

report saarland

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2005

ersatzkassen

Bundestagswahl 2005:

Ersatzkassen lehnen Kopfprämienmodell ab

Die überraschende Ankündigung von Neuwahlen durch Bundeskanzler Gerhard Schröder hat die gesundheitspolitische Debatte um Bürgerversicherung und Kopfpauschale, die schon merklich abgeflaut war, neu entfacht. Die Aussagen in den Wahlprogrammen von CDU und SPD zur Gesundheitspolitik beschränken sich weitgehend auf die Reform der Finanzierung der Krankenversicherung.

Die CDU verspricht die Umsetzung des Kompromisses zur Kopfpauschale, den Stoiber und Merkel im letzten Jahr gegen den heftigen Widerstand von Horst Seehofer ausgehandelt haben. Schon damals galt das Modell der „solidarischen Gesundheitsprämie“, wie die Kopfpauschale jetzt euphemistisch genannt wird, als nicht praktikabel. Hauptsache, das Thema war vom Tisch. Jetzt steht das unverdauliche Konzept im Regierungsprogramm, allerdings sehr vage formuliert und bar jeder Äußerung zur Finanzierung.

Die SPD setzt die Bürgerversicherung dagegen. Die Versicherungspflichtgrenze wird aufgehoben, die Beitragsbemessungsgrenze bleibt, Kapitalerträge sollen zur Finanzierung herangezogen wer-

In dieser Ausgabe:

■ Neues Krankenhausgesetz

Stärkere Rolle der Krankenkassen

■ Integrierte Versorgung

Behandlungskonzept für seelische Erkrankungen

■ DMP-Brustkrebs

Start gelungen

■ Selbsthilfetag 2005

Iss doch mal normal - Essstörungen

den, allerdings mit einem Freibetrag, um die kleinen Ersparnisse zu schonen. Mieten und Pachten sollen jetzt doch beitragsfrei bleiben. Gesetzliche und private Krankenversicherung sollen nebeneinander Bestand haben und um die beste Versorgung konkurrieren. Leistungskatalog und beitragsfreie Familienversicherung sollen unangestastet bleiben.

vdak

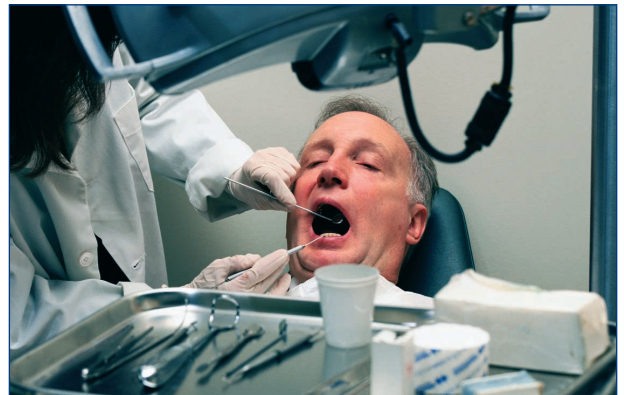
Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

Die Ersatzkassenverbände fordern schon lange die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Deshalb unterstützen sie den Grundsatz im SPD-Wahlmanifest, dass sich zukünftig niemand mit einem hohen Einkommen aus der Solidarität verabschieden darf. Mit Skepsis wird allerdings das geplante Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenversicherung im Rahmen der Bürgerversicherung gesehen. Wenn jede Kasse jeden versichern muss, dann muss das auch zu gleichen Rahmenbedingungen geschehen. Ansonsten droht eine verschärfte Risiko-selektion auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung. Junge und gesunde Versicherte würden in der PKV bleiben, die älteren privat Versicherten würden die Chance wahrnehmen und von den höheren PKV-Prämien zur günstigeren GKV wechseln. Die Ausgestaltung des Wettbewerbs zwischen PKV und GKV müsste also mit größter politischer Sorgfalt vorgenommen werden.

