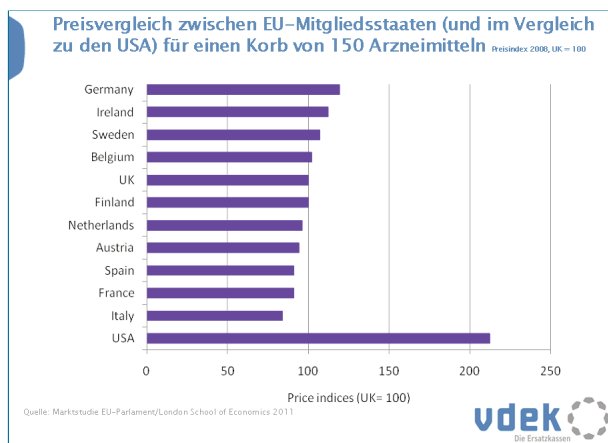
Leider zu kurz gesprungen

Eins gleich vorab: Der Entwurf für ein GKV-Versorgungsgesetz enthält viele mutige und beachtenswerte Ansätze, die konsequent weiter verfolgt werden müssen. So ist es wichtig und richtig, heute gegen eine drohende Unterversorgung von morgen vorzugehen. Wir brauchen Anreize für Ärzte, sich auch in ländlichen Regionen niederzulassen. Auch eine sektorübergreifende Bestandsaufnahme ist überfällig und kann helfen, Versorgungsrealitäten besser abzubilden. Daneben gehört die Beseitigung von Wettbewerbsverzerrungen bei der zahnärztlichen Vergütung eindeutig auf die Positivseite der Bilanz dieses Gesetzentwurfs. Dennoch: Das Regelungs-

werk bleibt leider an vielen Stellen unscharf. Auf die massiv bestehenden Überversorgungsprobleme gerade in Ballungsgebieten – eine vom GKV-Spitzenverband in Auftrag gegebene Studie stellte jüngst fest, dass rund 12.000 Arzt-sitze ohne Folgen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung eingespart werden könnten – findet der Entwurf keine Antworten. Stattdessen werden die Vergütungsbedingungen für die Ärzte weiter verbessert, und der GKV werden wichtige Instrumente zur Sicherung der wirtschaftlichen Versorgung genommen. Nicht nur der Bundesfinanzminister hat deshalb bereits festgestellt: Auf diesem Weg werden Versorgungsprobleme ohne erhebliche Mehrausgaben kaum zu lösen sein. Hier muss dringend nachgebessert werden. Ansonsten wird dieses Gesetz entgegen seinem Versprechen im Gesetzestitel nicht maßgeblich zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen beitragen.

Ausgabenentwicklung bei Arzneimitteln: Besser heißt noch lange nicht gut!

Beim Rennen um den – wohlgernekt unbeliebteren – Platz zwei der größten Ausgabenblöcke in der GKV (Platz eins belegt unangefochten der Bereich der stationären Versorgung) konnte die Arzneimittelversorgung gegenüber der ambulanten Versorgung zu Beginn des Jahres 2011 punkten: Von Januar bis Juni 2011 sanken hier im Bundesdurchschnitt die Ausgaben nach der Frühinformation des Deutschen Apothekerverbandes im Vergleich zum Vorjahr um 5,11 Prozent, nachdem sie zwischenzeitlich im Zeitraum Januar bis April sogar mal um 6,4 Prozent im Vorjahresvergleich gesunken waren. Auch in Rheinland-Pfalz ist ein Rückgang um 4,4 Prozent zu verzeichnen. Aber ist damit nach Jahren stetig ansteigender Arzneimittelausgaben die Trendwende bereits erreicht?



Eins ist sicher: Die Arzneimittelgesetzgebung aus 2010 zeigt erste Wirkungen. Kostendämpfend wirkt vor allem der seit August 2010 auf 16 Prozent erhöhte Herstellerabschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag. Auch der zu Jahresbeginn erhöhte Apothekenabschlag für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel und die Absenkung des Großhandelszuschlages für rezeptpflichtige Medikamente vermögen die Ausgabenentwicklung zu drosseln.

