

# report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sept. 2010

# ersatzkassen

## Ersatzkassenforum 2010

Am 28.4.2010 fand im Gesellschaftshaus in Magdeburg das Ersatzkassenforum 2010 des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) statt.

Mit dem diesjährigen Thema „Fair und finanziell stabil? – die Ziele der bürgerlichen Koalition für das Gesundheitswesen 2011“ wurde vor allem auf die bevorstehenden Änderungen im Gesundheitswesen aufmerksam gemacht. Über die Folgen für die Versicherten diskutierten Christian Zahn, der Verbandsvorsitzende des vdek, Staatssekretärin Beate Bröcker und Jens Ackermann (MdB), Mitglied im Gesundheitsausschuss.

Zahn erklärte, dass entgegen einiger Annahmen, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hätte im vergangenen Jahr ein Milliardenplus gemacht, die finanzielle Situation der Krankenkassen in Wirklichkeit verheerend aussehe. „Da der Gesundheitsfonds von vornherein unterfinanziert war, verkehrt sich das Plus der vorläufigen amtlichen Statistik jetzt in ein Defizit, welches sich im aktuellen Jahr 2010 auf vier Milliarden Euro belaufen wird.“

Nach den Berechnungen des Bundesversicherungsamtes (BVA) könnte das Defizit der Krankenkassen 2011 auf rund 15 Milliarden Euro steigen.

Als Lösungsmechanismus sieht das Gesetz kurzfristig einzig die Erhebung von Zusatzbeiträgen vor. Gesundheitsexperten gehen daher davon aus, dass rund 51 Millionen gesetzlich Krankenversi-

cherte noch in diesem Jahr zusätzliche Beiträge verrichten müssen.

### In dieser Ausgabe:

- Ersatzkassenforum 2010
- Kostenspirale im Rettungswesen
- Bundeszuschuss
- Kurzinterview mit Dr. Detlef Eckert
- Demografiefeste Krankenhausstrukturen
- Bedarfsplanung „Ärzte“ in Schieflage!

Diese Zusatzbeiträge betragen 2010 durchschnittlich 6,50 Euro im Monat für jedes Mitglied, 2011 wenigstens 18 Euro, unter Umständen aber bis 25 Euro je Mitglied und Monat.

Diese Zahlen verdeutlichen die aktuelle Finanzsituation in Deutschland und zeigen eindeutig, dass die GKV eine nachhaltige Finanzierung benötigt. Nach Ansicht der Ersatzkassen muss die Einnahmenseite auf eine breitere Finanzierungsbasis gestellt werden. Der solidarisch finanzierte Versicherungsschutz dürfe nicht leichtfertig aufgegeben werden. Die finanzielle Absicherung der Risiken im Krank-

heitsfall muss auch in Zukunft für den Versicherten gewährleistet sein und vor allem bezahlbar bleiben. Grundsätzlich ist daher ein einkommensabhängiges Beitragssystem einem einkommensunabhängigem vorzuziehen.

Es schützt die Versicherten vor finanzieller Überforderung und ist sozial gerecht, da hier die Leistungsfähigkeit der einzelnen Versicherten berücksichtigt wird und ein sozialer Ausgleich direkt eingeschlossen ist. Auf eine einkommensunabhängige Kopfpauschale, in welcher Höhe auch immer, sollte daher aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit verzichtet werden. Jens Ackermann, MdB, erklärte, es werde keinen Totalumbau geben, sondern einen „schrittweisen Einstieg in eine lohnunabhängige Finanzierung“. Der FDP-Vertreter deutete damit im April bereits jene Optionen für den Zusatzbeitrag an, die kurz vor der parlamentarischen Sommerpause als Finanzierungsreform bekannt wurden und nun noch das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen müssen.

Wie der vdek sprach sich auch die Staatssekretärin im Ministerium für Gesundheit und Soziales Sachsen-Anhalt, Beate Bröcker (SPD), gegen die von der CDU/FDP-Koalition gewollte große oder kleine Gesundheitsprämie aus.

Sollte dennoch der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben werden, muss er entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung und bei Ausgabensteigerungen in der GKV gesetzlich fortgeschrieben werden.

Daneben müssen endlich auch echte Strukturrefor-

men angestoßen werden, die aber nicht auf der Finanzierungsseite enden dürfen. Auch auf der Ausgabenseite werden durchgreifende Reformen benötigt.

Das geschehe beispielsweise über eine bessere Kostensteuerung in der GKV durch intelligente Vertragsmöglichkeiten für die Krankenkassen und weiterhin durch die Einführung eines reduzierten Mehrwertsteuersatzes bei Arzneimitteln. „Durch die Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes könnte die GKV knapp drei Milliarden Euro einsparen.“, so der vdek-Verbandsvorsitzende Christian Zahn. Deutschland ist neben Dänemark und Bulgarien das einzige Land in der Europäischen Union, das noch den vollen Steuersatz auf Arzneimittel erhebt. In allen anderen Mitgliedsstaaten gibt es ermäßigte, stark ermäßigte oder sogar Nullsätze auf alle bzw. ausgewählte Arzneimittel.

Es wird außerdem darauf ankommen, das Arzneimittel-sparpaket so zu schnüren, dass es stark genug ist, die ungehemmte Preispolitik der Pharmaindustrie einzufangen, ohne dabei wertvolle Steuerungsinstrumente, wie die Rabattverträge oder die Wirtschaftlichkeitsprüfungen, aufs Spiel zu setzen. Kurzfristig möglich wäre zudem vorerst die Wiedereinführung von Begrenzungsmechanismen, die ein weiteres Ausbrechen der Ausgabenentwicklung verhindern. Diese sollen zur Konsolidierung der GKV beitragen und gleichzeitig die notwendige Flexibilität der Akteure im Gesundheitswesen erhalten.