Das Kopfprämienmodell der CDU/CSU lehnen die Ersatzkassenverbände klar ab, da es insbesondere Familien und Bezieher niedriger Einkommen belasten würde. Zwar werden im Wahlprogramm weder Angaben zur Höhe der Prämie, noch über die Finanzierung des notwendigen Sozialausgleiches gemacht. Bislang sah das Konzept der Unionsparteien aber eine persönliche Prämie von max. 109 Euro vor, die auch von heute beitragsfrei mitversicherten Ehefrauen zu zahlen wäre. Außerdem sollten Leistungen wie Zahnersatz, Krankengeld und weitere Satzungsleistungen ausgegrenzt werden, so



Die private Absicherung von Zahnersatz würde teuer, vor allem für Familien und ältere Versicherte

dass hier private zusätzliche Prämien notwendig würden, die für eine vierköpfige Familie natürlich höher ausfielen, als für einen Single.

Außerdem bleibt die Finanzierung des Kopfprämienmodells über Steuern und Arbeitgeberanteile völlig offen. Bleibt es beim bisherigen Konzept, so fehlen für die Finanzierung nach Berechnungen der Ersatzkassenverbände insgesamt zwischen 16 und 23 Milliarden Euro. Wohl deshalb ist eine Umsetzung im Falle eines Wahlsieges auch erst für 2007 oder 2008 vorgesehen. Aber selbst wenn bis dahin eine Finanzierungsmöglichkeit für die fehlenden Milliarden gefunden würde, die unsoziale Entlastung von Singles und besser Verdienenden auf Kosten von Familien und unteren Einkommensgruppen bliebe.

DER KOMMENTAR

Kopfpauschale belastet Familien

- Wer das solidarische System der gesetzlichen Krankenversicherung auf's Spiel setzen will, muss auch ehrlich sagen, welche Verteilungswirkung ein Kopfpauschalmodell hat. Eine vierköpfige Familie mit 1.500 Euro Einkommen müsste dann etwa 225 Euro zahlen, statt jetzt 117,75 Euro. Ein Single mit 3.525 Euro würde statt jetzt 276,71 Euro nur noch etwa 185 Euro aufwenden müssen. Wer dies „solidarische Gesundheitsprämie“ nennt, ist nicht ehrlich.
- Wer in seinem Finanzierungsmodell für die Krankenversicherung eine Lücke von 16 bis 23 Milliarden Euro aufreißt und nicht sagt, woher dieses Geld kommen soll, schafft keine Klarheit.
- Die Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung, Beiträge nach finanzieller Leistungsfähigkeit, Leistungen nach Bedarf und beitragsfreie Mitversicherung von Familienmitgliedern haben sich bewährt. Dieses System sollte man nicht auf dem Altar der Lohnnebenkostensenkung um jeden Preis opfern. Zumal es keinen sachlichen Beleg dafür gibt, dass damit die Arbeitslosigkeit wirklich geringer wird. Vielleicht ist sogar das Gegenteil der Fall: je mehr Geld die Menschen für ihre Gesundheit ausgeben müssen, umso weniger haben sie für den sonstigen Konsum. Die Binnenmarktnachfrage geht weiter zurück, die Arbeitslosigkeit steigt. Deshalb – Finger weg von der sozialen Krankenversicherung.



Armin Lang,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Saarland

Integrierte Versorgung im Raum Merzig

Ersatzkassen starten Modell für psychisch Kranke

Die Zahl der psychischen Erkrankungen steigt ständig, die Behandlung ist oft langwierig und verursacht hohe Kosten. Krankheitsbilder wie Alkoholkrankheit oder Depression werden oft erst spät diagnostiziert, Behandlungen sind nicht immer bestmöglich koordiniert, wiederholte Krankenhausaufenthalte und damit verlängertes Leid der Patienten können die Folge sein.

