

report saarland

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
- Neuer Krankenhausplan erfüllt nicht die eigenen Ansprüche
- Pflegereform nicht vertagen

Vorgesehen ist unter anderem die Einführung von mobilen Versorgungskonzepten, die Nutzung von Telemedizin und die Delegation ärztlicher Leistungen, um drohenden Versorgungsgaps 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
Saarland

DER KOMMENTAR

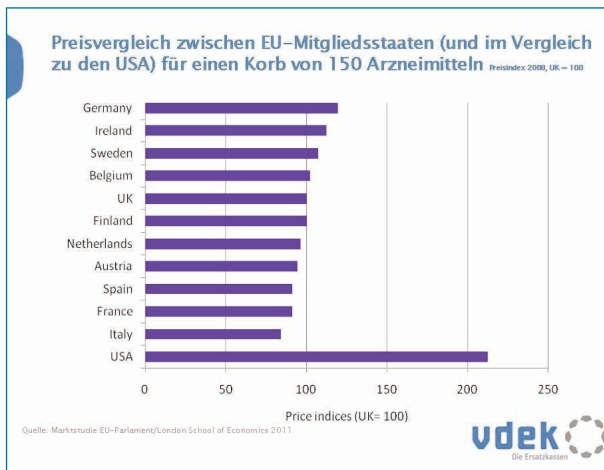
Leider zu kurz gesprungen

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 5,1 Prozent. Auch im Saarland ist ein Rückgang um fünf Prozent zu verzeichnen. Aber ist damit nach Jahren stetig ansteigender Arzneimittel ausgaben 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 IM SAARLAND 2010:

- Verordnungsvolumen rund 481 Millionen Euro
- Mehr als 10 Millionen Arzneimittelpackungen
- Im Durchschnitt pro Versichertem Verordnungen für 551 Euro
- Knapp 28 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 Kassensfusion 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.

Saarländischer Krankenhausplan 2011-2015: Die eigenen Ansprüche wurden nicht durchgehalten

„...die Sicherstellung der akutstationären Basisversorgung in der Fläche und der Spezialversorgung in den Zentren“, dies war ein vorrangiges Ziel von Gesundheitsminister Georg Weisweiler bei der Entwicklung des Krankenhausplans für den Zeitraum von 2011 bis 2015. Dass Spezialversorgung an dafür speziell ausgerüsteten Zentren qualitativ und wirtschaftlich am besten erbracht werden kann, ist unbestritten. Leider wurde dieser selbstformulierte Anspruch nicht durchgehalten. Selbst bei der kardiologischen Notfallversorgung, wo das Saarland nach Meinung aller Experten mit seinen vier Zentren hervorragend aufgestellt ist, wurde auf der Zielgeraden doch noch mit politischer Rückenbedeckung die Tür für eine Ausweitung der Standorte und damit für eine Schwächung der bestehenden Zentren geöffnet.

Den Ansatz des Gesundheitsministers, durch mehr Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Konzentration der Leistungen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu verbessern, unterstützen die Ersatzkassen ausdrücklich. Allerdings widersprechen die konkreten Umsetzungen im Krankenhausplan an entscheidenden Stellen diesem Ansatz. An vier Bereichen wird dies besonders deutlich.

Kardiologische Notfallversorgung

Obwohl eine Expertenrunde bestätigte, dass auf diesem Gebiet die Versorgung im Saarland sehr gut ist, entschied das Ministerium im letzten Augenblick, unter bestimmten Bedingungen die Ausweitung der kardiologischen Versorgung mit Linksherzkathetermessplätzen in Saarbrücken zu erlauben. Und dies, obwohl am Klinikum Saarbrücken und auch an den SHG-Kliniken Völklingen dieses Versorgungsangebot bereits vorhanden ist. Das Ganze wird dann noch einmal dadurch übertroffen, dass man als Ausgleich für den neuen Wettbewerber in Saarbrücken dem Klinikum Saarbrücken unter Nebenbedingungen die Möglichkeit schafft, zukünftig sechs neue Betten für einen Schwerpunkt Herzchirurgie auszuweisen. Für diesen Bereich gibt es im Saarland zwei große Zentren in Homburg und Völklingen, die die Versorgung der saarländischen Bevölkerung und aus dem angrenzenden Rheinland-Pfalz, Frankreich und Luxemburg mit sicherstellen.