## DER KOMMENTAR

### Zeit der Entscheidungen

Der Landtag bereitet sich aktuell auf verschiedene gesundheitspolitische Entscheidungen vor: Das Heimgesetz, das Rettungsdienstgesetz und der Krankenhausplan sollen bis zum Jahresende verabschiedet werden. Gut ist, dass sich die Regierung darauf verständigt hat, das Heimgesetz grundsätzlich im Sinne der bundesweiten Vorgängerregelung auszugestalten. Wir erwarten, dass Versicherte unabhängig von ihrer Herkunft bundesweit mit gleichen Standards in der Versorgung rechnen können. Vieles spricht dafür, dass sich die Landesregierung an diesem Grundsatz orientiert.

Problematisch ist dagegen das „weiter so“ im Krankenhausbereich. Ohne wesentliche strukturelle Änderungen wird sich die bisherige Kostendrift fortsetzen. Wir erwarten auf Basis der aktuellen Einwohnerprognose des statistischen Landesamtes und einer Fortschreibung der Krankenhausausgaben aus den letzten vier Jahren, dass sich die Krankenhausausgaben pro Kopf der Bevölkerung innerhalb der nächsten 15 Jahre um ca. 70 Prozent erhöhen werden. Wer soll diese Last tragen? Unsere Mitglieder über Kopfpauschalen? Die Arbeitgeber? Oder sollen Mehrwert- und Einkommensteuer entsprechend angehoben werden (was faktisch einer Anhebung des Beitragssatzes für die GKV gleich käme)?

Problematisch sind auch die aktuellen Bestrebungen zur Veränderung des Rettungsdienstgesetzes. Hier sollte die Regierung ordnungspolitische Grundsätze im Auge behalten, um eine juristisch wasserdichte Lösung zu präsentieren. Wichtig ist in diesem Zusammenhang die Wahrung von EU-Richtlinien zur Gewährleistung eines fairen Wettbewerbs unter den Leistungserbringern. Außerdem sollte die jüngst vom Oberlandesgericht gekippte Verordnung für die Schiedsstelle so umgeschrieben werden, dass Parität zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern bzw. Trägern hergestellt wird. Bei einer Dreier-Lösung für das Gremium (Vorsitzender, Kostenträger, Leistungserbringer/Träger) würde die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag geben können.



Dr. Klaus Holst,  
Leiter der vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt

Zahn erklärte weiter: „Die Ersatzkassen bekennen sich klar zum Wettbewerb im Gesundheitswesen. Wir brauchen mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheiten, um mit fortschrittlichen Ärzten und Kliniken eine gute und wirtschaftliche Versorgung für die Versicherten in der GKV zu schaffen.“

Auch der Qualität der Versorgung muss ein noch höherer Stellenwert zukommen. „Grundvoraussetzung dafür ist Transparenz“, betonte Zahn. „Ohne Transparenz kein Wettbewerb, ohne Wettbewerb kein Anreiz für gute Leistungen. Mit der Veröffentlichungspflicht der Krankenhausberichte sind vor einigen Jahren erste Schritte unternommen worden. Auch mit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz wurde ein weiterer wichtiger Schritt getan, indem die von Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Internet veröffentlicht werden.“

Die Ersatzkassen tun dies mit dem Pflegelotsen. Dieses Online-Portal bietet verlässliche Informationen und stellt eine bereichernde Hilfe dar. Mittlerweile greifen jeden Tag mehr als 100.000 Nutzer darauf zu.

Aber es muss auch vorausschauend gedacht werden. Langfristig benötigt unsere Gesellschaft ein verändertes Versorgungsspektrum. Schon heute sprechen wir von „einer Gesellschaft des längeren Lebens“, betonte Zahn. Seit den 70er-Jahren übersteigt die Sterbeziffer in Deutschland die Geburtenziffer. Seit Beginn der 90er-Jahre steigt zudem die Lebenserwartung kontinuierlich an. Zurzeit sind in Deutschland 16 Millionen Menschen 65 Jahre und älter. 2050 wird etwa ein knappes Drittel der Bevöl-



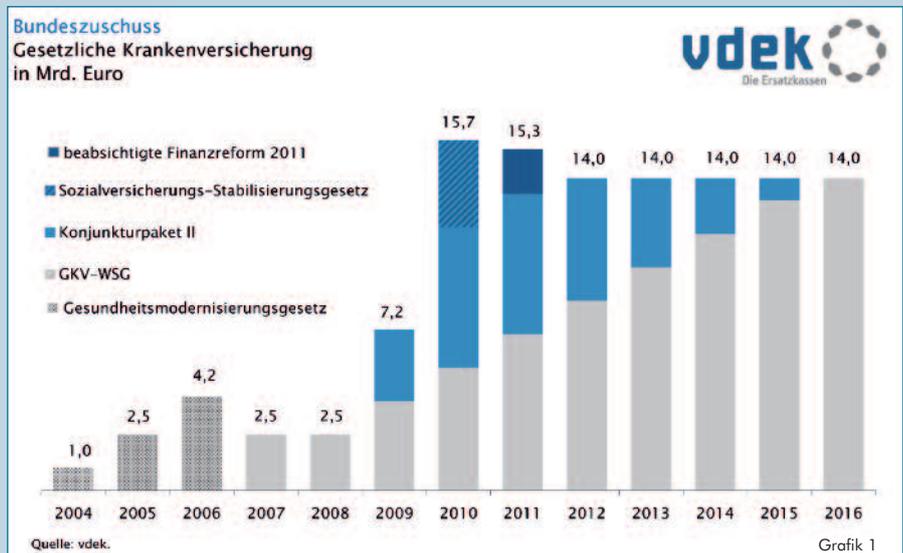
Die Akteure auf dem Ersatzkassenforum hatten sich auch nach der Diskussion noch viel mitzuteilen. Christian Zahn, (Verbandsvorsitzender des vdek) Staatssekretärin Beate Bröcker, Dr. Klaus Holst (vdek) und Jens Ackermann (FDP, MdB), Mitglied im Gesundheitsausschuss. (v.l.n.r.)