Dennoch: Ein Trend lässt sich daraus noch keineswegs ableiten. Hierfür wäre ein hinlänglich stabiles Ausgabeniveau erforderlich – und das ist noch lange nicht absehbar. Vielmehr haben sich die Kosten je Verordnung für die gesetzliche Krankenversicherung zwischen 1998 und 2010 nahezu verdoppelt. Gerade bei neuen, patentgeschützten Arzneimitteln ist die Ausgabenentwicklung nach wie vor dramatisch. Ebenfalls erzielten gentechnisch hergestellte Spezialpräparate allein im Jahr 2010

Steigerungsraten zwischen acht und 17 Prozent.

Nachhaltige Einsparungen sind also weiterhin gefragt, um echte Innovationen am Arzneimittelmarkt heute und in Zukunft finanzieren zu können. Dazu trüge eine „vierte Hürde“, also die Kosten-Nutzen-Bewertung eines neuen Arzneimittels vor der Zulassung, ebenso bei wie ein Mehr an Wettbewerb um einzelne Versorgungskonzepte und eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Kliniken, Pharmaunternehmen und Krankenkassen. Zentral wäre auch ein Arzneimittelmanagement, das arzt- und patientenbezogen eine individuelle, auf die spezifischen Bedarfe gerade von mehrfach- oder chronisch kranken Menschen ausgerichtete Therapie sicherstellt. Daneben muss die Versorgungsforschung unabhängig von wirtschaftlichen Interessen durchgeführt werden, und die Studienergebnisse sollten öffentlich in transparenter Form dargelegt werden. Schließlich geht es darum, die pharmakologische Fortbildung für Ärzte frei von gewerblichen Interessen zu organisieren.

Neben diesen und weiteren qualitätssichernden und effizienzsteigernden Maßnahmen würde vor allem eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes zusätzliche Einsparungen bringen. Denn Deutschland ist neben Dänemark und Bulgarien das einzige EU-Land, das auf Arzneimittel den vollen Mehrwertsteuersatz erhebt. Würde auch in Deutschland der reduzierte Mehrwertsteuersatz berücksichtigt, könnten rund 3,2 Milliarden Euro pro Jahr eingespart werden. Gerade für Arzneimittel als gesundheitliches Gut muss daher der reduzierte Mehrwertsteuersatz von sieben Prozent gelten.

ARZNEIMITTELVERSORGUNG IN RHEINLAND-PFALZ 2010:

- Verordnungsvolumen rund 1,6 Milliarden Euro
- Mehr als 35 Millionen Arzneimittelpackungen
- Im Durchschnitt pro Versichertem Verordnungen für 473 Euro
- Rund 100 Millionen Euro Zuzahlungen

Quelle: GKV-Spitzenverband

„Vorschnelle Beitragssatzsenkung wäre ein Risiko“

Interview mit dem Vorstandsvorsitzenden des vdek, Thomas Ballast, zu den aktuellen gesundheitspolitischen Entwicklungen

▼ **Das erste Halbjahr 2011 war gesundheitspolitisch ereignisreich – bis hin zum Wechsel an der Spitze des Gesundheitsministeriums. Wo sehen Sie aktuelle Herausforderungen, wo werden wir Ende 2011 stehen?**

▲ Aktuell geht es uns um die richtige Verteilung der Ärzte, denn wir haben – anders als vielfach behauptet – keinen generellen Ärztemangel. Die Politik kümmert sich aber nur um eine vermeintlich drohende Unterversorgung. Zum Abbau der massiven Überversorgung in den Ballungsgebieten wird wenig getan. Hier muss etwas geschehen. In der praktischen Arbeit beschäftigt uns derzeit eine Regelung, nach der der PKV-Verband ein alleiniges Prüfrecht für einen Teil der Pflegeeinrichtungen bekommt. Hier müssen wir etwas umsetzen, das wir nicht sinnvoll finden. Denn die Pflegeeinrichtungen werden weit überwiegend von GKV-Versicherten bewohnt. Und damit sind wir auch schon beim Thema: Die Reform der Pflegeversicherung gehört zu den vordringlichen Aufgaben, die die Regierung noch zu erledigen hat.