Deshalb haben die Ersatzkassen im Saarland zum 1. Juni mit dem SHG Klinikum Merzig, niedergelassenen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten einen Vertrag zur integrierten Versorgung geschlossen, durch den die Behandlung von Alkoholkrankungen und von depressiven Erkrankungen verbessert werden soll. Bereits 32 Praxen beteiligen sich an dieser Kooperation.

Im Saarland leben ca. 10.000 bis 20.000 alkoholranke Menschen. Noch mehr dürften von einer Alkoholkrankheit akut bedroht sein. Bei der Zahl derer, die an einer Depression leiden, muss von ca. 40.000 bis 60.000 Betroffenen ausgegangen werden. Ein psychisch oder psychosomatisch Kranker bewegt sich oft in einer Odyssee von durchschnittlich sieben Jahren durch das medizinische Versorgungssystem, bis sein Leiden in einer geeigneten psychotherapeutischen Einrichtung richtig behandelt wird.

Ziel der integrierten Versorgung

Ziel ist eine verbesserte Verzahnung der ambulanten und stationären Hilfsangebote. So erhalten die Betroffenen infolge einer koordinierten und zeitnahen Absprache zwischen dem Patienten, seinem Hausarzt, Facharzt oder Psychotherapeuten und dem Fallmanager einen individuell auf ihre Erkrankung abgestimmten Behandlungsplan.

Ablauf der integrierten Versorgung

Niedergelassene Hausärzte, Fachärzte, psychologische Psychotherapeuten sowie die Ärzte des Krankenhauses informieren ihre Patienten, die an einer depressiven Erkrankung oder Alkoholkrankung leiden, über die Möglichkeiten und Vorteile des integrierten Versorgungsmodells. Entscheidet sich der Patient für die Teilnahme, schreibt er sich in die Integrierte Versorgung ein. Der Arzt oder Psychotherapeut führt da-

nach eine zusammenfassende, an Leitlinien orientierte Diagnostik durch und stellt den Kontakt zu dem am Klinikum Merzig ansässigen Beratungs-Team her.

Beratungs-Team

Neben einer Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist diesem auch ein Sozialarbeiter zugeordnet. Aufgabe des Teams ist eine Erfassung der erkrankungsbedingten psychiatrischen Probleme und die Erstellung eines individuellen Behandlungsplanes. Der Integrierte Versorgungsvertrag sieht Fallkonferenzen vor. Im Einzelfall kann jedoch der kooperierende Kollege wie der Patient persönlich aufgesucht werden.

Teilnahme

Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist freiwillig. An einer Alkoholkrankheit oder Depression erkrankte Menschen, die bei einer Ersatzkasse versichert sind, können sich in dieses Behandlungsprogramm einschreiben. Die Einschreibung ist mit keinerlei Einschränkung der Behandlung verbunden.

Die Ersatzkassen und ihre Vertragspartner gehen davon aus, dass sich mit diesem Projekt die Versorgung für Alkoholranke und depressiv erkrankte Menschen in der Region Merzig-Wadern deutlich verbessern lässt, ohne dass dauerhaft Mehrkosten entstehen.



Krankenhausplanung 2006-2010

Warten auf das Gutachten

Schon die letzte Fortschreibung des saarländischen Krankenhausplanes im Jahr 2000 stützte sich auf ein Gutachten. Damals war es der Kieler Professor Rüschmann, der auf Basis der Leistungsdaten der saarländischen Krankenhäuser einen Überhang von 1.500 Betten ermittelte.

Umgesetzt wurde von der Landesregierung für den Planungszeitraum 2001 bis 2004 lediglich der Abbau von 600 Betten, wobei nur im Ausnahmefall ganze Abteilungen geschlossen wurden. Zum größten Teil wurde Bettenabbau nach dem Rasenmäherprinzip vollzogen. Dies führt aber kaum zu Kosteneinsparungen bei den Krankenkassen, da die Vorhaltekosten für eine nur etwas kleinere Abteilung kaum reduziert werden. So argumentieren dann auch die Krankenhäuser im Rahmen der Budgetverhandlungen.