kerung über 65 Jahre alt sein. „Wir werden daher zukünftig mit mehr altersassoziierten Erkrankungen wie Hypertonie oder Diabetes und mehr chronisch-degenerativen Erkrankungen konfrontiert sein“, erklärte Zahn. Deshalb gilt es, rechtzeitig geeignete Versorgungskonzepte zu entwickeln, die Versorgungsstrukturen entsprechend anzupassen und auch Prävention im Alter neu zu bedenken. Die Gesundheitsberufe müssen neu qualifiziert und vorbereitet werden, um diesen veränderten Herausforderungen Rechnung tragen zu können.

Entscheidend ist daher, schon heute die Konzepte für die Versorgung von morgen auf den Weg zu bringen.

## DER STAAT HILFT – ENTWICKLUNG DER BUNDESZUSCHÜSSE

Durch die beabsichtigte Finanzreform wird sich der Bundeszuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung verändern. Mit den von der Regierung angekündigten zwei Milliarden Euro beläuft sich der Steuerzuschuss im nächsten Jahr auf 15,3 Milliarden Euro. In diesem Jahr liegt er bei 15,7 Milliarden Euro. Diese setzen sich zusammen aus: 5,5 Milliarden Euro durch das GKV-WSG, einer Erhöhung durch das Konjunkturpaket II von 6,3 Milliarden Euro und den 3,9 Milliarden Euro des Sozialversicherungs-Stabilisierungsgesetzes. Diese 3,9 Milliarden Euro, zur Kompensation konjunkturbedingter Einnahmeausfälle der GKV, fallen im kommenden Jahr weg, hinzu kommt die jährliche Steigerung aus dem GKV-WSG in Höhe von 1,5 Milliarden Euro und zwei Milliarden Euro der Finanzreform. (vgl. Grafik 1)



## Kostenspirale im Rettungswesen

Angesichts eines drohenden Rekorddefizits in der GKV 2011 haben die Gesundheitspolitiker auf Bundesebene richtig erkannt, dass die Ausgabenentwicklung dringend stabilisiert werden muss. Beim Landesrettungsdienst dreht sich die Kostenspirale dagegen weiter. Die Politik ist sich nicht im Klaren über die Anzahl von Leitstellen im Land, über die Schiedsstellenverordnung und die Modalitäten der Ausschreibungsverfahren. Diese „Fundamentalkritik“ der Krankenkassen ist der Landesregierung bekannt, die allerdings belässt es bei kosmetischen Korrekturen bzw. meint das Problem erst nach der Landtagswahl 2011 angehen zu wollen. Zusätzlicher Handlungsdruck, allerdings sofort tätig zu werden, kommt aktuell vom Oberverwaltungsgericht des Landes, das in einem Normenkontrollverfahren die Ungültigkeit der bestehenden Verordnung für die Schiedsstelle des Landesrettungsdienstes festgestellt hat. Deshalb sollte die Landesregierung zu folgenden Sachverhalten unverzüglich nachbessern:

### 1. Reduzierung der Leitstellen von derzeit 14 auf vier

Die Krankenkassen erwarten von der Landesregierung per Verordnung die Anzahl der Leitstellen und die Standorte festzulegen, bevor die BOS-Digitalfunktechnik eingeführt wird.

### 2. Transparenz bei der Einführung des BOS-Digitalfunks

Solange die Kostenverteilung zwischen dem Innen- und dem Gesundheitsministerium nicht geklärt ist, können entsprechende Positionen im Sachkosten-

bereich des Rettungsdienstes nicht seriös kalkuliert werden.

Die Krankenkassen lehnen sowohl für die Endgeräte auf den Rettungsmitteln, als auch für die technische Ausstattung der Einsatzleitstellen, eine anteilige Kostenübernahme ab, solange der Umfang der Finanzierung und die Höhe des Kostenanteils für den Rettungsdienst nicht dargelegt wird.

In den Gebührenverhandlungen zum Rettungsdienst für das Jahr 2010 und 2011 werden keine Kosten für die Einführung des BOS-Funks übernommen.

### 3. Paritätische Besetzung der Schiedsstelle

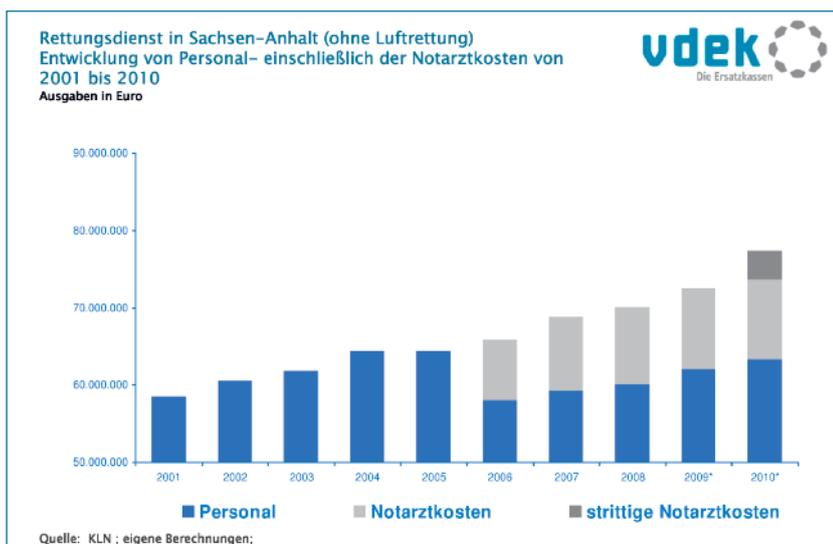
Da die Kostenträger lediglich über zwei Stimmen, die Kommunen und Leistungserbringer dagegen über vier Stimmen verfügen, ist trotz der Wahlstimme des unparteiischen Vorsitzenden die geforderte Zweidrittelmehrheit nicht zu erreichen. Das Oberverwaltungsgericht des Landes hat nun die Unzulässigkeit der bestehenden Verordnung für die Schiedsstelle des Landesrettungsdienstes festgestellt. Eine Lösung wäre das Dreier-Gremium aus Vorsitzendem, Kostenträger und Träger/Leistungserbringer. Diese Besetzung würde den aktuell vorliegenden, logischen Widerspruch von Zweidrittelmehrheit und Ausschlag der Stimme des Vorsitzenden auflösen.