▼ **Der vorherige Gesundheitsminister Rösler hatte für 2011 das Jahr der Pflege ausgerufen. Welche Reformmaßnahmen müssen hierfür aus Sicht der Ersatzkassen unternommen werden?**

▲ Es ist höchste Zeit, sich auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zu verständigen. Demenzkranke und ihre Angehörigen dürfen nicht länger vertröstet werden. Leistungsverbesserungen sind überfällig. Was die Finanzierungsreform der sozialen Pflegeversicherung betrifft, so muss betont werden, dass sich ihre tragenden Strukturprinzipien „paritätisch“ und „solidarisch“ als Instrumente zur Absicherung der Pflege bewährt haben. In der Politik wird auch über ergänzende private Zusatzversicherungen für die Pflege diskutiert. Ich lehne das ab, da so Empfänger kleiner Einkommen zu stark belastet und nur den Versicherungskonzernen Zusatzgeschäfte verschafft werden. Wenn man sich für Kapitaldeckung entscheidet, dann kann das sinnvoll nur innerhalb der umlagefinanzierten sozialen Pflegeversicherung geschehen. Für diesen Fall haben die Ersatzkassen eine „Nachhaltigkeitsre-

serve“ als ergänzende Finanzierungskomponente vorgeschlagen.

▼ **Mit dem Versorgungsstrukturgesetz legt die Bundesregierung den Fokus nun auf die ärztliche Versorgung. Welche grundlegenden strukturellen Probleme in unserem Gesundheitssystem sehen Sie?**

▲ Wir haben ein sehr leistungsfähiges, aber auch sehr komplexes Gesundheitswesen. Wegen dieser Komplexität gibt es zwischen den Leistungssektoren (z. B. ambulant/stationär), aber auch zwischen den Sozialversicherungen (z. B. Kranken- und Pflegeversicherung) zahlreiche Schnittstellen, an deren Überwindung wir arbeiten müssen. An diesen Schnittstellen gehen Informationen und damit Behandlungsqualität verloren. Geringere Qualität bedeutet aber oft auch höhere Kosten. Außerdem fällt es Patienten oder deren Angehörigen schwer, gerade bei komplexeren Gesundheitsproblemen ihren richtigen Weg durch das Gesundheitswesen zu finden. Neben einer Beseitigung der Schnittstellen steht daher eine größere Patientenorientierung ganz oben auf der Agenda.

▼ **Wird es gelingen, mit dem Versorgungsstrukturgesetz nach heutiger Fassung einer drohenden Unterversorgung auf dem Land entgegenzuwirken?**

▲ Ich glaube nicht, dass es gelingen wird, viele Ärzte von den Reizen des Landlebens zu überzeugen. Mit der Lockerung der Residenzpflicht wird allerdings ein richtiger Schritt gemacht, da Ärzte künftig in der Stadt wohnen, aber auf dem Land praktizieren können. Das bietet sich aber nicht für alle Regionen an. Die Zukunft sehe ich mehr in der Nutzung alternativer Versorgungskonzepte. Wir müssen verstärkt delegierbare Leistungen, Praxisfilialen, Versorgungszentren und Telemedizin einsetzen. Hier bietet das Versorgungsstrukturgesetz durchaus gute Ansätze.

▼ **Über das ärztliche Honorar wurde und wird in den letzten Jahren immer wieder heiß diskutiert. Geht es den Ärzten tatsächlich schlechter?**



Thomas Ballast

▲ Wir haben den Ärzten in den letzten Jahren über sechs Milliarden Euro zusätzlich gezahlt. Andere Berufe können von solchen Lohnanstiegen nur träumen. Strittiger als die absolute Höhe der Honorare war aber immer die Verteilung. Sowohl zwischen den unterschiedlichen Arztgruppen, aber auch zwischen den Regionen. Hierfür sind zu allererst die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich.

▼ **In der Arzneimittelversorgung hat sich in letzter Zeit einiges getan: Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der jüngsten Arzneimittelgesetzgebung auf die GKV?**

▲ Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz ist endlich einmal eine echte Strukturreform gewagt worden. Dass neue Arzneimittel einer Nutzenbewertung zugeführt werden, die dann Grundlage für Preisverhandlungen mit den Pharmaunternehmen ist, begrüßen wir sehr. Es ist ein Versuch, das Preismonopol der pharmazeutischen Hersteller zu durchbrechen. Ob dies wirklich praxistauglich ist, wird sich nun zeigen müssen.