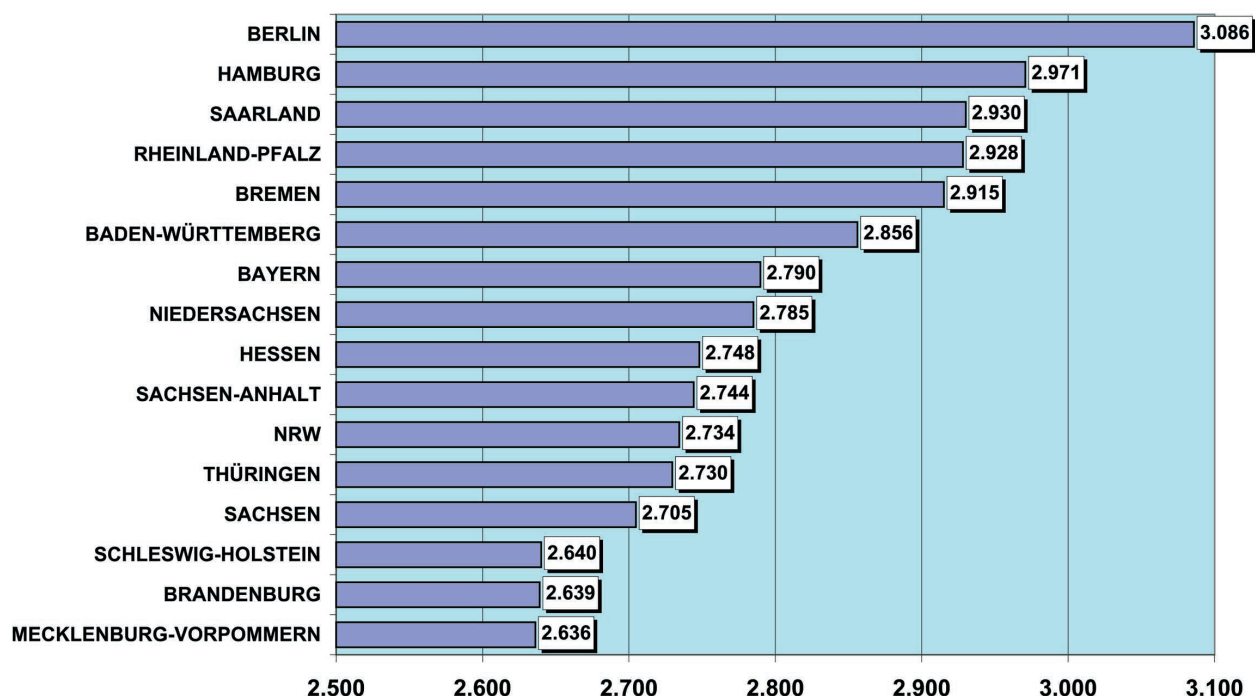
Zudem wurden sogar Krankenhausabteilungen neu eingerichtet, ohne dass in dem Gutachten dafür eine Notwendigkeit gesehen wurde. Für die Kostenträger führt dies zu nicht unerheblichen Mehrkosten in Höhe von rund 20 Millionen Euro jährlich.

Die Fortschreibung des Krankenhausplanes, die schon für 2005 fällig gewesen wäre, wurde vom Gesundheitsministerium wegen der Umstellung auf das neue Vergütungssystem - den sog. DRGs - sowie der Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes, um ein Jahr verschoben. Zuvor sollte auch noch das Saarländische Krankenhausgesetz novelliert werden.

Nun gibt es zunächst wieder ein Gutachten. Zu Beginn des Jahres beauftragte das Ministerium die in Krankenhausfragen erfahrene Kölner Beratungsfirma GEBERA-Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Planung mbH mit der Erstellung eines Gutachtens zur Vorbereitung des saarländischen Krankenhausplanes 2006 bis 2010. Mit der Vorlage des Gutachtens ist bis Mitte September zu rechnen.