### 4. Notärzte für den Rettungsdienst

Das Rettungsdienstgesetz legt fest, dass Krankenhäuser mit notfallmedizinischer Versor-

gung für den Rettungsdienst Notärzte zur Verfügung stellen müssen. Die Mehrzahl der Krankenhäuser beruft sich aber auf die gesetzlich geregelte Ausnahme, aufgrund der geringen personellen Kapazität den Bedarf nicht decken zu können. In der Folge muss die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) verantwortlich für den Sicherstellungsauftrag verstärkt freiberufliche Rettungsärzte einbinden. Das verursacht einen enormen Kostenanstieg (vgl. Grafik 2).

Um alle geeigneten Krankenhäuser zur Stellung von Ärzten für den Notarztendienst konkret zu verpflichten und um eine angemessene Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung entsprechend der notärztlichen Hilfsfrist sicherzustellen, sprechen die Krankenkassen sich dafür aus, die gesetzliche Ausnahmeregelung zur Nichtbeteiligung der Krankenhäuser zu streichen.



Grafik 2: Die Forderung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst liegt 2010 mit insgesamt 34,3 Prozent, also knapp 3,4 Millionen Euro, über der Vereinbarungssumme des Jahres 2009. Die Krankenkassen haben in den Verhandlungen 2010 aber nur die Erhöhung um 1,54 Prozent in Aussicht gestellt.

## Das Kurzinterview

### ▼ Worin sehen Sie Ursachen für die aktuellen Finanzierungs- und Ausgabenprobleme im Gesundheitswesen?

▲ Das Gesundheitswesen hat vor allem ein Einnahmeproblem. Seit Jahren werden durch politische Entscheidungen Kosten der öffentlichen Hand der GKV zugeschoben, beispielsweise durch Senkung der Beitragbemessungsgrundlagen für arbeitslose Personen. Für den Zeitraum von 1995 bis 2003 waren das etwa 30 Milliarden Euro (Fritz Beske Institut 2002). Daneben wirken weitere „Kostentreiber“, wie die weitgehende Trennung ambulanter/stationärer Strukturen, die Unterschätzung von Prävention und vieles andere mehr.

### ▼ Welche Alternativen zu den jüngsten Berliner Reformvorhaben sieht die Partei DIE LINKE? Welche Initiativen ergreift Ihre Partei, um unsere Versichertengemeinschaft vor weiteren finanziellen Belastungen aus dem Gesundheitsbereich zu schützen?

▲ Langjährige Forderungen der LINKEN sind: solidarische Bürgerversicherung; schrittweise Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze und Einbeziehung aller Einkommensarten in die Bemessung; ein sozialepidemiologisch fundierter und morbiditätsbezogener Risikostrukturausgleich; Ausbau und Sicherung von Prävention und Gesundheitsförderung; Stärkung der Patientenrechte sowie der Patientenbeteiligung; eine Positivliste für Medikamente sowie die Anwendung eines ermäßigten Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel. Zur besseren Versorgung sind der ambulante und der stationäre Sektor so zu vernetzen, dass die Ressourcen optimal genutzt und familienfreundliche Arbeitszeitmodelle umgesetzt werden können. Dazu sind auch poliklinische Strukturen zu schaffen. Alle Gesundheitseinrichtungen müssen barrierefrei zugänglich werden. Die entsprechenden Anträge dazu wurden im Bundestag in der letzten Legislatur von der Fraktion DIE LINKE gestellt.

### ▼ Die Landesregierung beabsichtigt nach den Wahlen eine Novellierung des Rettungsdienstgesetzes (RDG). Was halten Sie von den Zielen, die sich die Koalition in Sachsen-Anhalt für die aktuelle Novellierung des RDG gesetzt hat?

▲ Zunächst möchte ich darauf hinweisen, dass viele der heute festzustellenden Probleme bereits in den Beratungen zum Gesetzentwurf 2006 in den

Anhörungen benannt worden sind. Die damaligen Regierungsfractionen von CDU und FDP waren aber nicht zu bremsen. Vordringlich ist zunächst Rechtssicherheit herzustellen. Dazu gehört aus meiner Sicht, aus der Ausschreibungspflicht nach sechs Jahren

eine Kann-Bestimmung zu machen. Wenn die Träger mit den Leistungserbringern zufrieden sind, sollen sie nicht ausschreiben müssen. Notwendig ist die Umsetzung der Festlegungen zur Reduzierung der Leitstellen, insbesondere um unnötige Belastungen der Versichertengemeinschaft bei den anstehenden Investitionen zur Einführung des Digitalfunks zu vermeiden. Des Weiteren ist eine verlässliche obligatorische Einbeziehung der Krankenhäuser in den Rettungsdienst sicherzustellen. Insofern ist der Gesetzentwurf der Koalitionsfraktionen abzuwarten.