▼ **Der Gesundheitsfonds ist randvoll, die Finanzlage der Kassen so gut wie schon lange nicht mehr. Besteht Grund zum Jubeln und muss jetzt der allgemeine Beitragssatz abgesenkt werden?**

▲ Es ist ja gut, wenn die Krankenkassen nicht wegen Defiziten in den Schlagzeilen sind. Es besteht aber kein Grund zum Jubeln, denn bei 180 Milliarden Euro Ausgaben sind die vielleicht zu erwartenden 7 Milliarden Euro Überschuss am Ende des Jahres kein Ruhekiten. Die Ausgaben werden auch nächstes Jahr weiter steigen und wie es mit den Beitragseinnahmen weitergeht, weiß heute niemand. Deshalb hätte eine vor-

schnelle Beitragssatzsenkung das Risiko, dass fehlende Mittel zu einer Erhebung zusätzlicher Zusatzbeiträge führen könnten. Besser wäre es, alle Kassen dazu in die Lage zu versetzen, ohne Zusatzbeitrag über die Runden zu kommen – dann müsste auch der sehr verwaltungsaufwendige und bürokratische Sozialausgleich gar nicht erst eingeführt werden.

▼ **Der kassenindividuelle Beitragssatz ist passé, heute wird der Wettbewerb unter den Krankenkassen primär mittels Zusatzbeiträgen gesteuert. Wie beurteilen Sie dies aus ordnungspolitischer Sicht?**

▲ Zusatzbeiträge werden auf dem Markt bis zu einer gewissen Höhe toleriert bzw. lassen sich durch andere Wettbewerbsparameter wie Leistungsstärke und Versichertenstärke ausgleichen. Insoweit bestimmen die Zusatzbeiträge erst ab einer bestimmten Höhe den Wettbewerb. Die pauschalen Zusatzbeiträge sind aber auf alle Fälle ein Hemmschuh für die Weiterentwicklung der Versorgung. Wenn eine Kasse jede Leistungsverbesserung oder Investitionen in besseres Versorgungsmanagement zunächst über den Zusatzbeitrag finanzieren muss, wird in diesem Bereich wenig passieren.

▼ **Ein beherrschendes Thema in den letzten Wochen war die Schließung der CITY BKK. Ist dies ein Einzelschicksal oder müssen wir mit weiteren Kassenschließungen rechnen?**

▲ Die Schließung der CITY BKK hat bei ihren Versicherten und in der Öffentlichkeit für viel Wirbel gesorgt. Das hätte man wirklich besser über die Bühne bekommen können. Man muss aus solchen Fehlern lernen. Dass es zu weiteren Schließungen kommt, kann man nicht ausschließen, es wird aber nicht der Regelfall sein. Sicher werden wir aber noch die eine oder andere Kassenschließung erleben.

▼ **Welche Botschaften würden Sie Minister Bahr abschließend ins Aufgabenbuch schreiben?**

▲ Die Akteure rechtzeitig in die Entscheidungen einbinden und auf die gemeinsame Selbstverwaltung setzen. Denn je breiter der Konsens, je größer die Akzeptanz und desto reibungsloser und nachhaltiger die Umsetzung. Allerdings gehört dann auch Geduld dazu, denn das Aushandeln dauert meist länger als das Festlegen oder Vorschreiben.

Das Belegarztwesen in der Diskussion

Status quo und Herausforderungen für den stationären Sektor in Rheinland-Pfalz

Das Belegarztwesen, insbesondere die Vergütung belegärztlicher Leistungen, ist nach wie vor Gegenstand der Diskussion. Jüngst hat erst die Gesundheitsministerkonferenz im Juni 2011 dafür plädiert, den 20-prozentigen Abschlag bei Honorarbelegärzten in zwei Stufen zu streichen. Vor welchem Hintergrund unterstützt das Land Rheinland-Pfalz diesen Antrag besonders? Und vor welchen Fragen und Herausforderungen stehen die Ersatzkassen?