Wie hoch der Handlungsdruck für die Verantwortlichen der Krankenhausplanung ist, wird deutlich, wenn man die Liste der Landesbasisfallwerte für das Jahr 2005 in den einzelnen Bundesländern betrachtet. An der negativen Spitzenstellung des Saarlandes bei den Krankenhausausgaben hat sich auch durch die Umstellung des Finanzierungssy-

Nur Berlin und Hamburg liegen bei den Landesbasisfallwerten für 2005 vor dem Saarland



stems nichts geändert. Nur Berlin und Hamburg haben einen höheren Landesbasisfallwert als das Saarland. Der Basisfallwert ist der rechnerische Durchschnittspreis für eine Krankenhausleistung. Die hohen Kosten der Krankenhausversorgung im Saarland finden darin ihren Ausdruck.

Der steigende Trend bei der Fallzahlentwicklung wurde erstmals 2002 unterbrochen. Im Jahr 2001 wurden noch 268.000 Patienten vollstationär behandelt. 2004 waren es noch 255.000 Patienten. Die bis 2003 stetig sinkende Verweildauer wurde erstmals in 2004 gestoppt, d.h. auf die sinkenden Fallzahlen hat man mit einer Verlangsamung des Verweildauerrückgangs reagiert. Allerdings wurden im Jahr 2004 die Budgets der saarländischen Kran-

kenhäuser erst zu einem geringeren Teil über Fallpauschalen realisiert, zum größeren Teil wurde noch über tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet. Für 2005 kann man daher ein weiteres Sinken der Verweildauer erwarten, weil das DRG-System mittlerweile komplett umgesetzt wurde und seine Anreize zur Verweildauerreduzierung voll greifen.

So muss man bei der Planung bis 2010 mit einem weiter sinkenden Bettenbedarf rechnen. Wir gehen davon aus, dass das Planungsgutachten diesen Trend auch unter Beachtung anderer Faktoren wie Demografie, Morbidität, medizinischer Fortschritt, ambulante Strukturen, neue Versorgungsformen u.a. bestätigen wird.

Krankenhausgesetz einstimmig verabschiedet

Das im Jahr 1987 verabschiedete Saarländische Krankenhausgesetz ist überarbeitet worden und an die Veränderungen und gesundheitspolitischen Entwicklungen, insbesondere an das neue Vergütungssystem, angepasst worden.

Einen höheren Stellenwert bekommt mit dem neuen Gesetz die Qualitätssicherung. So ist die Mindestmengenregelung für die künftigen Festlegungen des Krankenhausplanes und der entsprechenden Feststellungsbescheide zu beachten. Die Nichterfüllung der Mindestmengenregelung wird dazu führen, dass Leistungen aus dem Angebotsspektrum eines Krankenhauses zu streichen sind.

Darüber hinaus haben die Kosten- und Krankenträger die Möglichkeit erhalten, künftig weitergehende Regelungen zur Qualitätssicherung zu treffen, indem sie Mindestversorgungsmengen und Mindestausstattungsstandards in bilateralen Verträgen vereinbaren.

Neu geregelt wurde auch die Krankenhausplanung. Grundlage bildet in Zukunft ein von einem Sachverständigen zu erstellendes Gutachten über die Versorgungssituation im Saarland und den künftig zu erwartenden Versorgungsbedarf. Die Planungsbehörde muss ihre beabsichtigten planerischen Festlegungen mit jedem einzelnen Krankenhaus in so genannten Planungsgesprächen erörtern, an denen jetzt auch jeweils ein Vertreter der Kostenträger teilnimmt. Planungsbehörde und Kostenträger müssen