### ▼ Gibt es, was das künftige Heimgesetz angeht, in Sachsen-Anhalt einen parteienübergreifenden Konsens?

▲ Die Notwendigkeit einer Neuregelung ist unstrittig. Aber bei der konkreten Ausgestaltung sind doch Unterschiede zwischen den Parteien festzustellen. Eine Reihe von Bestimmungen im Entwurf des Wohn- und Teilhabegesetzes der Landesregierung findet die Zustimmung der LINKEN. An einigen Passagen werden wir die Kritik der Behindertenverbände aus der Anhörung aufgreifen und Änderungen fordern.

### ▼ Erleben wir 2010 die Verabschiedung eines Krankenhausplanes ohne Wahlkampfgetöse?

▲ Gegenwärtig liegen dem Landtag bzw. dem Ausschuss keinerlei Krankenhausplanungsdokumente vor. Auch von Seiten der Träger sind mir keine Klagen bekannt. Insofern ist eine Aussage nicht möglich.

### ▼ Wo sieht DIE LINKE landespolitischen Handlungsbedarf?

▲ Handlungsbedarf ist gegeben in den Fragen der Stärkung und des Ausbaus der sozialen/gesundheitlichen Selbsthilfeförderung, der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes, der Stärkung des Öffentlichen



Dr. Detlef Eckert (MdB, DIE LINKE) Vorsitzender des Landtagsausschusses Soziales

Gesundheitsdienstes sowie in einer Stärkung der pauschalen Krankenhausförderung zulasten der Einzelförderung.

### ▼ Was waren aus Ihrer Sicht die „Highlights“ in der Ausschusstätigkeit während der aktuellen Legislaturperiode?

▲ Zunächst allgemein: Der Sozialausschuss hat sich bisher mit insgesamt 30 Gesetzentwürfen, 23 Anträgen und 40 Beschlüssen aus Landtagssitzungen sowie 50 Ausschussdrucksachen und sechs Unterrichtungen beschäftigt. Darunter waren einige Themen, die uns besonders lange und oft beschäftigt haben.

Sehr viel Zeit, Kraft und Energie beanspruchten der Prüfbericht des Landesrechnungshofes und die Neuordnung der Sportförderung.

Die Beratungen zu den jährlichen Berichten des Ausschusses für Angelegenheiten der psychiatrischen Krankenversorgung brachten immer eine Menge Probleme auf den Tisch.

Das Interesse der Öffentlichkeit wurde besonders von den Debatten um das Nichtraucherschutzgesetz beansprucht. Zu den behandelten Gesetzentwürfen

gehörten das Kinderförderungsgesetz, das Maßregelvollzugsgesetz, das Wohn- und Teilhabegesetz und das Behindertengleichstellungsgesetz.

Wichtig waren mir persönlich auch die Antragsberatungen zum Ausbau ambulanter Leistungserbringung im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, insbesondere zum persönlichen Budget, die leider mit wenig Erfolg geführt wurden, sowie die einstimmige Unterstützung der UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen. Auch die Diskussionen zum Antrag „Aktionsprogramm barrierefreies Sachsen-Anhalt“, die sich über mehrere Sitzungen hinzogen und Vertretern aller Ministerien zu einem „Aha-Erlebnis“ bezüglich ihrer Verantwortung für Barrierefreiheit verhalfen, waren für mich ein Highlight. In diesem Sinne hoffe ich, dass die Verabschiedung des neuen Behindertengleichstellungsgesetzes des Landes ein weiterer Höhepunkt wird!

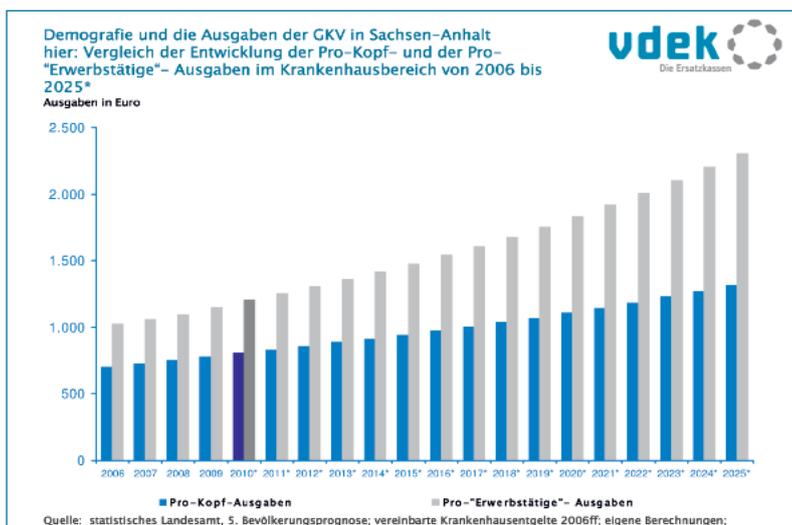
Herausragende Themen in der Selbstbefassung waren aus meiner Sicht die Krankenhausplanung, die Zukunft der Beratungsstellen, die Probleme des Rettungsdienstes sowie Fragen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

## Demografiefeste Krankenhausstrukturen?

Jedem leuchtet ein, dass ein Bevölkerungsrückgang mit Konsequenzen für bestehende Strukturen im

gesellschaftlichen Leben verbunden ist. Bei der Schließung von Schulen oder Zusammenlegung von Ämtern findet dies auch allgemeine Akzeptanz bei der Bevölkerung. Wie ist der Umgang nun mit dem Allgemeingut Krankenhausleistungen? Im Krankenhausgesetz des Landes ist vom Gesetzgeber eine Überprüfungspflicht verankert, deren Hauptprüfkriterium die demografische Entwicklung mit in die Zukunft gerichteter Morbiditäts- und Fallzahlentwicklung ist. Die 5. Bevölkerungsprognose ist Planungsgrundlage für alle Landesbehörden (Quelle: [www.sachsen-anhalt.de](http://www.sachsen-anhalt.de)). Für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung müssen neben dieser Prognose auch Kenntnisse über die Morbidität der Bevölkerung einbezogen werden. Hierzu liegt eine Auswertung von allen behandelten Krankenhausfällen in Sachsen-Anhalt aus dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bezogen auf die Indikationen und die Altersstruktur vor. Anhand dieser Angaben können Prognosen zum zukünftigen Bedarf der Bevölkerung vorgenommen werden.