Notfallversorgung des akuten Schlaganfalls

Auch hier ist die Versorgung im Saarland seit vielen Jahren bundesweit vorbildlich organisiert. Die Ausweisung weiterer Stroke Units konnte verhindert werden. Zur guten Versorgung trägt seit vielen Jahren auch die zertifizierte Stroke Unit der Hauptfachabteilung für Innere Medizin am DRK Krankenhaus Saarlouis bei. Dennoch entschloss sich die Planungsbehörde dazu, in Saarlouis in der Hauptfachabteilung Innere Medizin Allgemein einen Schwerpunkt für Neurologie auszuweisen, obwohl es in Dillingen bereits eine große Hauptfachabteilung für Neurologie gibt. Dies wird in Saarlouis zu einer Leistungsausweitung führen und in Dillingen zu neuen Problemen. Beides wird zulasten der Patienten und der Beitragszahler erfolgen.



Gefäßchirurgie

Im Vorfeld der Krankenhausplanung waren sich Ministerium und Krankenkassen einig: Eine eigenständige Ausweisung gefäßchirurgischer Hauptfachabteilungen wird diesem wachsenden Leistungsbereich gerecht. Durch eine Konzentration sollte die Qualität der Leistungserbringung gewährleistet und gesteigert werden. Die vom Ministerium geforderte Dreifach-Zertifizierung nach den Vorgaben der führenden Fachgesellschaften wird von den Ersatzkassen unterstützt. Dieses Verfahren wird aber durch die Zersplitterung des Angebotes auf zehn Standorte mit Größen von neun bis 26 Betten

gefährdet. Eine Konzentration an weniger Standorten mit einer Mindestgröße von 20 Betten wäre wesentlich sinnvoller.

HNO-Heilkunde

Nicht nachzuvollziehen ist schließlich die Ausweisung einer Hauptfachabteilung für HNO-Heilkunde am Kreiskrankenhaus St. Ingbert mit nur zehn Betten. Im Saarland gab es bisher zwei Hauptfachabteilungen, eine am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg mit 45 Betten und eine am CaritasKlinikum in Saarbrücken mit 41 Betten.

Fazit

Strukturelle planerische Anpassungen wurden verpasst. Qualitätsverbesserungen durch Konzentrationen von Leistungen unterblieben. Neue Abteilungen entstehen als Schwerpunkte. Hauptfachabteilungen werden in einzelnen Fachgebieten immer kleiner, anstatt die Leistungen zu konzentrieren. Nicht bedarfsnotwendige Kapazitäten sollen über Fusionen und Verbünde erhalten bleiben, ohne dass bei einem Wegfall eine Versorgung der Bevölkerung in dem kleinen Bundesland Saarland wirklich gefährdet ist. Durch die Fusionswelle wird die Zahl der Krankenhäuser sinken, aber an den Strukturen wird sich in den nächsten Jahren nur wenig ändern.

ZAHLEN AUS DEM KRANKENHAUSPLAN

Betten

- Ende Juni dieses Jahres haben die saarländischen Krankenhäuser die Planbescheide zur Umsetzung des neuen Krankenhausplanes vom Ministerium für Gesundheit und Verbraucherschutz erhalten. 2015 gibt es dann im Saarland noch:
- 6.261 vollstationäre Betten, das sind 188 oder 2,9 Prozent weniger als 2010

und

- 394 teilstationäre Plätze, das sind 57 oder 16,9 Prozent mehr als 2011

Ausbildungsplätze

- Des Weiteren werden 2.172 Ausbildungsplätze, davon 1.480 für die Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege bzw. Krankenpflegehilfe, vorgehalten. Bezogen auf die Einwohner werden in keinem Bundesland mehr Ausbildungsplätze vorgehalten, die von den Krankenkassen finanziert werden.