Vorab eine Bestandsaufnahme: Die meisten Belegbetten, bezogen auf die Gesamtzahl der Krankenhausbetten, gibt es in Hessen, Bayern und Rheinland-Pfalz. Die Anzahl der Belegbetten geht allerdings insgesamt zurück. Im Bundesdurchschnitt ist auch die Anzahl der Belegärzte leicht rückläufig; in Rheinland-Pfalz ist die Zahl der Belegärzte bislang stabil. Auch die Belegabteilung ist in der Hälfte der Bundesländer kein Begriff der Krankenhausplanung mehr. Dies gilt seit 1.1.2011 auch für Rheinland-Pfalz.

Das bedeutet: Seit Jahresbeginn gilt laut abgeändertem Landeskrankenhausgesetz und neuem Landeskrankenhausplan:

- Keine Planung und Ausweisung von Belegabteilungen und Belegbetten mehr, sondern nur noch Ausweisung von Fachrichtungen mit Bettenzahl.
- Sofern vom Krankenhausträger im Einzelfall Veränderungen der Abteilungsstruktur vorgenommen werden, sind die Planungsbehörde und die Entgeltvertragsparteien frühzeitig zu informieren.

Das Land begründet diese Änderung vor allem damit, dass die Krankenhäuser durch dieses sogenannte Optionsmodell einen größeren Gestaltungs- und Handlungsspielraum bekommen. Auch soll hiermit den Problemen bei der Wiederbesetzung von Arztstellen entgegengewirkt werden. In der Konsequenz kann in Rheinland-Pfalz jetzt jedes Krankenhaus frei entscheiden, ob es eine Belegabteilung in eine Hauptfachabteilung umwandelt und umgekehrt.

Was zunächst plausibel klingt, wirft eine Vielzahl von Fragen auf. So ist unklar, welche ärztlichen Kapazitäten bei einer Hauptfachabteilung im Unterschied zur Belegabteilung vorgehalten werden müssen. Hierbei geht es zum Beispiel um die Anzahl von anwesenden Fachärzten, die Notwendigkeit einer dauerhaften Präsenz im Krankenhaus und um die Frage des Bereitschaftsdienstes. Für die Ersatzkassen ist zudem ganz zentral, dass Transparenz für die Krankenkassen geschaffen wird. Zwingend vermieden werden müssen Doppelabrechnungen für die belegärztliche

Tätigkeit einerseits und über die DRGs für die Krankenhausbehandlung andererseits. Auch ist klärungsbedürftig, ob eine Bereinigung des vertragsärztlichen Budgets möglich und durchsetzbar ist.

Zum 20-prozentigen Abschlag bei Honorarbelegärzten legt das Krankenhausentgeltgesetz fest, dass für die Behandlung von Belegpatienten die Fallpauschalen für Hauptabteilungen in Höhe von 80 Prozent abrechenbar sind. Voraussetzung ist, dass die Krankenhäuser über Belegbetten verfügen und mit Belegärzten Honorarverträge geschlossen haben. Auch diese Regelung wirft zahlreiche Fragen auf, zum Beispiel, ob ein Belegarzt gleichzeitig ein Honorararzt sein kann.

Soweit die Gesetzes-Theorie. In der Praxis wird allerdings der 20-prozentige Abschlag so gut wie nicht angewandt. Vielmehr ziehen es Krankenhäuser vor, die Belegabteilungen in Hauptfachabteilungen umzuwandeln und 100 Prozent der Fallpauschale abzurechnen. Vor diesem Hintergrund ist nicht verwunderlich, dass erneut eine Gesetzesänderung diskutiert wird.

Auch wenn eine solche zeitnah umgesetzt würde: Es ist wohl vorerst dennoch nicht zu erwarten, dass die gesetzlichen Neuregelungen aus dem Belegarztwesen auf einen Schlag ein transparentes, gut normiertes System machen werden. Notwendig wäre insbesondere ein umfassender Leistungs- und Kostenvergleich, damit zukünftig ein valider Vergleich zwischen dem „klassischen“ Belegarztsystem (Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung und Belegarzt-DRG) sowie der Abrechnung unter (Hauptfachabteilungs-)DRG-Bedingungen möglich wird.