Das Klinikum Saarbrücken –
Das KH-Gesetz steht, die Planung kommt im Herbst

jetzt bezüglich der krankenhausspezifischen Planung einvernehmliche Regelungen anstreben. Damit wurden die Mitwirkungsmöglichkeiten der Kostenträger zwar ausgeweitet, jedoch bleibt abzuwarten, ob über die krankhausindividuellen Planungsgespräche auch die Umsetzung von strukturverändernden Planungsentscheidungen, die nicht nur ein Krankenhaus betreffen, möglich sein wird. Die Ersatzkassenverbände hätten es vorgezogen, den Landesausschuss für Krankenhaus- und Investitionsplanung mit mehr Entscheidungskompetenz bei der Krankenhausplanung auszustatten.

Weitere Neuerungen: Jedes saarländische Krankenhaus mit Intensivbetten muss zukünftig einen Transplantationsbeauftragten bestellen. Patientenführer werden besser qualifiziert.

Strukturiertes Behandlungsprogramm Brustkrebs gestartet

Nach neuesten Statistiken erkranken derzeit bundesweit jährlich etwa 46.000 Frauen an Brustkrebs. Im Saarland sind jährlich über 800 Frauen neu von dieser Erkrankung betroffen. Damit ist Brustkrebs die häufigste Krebserkrankung bei Frauen. Trotz medizinischer Fortschritte in den letzten Jahren, stellt die Diagnose Brustkrebs für die Betroffenen eine besondere Belastung dar. Umso wichtiger ist es, diesen Frauen die bestmögliche Diagnostik, Therapie und Nachsorge anzubieten.

Diesem Ziel dient das strukturierte Behandlungsprogramm DMP-Brustkrebs, in das sich seit März Brustkrebspatientinnen einschreiben können. Es ist nach dem DMP Diabetes Typ 2 und dem DMP für koronare Herzerkrankungen das dritte Programm dieser Art im Saarland.

Mit diesem Programm erhalten die betroffenen Frauen eine auf ihre individuelle Situation abgestimmte Behandlung, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Beispielhaft gehören dazu:

- dass der Anteil der brusterhaltenden Operationen gesteigert werden soll,
- dass eine strukturierte Nachsorge stattfindet, die den Patientinnen helfen soll, ihre krankheitsbedingten Probleme zu bewältigen.

Ärzten und Patientinnen bietet das DMP wissenschaftlich fundierte medizinische Leitlinien, mit denen die Behandlungsziele erreicht werden sollen. Die Erfahrungen mit dem DMP Diabetes im Saar-



Eine Patientin wird für eine Kernspin-Untersuchung vorbereitet

DMP-Brustzentren im Saarland sind:

- Uniklinik Homburg
- Klinikum Saarbrücken
- Caritas Klinik Saarbrücken
- St. Elisabeth Klinik Saarlouis

Kooperierende Krankenhäuser sind:

- Marienkrankenhaus St. Wendel
- Knappschaftskrankenhaus Püttlingen
- Städtisches Klinikum Neunkirchen
- DRK-Krankenhaus Saarlouis

land haben gezeigt, dass durch strukturierte Behandlungsprogramme tatsächlich Verbesserungen der Versorgung erzielt werden können. Dabei ist es wichtig, dass auch die Patienten eigenverantwortlich an dem Programm mitarbeiten und so den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen. Die Ersatzkassen bieten den Patienten hierzu umfangreiche Informationen an.

Die Teilnahme am DMP-Brustkrebs ist für die Patientinnen freiwillig. Aufgrund der besonderen psychischen Belastung der an Brustkrebs erkrankten Frauen darf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patientin nicht gestört werden.

An der Versorgung im Rahmen des DMP Brustkrebs nehmen im Saarland acht Krankenhäuser teil. Davon sind vier Kliniken so genannte DMP-Brustzentren, die die gesamte Leistungskette von der Diagnose bis zur Strahlenbehandlung abdecken. Die vier anderen Kliniken erbringen selbst nicht die ganze Leistungspalette, müssen aber mindestens 80 Erstoperationen bei Brustkrebs pro Jahr erbringen. Sie kooperieren eng mit den DMP-Brustzentren.