Pflegereform nicht vertagen

Die Diskussion um die Pflegereform müsse noch in diesem Jahr weitergeführt werden, forderten die Redner auf einer gemeinsamen Veranstaltung der saarländischen Pflegekassen, der Pflegegesellschaft und des VdK. Vor 150 Teilnehmern wandte sich Axel Mittelbach von der vdek-Landesvertretung gegen Pläne, die Finanzierung der Pflegeversicherung individuell kapitalgedeckt auszugestalten. Die individuelle Sparfähigkeit dürfe nicht über die Höhe der Leistungsansprüche bei Pflegebedürftigkeit entscheiden.

Diesem Modell einer Teilprivatisierung setzen die Ersatzkassen ihr Modell einer Nachhaltigkeitsreserve entgegen, um Mehrbelastungen in der Zukunft durch die demografische Entwicklung aufzufangen. Deren Aufbau solle innerhalb des umlagebasierten Systems der sozialen Pflegeversicherung erfolgen, das heißt kollektiv, verpflichtend, einkommensabhängig und paritätisch finanziert. So würden die Versicherten nicht überfordert und der Aufbau einer neuen Bürokratie würde vermieden.



Prof. Ursula Lehr, prominente Altersforscherin und frühere Bundesgesundheitsministerin, sowie VdK-Präsidentin Ulrike Mascher informierten sich in der vdek-Landesvertretung über die Arbeit der Pflegestützpunkte. Im Gespräch mit Pflegeberaterinnen aus dem Stützpunkt in Homburg betonten sie die Notwendigkeit von Beratung und Hilfen für Pflegebedürftige und deren Angehörige. Der vdek hat in drei der sieben saarländischen Pflegestützpunkte die Geschäftsführung inne.

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. Im Saarland hatten rund 560.000 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 im Saarland können sich schnell, übersichtlich und unbürokratisch über die Qualität der Pflegeeinrichtungen im Land informieren. Anfang August 2011 waren insgesamt 184 Einrichtungen vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft und die Prüfberichte im Pflegelotsen, dem Internetportal der Ersatzkassen, veröffentlicht, davon 79 ambulante und 105 stationäre Pflegeeinrichtungen. Bis Ende 2011 werden alle Einrichtungen einmal nach den neuen Kriterien geprüft worden sein. Die Prüfberichte sind zu finden unter www.pflegelotse.de.
- **Selbsthilfegruppen gefördert:** Auch 2011 haben die Krankenkassen im Saarland wieder gemeinsam die Selbsthilfegruppen im Land im Rahmen der Pauschalförderung finanziell unterstützt. Über 106.000 Euro gingen an die regionalen Selbsthilfegruppen, nahezu 85.000 Euro bekamen die Selbsthilfe-Organisationen auf Landesebene und mit ebenfalls 85.000 Euro wurde die Selbsthilfe-Kontaktstelle im Saarland 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 im Saarland Station machen wird. Nähere Informationen unter www.vdek.com und www.facebook.com (→ wieder gesund).

Zukunftspreis der Ersatzkassen

Die Ersatzkassen loben bereits zum zweiten Mal den vdek-Zukunftspreis zum Thema „Bürgerschaftliches Engagement für Gesundheit und Pflege“ aus. Personen und Initiativen, die sich in den Bereichen Gesundheit und Pflege engagieren, können sich mit ihren zukunftsweisenden Konzepten bis zum 19.9.2011 bewerben. Insgesamt wird ein Preisgeld von 20.000 Euro ausgelobt. Weitere Informationen unter: www.vdek.com/ueber_uns/vdek-zukunftspreis/2011/index.htm

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 Saarland des vdek
Talstraße 30
66119 Saarbrücken
Telefon: 0681 / 92671-0
Telefax: 0681 / 92671-19
E-Mail: lv-saarland@vdek.com
Redaktion: Axel Mittelbach
Verantwortlich: Martin Schneider