DAS BELEGARZTWESEN IN RHEINLAND-PFALZ IN ZAHLEN:

- 1.871 Belegbetten
- 7,3 % der Krankenhausbetten sind Belegbetten
- 297 Belegärzte

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Rheinland-Pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen zum vierten Mal verliehen

Platz eins geht an den Freundeskreis Westerwald

Im Rahmen eines Festaktes wurde im Februar 2011 unter Mitwirkung der Leiterin der Abteilung Gesundheit im Gesundheitsministerium, Christine Morgenstern, sowie des Landesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, Ottmar Miles-Paul, der „Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ für das Jahr 2010 verliehen. Gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP) würdigen die Ersatzkassen damit das herausragende Engagement der Akteure in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.

Weit mehr als 3.500 Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz waren zur Teilnahme am Selbsthilfepreis aufgerufen. Die achtköpfige Jury, bestehend aus Vertretern des Gesundheitswesens und der Selbsthilfe, beeindruckte das unermüdliche, beispielhafte und kreative Wirken der diesjährigen Preisträger, die durch gelebte Mitmenschlichkeit Kraft geben und Mut machen zum Leben mit Dauererkrankungen und Behinderungen.

Martin Schneider, Leiter der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz, betonte, in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe würden Eigenverantwortung und Solidarität auf außergewöhnliche Weise miteinander verbunden. Als häufig selbst Betroffene seien die Akteure in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe seit vielen Jahren zu verlässlichen und wertvollen Partnern in der Gesundheitsversorgung geworden.

Der erste Preis (Preisgeld 1.000 Euro) wurde an die Selbsthilfegruppe Freundeskreis Westerwald, Verein für Suchtkrankenhilfe e.V., verliehen. Preiswürdig fand die Jury die hoch engagierte und sehr professionelle Arbeit der Gruppe in der Suchtkrankenhilfe mit dem besonderen Fokus auf Kindern und Jugendlichen. Unter anderem leistet die Gruppe eine herausragende Präventions- und Aufklärungsarbeit an Schulen, wo die Schüler etwa mittels einer Rauschbrille am eigenen Leib spüren können, welche Wirkung Alkohol auf Motorik und Wahrnehmung hat. Geplant ist außerdem ein Fortbildungskonzept für Erzieher, Lehrer und alle Personen, die mit Kindern arbeiten.

Platz zwei (750 Euro Preisgeld) ging an die Selbsthilfegruppe „Die Jungen Menschen im Kreuzbund“ beim Kreuzbund Diözesanverband Trier e.V. für einen neuen Weg innerhalb des Kreuzbundes: Denn anders als bei anderen Selbsthilfegruppen im Kreuzbund, bei denen totale Abstinenz eine unabdingbare Voraussetzung ist, werden hier junge

Menschen dort abgeholt, wo sie im Moment stehen, und sie werden in ihrer Gruppe und aus der Gruppendynamik heraus in die Abstinenz begleitet. Ein großer Wert wird auf den Gruppenzusammenhalt – die Gruppenmitglieder sind rund um die Uhr füreinander erreichbar – und auf eine gemeinsame Freizeitgestaltung gelegt.



Preisträger und Mitwirkende bei der Verleihung des Rheinland-Pfälzischen Selbsthilfepreises der Ersatzkassen für 2010
Foto: Sämmer

Den dritten Preis, dotiert mit 500 Euro, bekam die Selbsthilfegruppe Hirnaneurysma Wirges für die lebensbejahende, optimistische Einstellung der Gruppenmitglieder, die häufig mit erheblichen, insbesondere neurologischen Einschränkungen leben, sowie für deren beeindruckenden Zusammenhalt. Die Gruppe bietet eine gemeinsame Plattform für Betroffene und Angehörige, um einen „neuen Alltag“ zu finden und Lebensfreude trotz der Einschränkungen zu erleben.

Ein Sonderpreis (250 Euro) wurde an Helmut Schmidt, den Leiter der Parkinson-Regionalgruppe Bad Kreuznach/Rhein-Nahe, für die Entwicklung einer Methodik für eine „Spracherkennung auf dem PC als Hilfsmittel zum Sprechtraining in der Logopädie“ vergeben.