Damit werden die Brustkrebsoperationen auf Häuser und Ärzte mit einer großen Routine und Erfahrung konzentriert. Dies ist ein wesentliches Kriterium für eine möglichst hohe Qualität der Behandlungen im Krankenhaus, wie sie die Europäische Gesellschaft für Brustkunde (EUSOMA) entwickelt hat. Kliniken, die diese Voraussetzungen nicht erfüllen, können an diesem Qualitätsprogramm nicht teilnehmen.

Das Programm wird bisher gut angenommen. Bis Mitte Juli hatten sich im Saarland bereits 359 Patientinnen eingeschrieben.

Präventionsgesetz gestoppt



Beim Ersatzkassenforum in Saarbrücken warnte Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder vor einer Torpedierung des Präventionsgesetzes

Im April rechneten noch fast alle damit, dass das Präventionsgesetz in diesem Jahr in Kraft tritt. Entsprechend rege war das Interesse am Saarländischen Ersatzkassenforum 2005 in der Saarlandhalle. Viele Anbieter von Präventionskursen, Ärzte und Therapeuten wollten sich von Dr. Klaus Theo Schröder, dem Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, über die Einzelheiten des Gesetzes und dessen Umsetzung informieren lassen.

sein. Prävention sei die beste Investition in das Gesundheitssystem.

Damals war es noch unsicher, ob die Opposition das Gesetz im Bundesrat passieren lassen würde. Vorsorglich warnte Schröder: „Wer mit Vorwänden die Verabschiedung des Präventionsgesetzes torpediert, wird für längere Zeit die Stärkung der Prävention verhindern.“ Erhebliche Chancen zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme würden so vertan.

An vielen Beispielen zeigte Dr. Johannes Bruns, bei den Ersatzkassenverbänden in Siegburg für Grundsatzzfragen der medizinischen Versorgung zuständig, wie Prävention das Krankheitsrisiko reduzieren kann. Prävention sollte zu einer starken Säule nicht nur im Gesundheitswesen, sondern in der gesamten Gesellschaft ausgebaut werden. Dazu müssten aber dann auch alle gesellschaftlichen Bereiche ihren Teil beitragen.

Der Staatssekretär verband mit dem neuen Gesetz große Hoffnungen. Prävention müsse die Antwort auf die steigende Zahl chronischer Erkrankungen sein. Schon allein die demografische Entwicklung zwingt dazu, Gesundheitsvorsorge zu stärken. Auch im hohen Alter könne Prävention sehr erfolgreich

inzwischen ist das Präventionsgesetz im Vorfeld der Bundestagsneuwahlen von der Mehrheit im Bundesrat ausgebremst worden. Ob es damit wirklich für lange Zeit vom Erdboden verschwunden ist, oder in veränderter Form wieder ans Tageslicht kommt, bleibt abzuwarten. Die Stärkung der Prävention bleibt auf der Tagesordnung.

Ersatzkassen unterstützen Projekt „Rauchfreiheit in Schwangerschaft und Kleinkindzeit“

Jede fünfte Frau, die raucht, hört auch in der Schwangerschaft nicht damit auf. Deshalb unterstützen die Ersatzkassen im Saarland ein Projekt der Universität Greifswald, das die Zahl der Frauen, die in der Schwangerschaft mit dem Rauchen aufhören, wesentlich steigern will. Rauchen in der Schwangerschaft erhöht nachweislich das Risiko von Früh- und Fehlgeburten und beeinträchtigt die Entwicklung des Kindes.