Der Rückgang der Bevölkerung ist nicht per se mit einer Verringerung der Fallzahlen im Krankenhausbereich verbunden, die Wirkung vollzieht sich vielmehr zeitverzögert und mit sehr unterschiedlicher Ausprägung bei den ein-



Grifik 3: Bei Annahme einer jährlichen Steigerung um 2 Prozent ab 2011 – die durchschnittliche jährliche Steigerung von 2006 bis 2010 betrug 2,4 Prozent, erhöhen sich die Pro-Kopf-Ausgaben von rund 800 (2010) auf mehr als 1.300 Euro im Jahr 2025. Dies wäre eine Steigerung um mehr als 70 Prozent! Noch dramatischer kommt es für die Erwerbsbevölkerung, die letztendlich maßgeblich als Beitragszahler der GKV für die Einnahmen „verantwortlich“ ist. Diese sinkt im Betrachtungszeitraum immerhin von 1,6 Millionen auf 1,1 Millionen um etwa 34 Prozent. Die Konsequenz wäre, deren Pro-„Erwerbstätigen“-Ausgaben würden sich von derzeit rund 1.200 Euro auf mehr als 2.300 Euro fast verdoppeln.

zelen Fachgebieten sowie Landkreisen. Eine Modellrechnung für die zukünftig zu erwartende Krankenhausfallzahl, gegliedert nach ausgewählten Fachgebieten und bezogen auf die einzelnen Landkreise, wird mit den Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung den Krankenhausträgern zur Verfügung gestellt. Bei der landkreisgenauen Prognose ist zu beachten, dass auch Fachgebiete außerhalb des Landkreises die Versorgung übernehmen können und bisher auch schon vornehmen. Für einige Fachgebiete wird deutlich, dass das bisherige Kapazitätsangebot in näherer Zukunft nicht mehr aufrechterhalten werden kann, besonders offensicht-

lich ist die Entwicklung im Bereich der Geburtshilfe. Hier kommt es zu den voraussichtlich tiefsten Einschnitten. Bis 2018 ist auf das Land bezogen mit einem Rückgang der Kapazitäten von ca. 30 Prozent gegenüber denen 2008 zu rechnen. Das bestehende Krankenhausgesetz beinhaltet Spielraum für den strukturellen Wandel.

Nach Auffassung der Ersatzkassen muss der zukünftige Krankenhausplan, der auf der Grundlage der Rahmenvorgaben zu erarbeiten ist, deutliche Aussagen in diese Richtung enthalten. (vgl., Grafik 3)

## Die Bedarfsplanung „Ärzte“ in Revision!

Auf Bundesebene kursieren zurzeit mehrere Grundsatzzpapiere, die die Weiterentwicklung der Bedarfsplanung zum Gegenstand haben. Doch gibt es überhaupt einen echten und grundlegenden Reformbedarf bei der Bedarfsplanung?

Für die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) ist im Rahmen der Bedarfsplanung der drohende Ärztemangel insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung seit Ende der neunziger Jahre das zentrale Thema. Wiederholt prophezeite man quasi den Untergang des „Abendlandes“. So prognostizierte man zum Beispiel 2003 auf der Basis der 122. Fortschreibung für ausgewählte Versorgungsbereiche in Sachsen-Anhalt einen Ärztemangel im hausärztlichen Bereich. In seiner Sitzung am 20.12.2004 hatte der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen des Landes Sachsen-Anhalt daraufhin über Maßnahmen zur Abwendung einer drohenden Unterversorgung zu beraten. Es folgten Beschlüsse zu Sicherstellungszuschlägen gemäß Paragraf 105 SGB V, die sowohl ältere niedergelassene Hausärzte zur Fortsetzung ihrer Tätigkeit in ausgewählten Regionen motivieren, als auch jungen Hausärzten Anreize geben sollen, genau diese frei werdenden Hausarztpraxen zu übernehmen. Für diese Maßnahmen wurden per Abrechnungsstand 2009 immerhin 1,7 Millionen Euro aufgewendet. Da die damalige Prognose bereits eine Überzeichnung der Situation darstellte und letztendlich weder für 2004 noch für die Folgejahre annähernd zutraf, ist anzunehmen, dass o. g. ausgereichte Finanzmittel lediglich einen finanziellen „Mitnahmeeffekt“ für ausgewiesene Hausarztpraxen erzeugten.

Eine kurze Bestandsaufnahme auf der Basis der nunmehr 185. Fortschreibung vom August 2010 belegt nach wie vor: „Es gibt genügend Ärzte in Sachsen-Anhalt, sie sind nur ungleich verteilt!“

### Unter- und Überversorgung

In Sachsen-Anhalt gelten demnach tatsächlich zwei Landkreise als unterversorgt. So fehlen im Umland

von Halle, im Saalkreis, 16 Hausärzte, zwei HNO-Ärzte und ein Nervenarzt. Im Landkreis Stendal fehlt ein Anästhesist.