KURZ NOTIERT

- **Sozialwahl 2011:** Fast 14,2 Millionen Versicherte und Rentner der Deutschen Rentenversicherung Bund und Mitglieder der großen Ersatzkassen haben sich an der Sozialwahl 2011 beteiligt. Das sind über 500.000 Wähler mehr als bei der letzten Sozialwahl im Jahr 2005. Damit liegt die Wahlbeteiligung bundesweit bei rund 30 Prozent. In Rheinland-Pfalz hatten rund 2,4 Millionen Versicherte die Möglichkeit, per Briefwahl über die Zusammensetzung der Parlamente der ehrenamtlichen Selbstverwaltung mitzubestimmen. Informationen zur Sitzverteilung der Listen sowie zu den gewählten Kandidaten sind unter www.sozialwahl.de im Internet zu finden.
- **Pflegequalität:** Pflegebedürftige und ihre Angehörigen in Rheinland-Pfalz können sich schnell, übersichtlich und unbürokratisch über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Land informieren. Anfang Juli 2011 waren insgesamt 836 Einrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft und die Prüfberichte im Pflgelotse, dem Internetportal der Ersatzkassen, veröffentlicht, davon 434 ambulante und 402 stationäre Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2011 müssen alle Einrichtungen einmal geprüft worden sein. Die Prüfberichte sind zu finden unter www.pflegelotse.de.
- **Strukturierte Behandlungsprogramme:** Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat gerade das Disease Management-Programm (DMP) der Ersatzkassen für Diabetes mellitus Typ 2 weiterhin zugelassen. Die Wiederzulassung der DMP muss bislang alle fünf Jahre beim BVA beantragt werden. Der Referentenentwurf für das geplante Versorgungsgesetz sieht nun eine unbefristete Zulassung für alle DMP vor. Sofern diese Regelung nicht umgesetzt wird, wäre für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz 2016 ein erneuter Zulassungsantrag zu stellen. Ebenfalls weiterhin zugelassen wurde in diesem Jahr das DMP Diabetes mellitus Typ 1 mit einer (vorläufigen) Laufzeit bis Ende Februar 2016.
- **Selbsthilfegruppen gefördert:** Auch 2011 haben die Krankenkassen in Rheinland-Pfalz wieder gemeinsam die Selbsthilfegruppen im Land im Rahmen der Pauschalförderung finanziell unterstützt. Über 288.000 Euro gingen an die regionalen Selbsthilfegruppen, nahezu 260.000 Euro bekamen die Selbsthilfe-Organisationen auf Landesebene und mit rund 332.000 Euro wurden die Selbsthilfe-Kontaktstellen in Rheinland-Pfalz gefördert.

Neues aus dem vdek

Foto-Wettbewerb zur 100-Jahr-Feier



Der vdek blickt im kommenden Jahr auf eine 100-jährige Geschichte zurück. Zu diesem Jubiläum ist ein Fotowettbewerb zum Thema „Wieder Gesund?“ ausgeschrieben. Er richtet sich an Studierende, die an einer (Hoch-)Schule für Fotografie oder Design eingeschrieben sind, sowie an junge Designer und Fotografen bis zu zwei Jahre nach Studienabschluss. Einsendeschluss ist der 14. Oktober 2011. Aus den prämierten Fotos wird im kommenden Jahr eine Wanderausstellung konzipiert,

die auch in Rheinland-Pfalz Station machen wird. Nähere Informationen unter www.vdek.com und www.facebook.com (-> wieder gesund).

vdek-Webseite in neuem Design

Modern, frisch und userfreundlich: So präsentiert sich die Homepage des vdek ab sofort in neuem Design. Während alle Informationen am gewohnten Platz verbleiben, wurden von der Schriftgröße bis zur Präsentation der Startseite zahlreiche Details optimiert. Auch die Länderseiten präsentieren sich in neuem Look. Mit dem neuen Design will der Verband nicht zuletzt seine Sichtbarkeit im Internet erhöhen. Näheres unter www.vdek.com.

BITTE VORMERKEN

Wie soll eine gute medizinische Versorgung in Zukunft gestaltet werden? Dies ist das Thema des ersten Herbstforums, das die vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland am 20. Oktober 2011 in Mainz gemeinsam durchführen. Näheres in Kürze unter <http://www.vdek.com/LVen/RLP/index.htm>.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Rheinland-Pfalz des vdek
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 22
55130 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 9 82 55-0
Telefax: 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail: lv-rheinland-pfalz@vdek.com
Redaktion: Dr. Tanja Börner
Verantwortlich: Martin Schneider