In dem Modellprojekt werden Frauen- und Kinderärzte, Hebammen und Pflegerinnen in Geburtsabteilungen von Krankenhäusern in speziellen Beratungstechniken geschult. Diese sollen dann die schwangeren Frauen ermutigen, das Rauchen einzustellen und sie in diesem Prozess begleiten. Das

Modellprojekt dauert 2 Jahre und wird von den Ersatzkassen mit ca. 12.000 Euro unterstützt.

Landtag beschließt Rauchverbot

Der saarländische Landtag greift durch. Das Rauchen ist jetzt in Schulen, Horten und Kindergärten verboten. Ein Rauchverbot in Kliniken wurde auch in das neue Krankenhausgesetz geschrieben. Im Landtag selbst darf ebenfalls nicht mehr gequalmt werden.

Die Ersatzkassen begrüßen diesen Schritt.



Beim ‚Parlamentarischen Abend‘ der Ersatzkassenverbände waren alle Landtagsfraktionen gut vertreten. Themen waren die Bilanz der letzten Gesundheitsreform und vor allem die Entwicklungen in der saarländischen Krankenhauslandschaft. Vielleicht waren es die Informationen und Diskussionen an diesem Abend, die eine einstimmige Verabschiedung des neuen Krankenhausgesetzes einige Wochen später ermöglichten.



Der saarländische Gesundheitsminister Josef Hecken bei seinem Antrittsbesuch im VdAK/AEV-Landesausschuss. Flankiert von dessen Vorsitzenden, Friedhelm Ochs, BAR-MER, (links) und dem Leiter der Landesvertretung, Armin Lang. Mit offenen Worten, wie von ihm gewohnt, nahm der Minister Stellung zu aktuellen gesundheitspolitischen Themen auf Bundes- und Landesebene. Bleibt zu hoffen, dass auch die von den LA-Mitgliedern vorgetragenen Positionen und Anregungen Wirkung hinterlassen haben.

KURZ GEMELDET

- Die Ersatzkassen fördern die Arbeit der Selbsthilfekontaktstelle-KISS in diesem Jahr mit einem Zuschuss in Höhe von 28.000 Euro.
- Die ambulante Hospizarbeit im Saarland erhält für die Koordinierung und Qualifizierung der ehrenamtlichen Mitarbeiter von den Ersatzkassen einen Zuschuss in Höhe von 106.000 Euro.

EINLADUNG

5. Saarländischer Selbsthilfe- und PatientInnentag mit Verleihung des Saarländischen Selbsthilfepreises

am 21. September 2005
von 14 bis 17 Uhr
im Rahmen des Gesundheitsforums
auf der Welt der Familie, Halle 7

Thema:

Iss doch endlich mal normal – Essstörungen – Ursache und Therapieansätze

Um 11.00 Uhr am selben Ort setzt sich die Theatergruppe „Clownixen“ aus Düsseldorf in ihrem Stück „Kotzbrocken“ mit dem Thema Magersucht und Bulimie auseinander. Veranstalter sind die Ersatzkassen im Saarland, die Selbsthilfekontaktstelle (KISS) und die Landesvereinigung Selbsthilfe e.V.

ABSCHIED

Von der Saar an die Weser

Uwe Zimmer, stellvertretender Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung und Referatsleiter Stationäre Einrichtungen, hat zum 1. Juli die Landesvertretung verlassen und wechselte als Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft nach Bremen. Durch eingehende Analysen der Krankenhauslandschaft im Saarland hat er deren Entwicklung stark mitgeprägt. Beim Parlamentarischen Abend in der Landesvertretung hat er den Abgeordneten noch einmal den dringenden Handlungsbedarf in diesem Sektor ans Herz gelegt und mit Zahlen und Argumenten belegt. Wir wünschen ihm viel Glück bei seiner neuen Tätigkeit an der Weser.



IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Saarland des VdAK/AEV
Talstraße 30 · 66119 Saarbrücken
Telefon: 06 81 / 9 26 71-0 · Telefax: 06 81 / 9 26 71-19
Verantwortlich: Armin Lang · Redaktion: Axel Mittelbach