Auf der Basis der derzeit gültigen Bedarfsplanungs-Richtlinien gibt es in Sachsen-Anhalt allerdings auch einen rechnerischen Überbedarf von insgesamt 24 Ärzten. Im Einzelnen sind zum Beispiel 124 fachärztlich tätige Internisten, 37 Chirurgen und 20 Kinderärzte als Überbedarf festzustellen. (vgl. Tabelle 1)

### Falsche Grundlagen

Nicht akzeptabel ist hierbei die Tatsache, dass der Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen mit nachweislich überholten „Basisdaten“ Prognosen abgibt und damit eine unplausible Bedarfsplanung zur Grundlage der hoheitlichen Aufgaben der KVSA macht. Ein Zustand der im Übrigen auch der zuständigen Aufsichtsbehörde nicht verborgen geblieben sein kann. Die derzeitige Erstellung des Bedarfsplanes des Landes Sachsen-Anhalt für die vertragsärztliche Versorgung erfolgt auf folgenden Grundlagen:

1. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungsrichtlinie) in der Neufassung vom 15.2.2007 (zuletzt geändert am 18.3.2010)
2. Arztregister der KVSA (9.6.2010)
3. Gesetz zur Kreisgebietsreform in Sachsen-Anhalt vom 13.7.1993 (territoriale Zuordnung)
4. Einwohnerdaten des Landes Sachsen-Anhalt (Stand 30.6.2007)

Auffällig ist, dass die Eckdaten zu 3. und 4. nicht sachgerecht sind. Der Landesausschuss hält demnach weiterhin an den sogenannten Alt-Kreisen und deren Einwohnerzahlen mit Stand vom 30.6.2007 fest. Das berechtigte Anliegen einer zukunftsorientierten Bedarfsplanung für die gesamte ärztliche Versorgung wird mit dieser Verfahrensweise beschädigt.

## Die etwas andere Sicht auf die Bedarfsplanung "Ärzte" in Sachsen-Anhalt



Tabelle 1: "Über- versus Unterversorgung" \*

|                                 | Halle     | MD        | ASL        | ML         | MQ         | QLB       | SBK      | WFL      | BÖ        | BLK        | HBS        | JL         | OK         | SK         | SGH       | WR        | BEG       | DE-BIT     | KÖT       | SWL        | AZE       | SDL        | WIT        | Gesamt      |
|---------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|------------|-----------|----------|----------|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|------------|-------------|
| Anästhesisten                   | 0         | 0         | 0          | 0          | 0          | 1         | 0        | 0        | 0         | 0          | 1          | 0          | 0          | 0          | 0         | 1         | 0         | 0          | 0         | 0          | 0         | -1         | 0          | 2           |
| Augenärzte                      | 8         | 2         | 0          | 1          | 1          | 1         | 0        | 0        | 0         | 1          | 0          | -2         | 0          | 0          | 1         | 1         | -1        | 3          | 0         | -1         | -1        | 2          | 1          | 15          |
| Chirurgen                       | 3         | 7         | 1          | 4          | 2          | 2         | 2        | 0        | 0         | 1          | 0          | 3          | 2          | 0          | 0         | 1         | 0         | 3          | 0         | 1          | 2         | 1          | 2          | 37          |
| Fachärztlich tätige Internisten | 19        | 17        | 5          | 6          | 6          | 3         | 2        | 5        | 4         | 3          | 9          | 2          | 3          | 3          | 1         | 3         | 2         | 15         | 3         | 2          | 1         | 7          | 4          | 126         |
| Frauenärzte                     | 1         | 0         | 0          | 2          | 1          | 0         | -1       | 1        | 0         | 1          | 2          | 1          | 0          | -1         | 0         | 1         | -1        | 1          | 0         | 0          | 0         | 1          | 2          | 11          |
| HNO-Ärzte                       | 3         | 2         | 0          | 1          | 0          | 0         | 0        | 0        | 1         | 3          | 3          | 0          | 1          | -2         | 0         | 1         | 0         | 4          | -1        | 0          | 0         | 0          | 0          | 16          |
| Hautärzte                       | 5         | 4         | -1         | -1         | 0          | 0         | 0        | 1        | -1        | 2          | 0          | 0          | -1         | 0          | -1        | 0         | 0         | 3          | 0         | 0          | 0         | 0          | 1          | 11          |
| Kinderärzte                     | 10        | 2         | -2         | 1          | 0          | 3         | 0        | 0        | 0         | 0          | 0          | 1          | 1          | -1         | 0         | 2         | 0         | 3          | 0         | 0          | 0         | 1          | 0          | 21          |
| Nervenärzte                     | 2         | 0         | -1         | 1          | 2          | 0         | -1       | 0        | -1        | 0          | 0          | 1          | 0          | -2         | 0         | 1         | 1         | 0          | -1        | 0          | 0         | 0          | 0          | 2           |
| Orthopäden                      | 1         | 2         | 1          | 1          | 0          | 0         | 1        | 0        | 0         | 0          | 1          | 0          | 1          | 0          | 1         | 0         | -1        | 1          | 0         | 0          | 0         | 1          | 1          | 11          |
| Psychotherapeuten               | 0         | 0         | -1         | 2          | 1          | 4         | 2        | 2        | 0         | 0          | 1          | 1          | 1          | 3          | 0         | 2         | 1         | 1          | 1         | 5          | 0         | 2          | 1          | 29          |
| Radiologen                      | 1         | 1         | 0          | 1          | 0          | 1         | 0        | 0        | 0         | 2          | 1          | 0          | 1          | 0          | 1         | 2         | 1         | 0          | 0         | 0          | 0         | 0          | 2          | 14          |
| Urologen                        | 0         | 0         | 1          | 1          | 0          | 0         | 0        | 0        | -1        | 0          | 0          | 0          | 0          | 1          | 1         | 1         | 0         | 2          | 0         | 1          | 0         | 0          | 1          | 8           |
| <b>Fachärzte</b>                | <b>51</b> | <b>37</b> | <b>3</b>   | <b>20</b>  | <b>13</b>  | <b>15</b> | <b>5</b> | <b>9</b> | <b>2</b>  | <b>13</b>  | <b>18</b>  | <b>7</b>   | <b>9</b>   | <b>1</b>   | <b>4</b>  | <b>16</b> | <b>2</b>  | <b>36</b>  | <b>2</b>  | <b>8</b>   | <b>2</b>  | <b>14</b>  | <b>15</b>  | <b>302</b>  |
| <b>Hausärzte</b>                | <b>-2</b> | <b>-9</b> | <b>-15</b> | <b>-10</b> | <b>-20</b> | <b>-3</b> | <b>0</b> | <b>0</b> | <b>-1</b> | <b>-14</b> | <b>-13</b> | <b>-18</b> | <b>-19</b> | <b>-21</b> | <b>-8</b> | <b>-7</b> | <b>-7</b> | <b>-38</b> | <b>-9</b> | <b>-19</b> | <b>-8</b> | <b>-19</b> | <b>-16</b> | <b>-276</b> |
| <b>Summe</b>                    | <b>49</b> | <b>28</b> | <b>-12</b> | <b>10</b>  | <b>-7</b>  | <b>12</b> | <b>5</b> | <b>9</b> | <b>1</b>  | <b>-1</b>  | <b>5</b>   | <b>-11</b> | <b>-10</b> | <b>-20</b> | <b>-4</b> | <b>9</b>  | <b>-5</b> | <b>-2</b>  | <b>-7</b> | <b>-11</b> | <b>-6</b> | <b>-6</b>  | <b>-1</b>  | <b>26</b>   |

\* = Überbedarf ab 110%; - = Bedarf bis 110%; in Vollstellen; eigene Berechnungen auf der Basis der 185. Fortschreibung vom August 2010)

In der näheren Betrachtung dieser Bestandsaufnahme muss man beachten, dass ein Versorgungsbereich als unterversorgt gilt, wenn ein Versorgungsgrad von 75 Prozent bei Hausärzten und 50 Prozent bei Fachärzten unterschritten wird. Eine Überversorgung wird ab 110 Prozent festgestellt und führt automatisch zur Sperrung des Versorgungsbereiches für das entsprechende Fachgebiet.

Den Ersatzkassen ist sehr wohl bewusst, dass demografische Entwicklungen in der Gesellschaft auch für die Ärzteschaft gelten. Und doch waren alle Prognosemodelle seitens des Landesausschusses schlichtweg mangelhaft.

Das Beispiel Sachsen-Anhalt zeigt zudem, wir brauchen grundsätzlich nicht mehr Ärzte, sondern mehr Flexibilität in der Ressourcenverteilung der „ärztlichen Tätigkeit“.

So ist der viel beschworene Ärztemangel wohl eher eine Ungleichverteilung, die es mit geeigneten Mitteln zu regulieren gilt. Der mögliche Weg hierzu ist neben flexibleren Berufsausübungsstrukturen beispielsweise die Steuerung der Niederlassung über den Faktor „Vergütung“.

Sachsen-Anhalt ist das einzige Bundesland, in dem Zuschläge zum Orientierungspunktwert in unterversorgten Gebieten mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden vereinbart werden konnten.

Nach der aktuellen Bedarfsplanung erhalten derzeit 30 Hausärzte im Saalkreis eine höhere Vergütung. Gemäß Vereinbarung kann hierbei ein Hausarzt z. B. für die Betreuung eines Versicherten ab dem 60. Lebensjahr ungefähr 5,00 Euro mehr erhalten (Versichertenpauschale ab dem 60. Lebensjahr 1.020

Punkte gemäß regionaler Gebührenordnung) als ein Allgemeinmediziner in einem regelversorgten Gebiet.

Die Ersatzkassen sehen es als zwingend erforderlich an, neben den bereits vereinbarten Unterversorgungspunktwerten (erhöhter Regel-punktwert) auch Überversorgungspunktwerte (verminderter Regel-punktwert) zu vereinbaren. Die Einführung von Abschlägen bei Überversorgung zusätzlich zu den bereits vereinbarten Zuschlägen bei Unterversorgung zu zahlen, verbessert die Chance zur bedarfsgerechten Versorgung erheblich. Wegen der regional unterschiedlichen Versorgungsdich-

te müssten der Situation angepasste Akzente gesetzt werden.

In den anfangs erwähnten Grundsatzpapieren wird hingegen vor allem eine kleinteiligere Bedarfsplanung (vgl. Tabelle 2) und die Einführung eines Demografiefaktors propagiert. Die kleinräumige Versorgungsanalyse ist aus Sicht der Ersatzkassen abzulehnen. Wichtig ist vor allem die Verwendung von aktuellen Daten zur Berechnung. Denn zukünftig ist mit einer weiteren Abnahme der Bevölkerung in Sachsen-Anhalt zu rechnen. Nach der fünften regionalen Bevölkerungsprognose nimmt die Bevölkerung bis 2020 um 13 Prozent ab. Zudem sind die Planungsregionstypen auf Basis der aktuellen Kreise zu berechnen und zwingend als Grundlage für die Berechnung der Bedarfspläne heranzuziehen.

Auch mit den neuen Reformbestrebungen muss der Schwerpunkt in der Verbesserung der Versorgung vor Ort liegen und darf nicht dazu führen, dass zusätzliche finanzielle Mittel ohne eine effektive Steuerungswirkung bleiben.

### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek

Schleifufer 12 · 39104 Magdeburg

Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: LV\_sachsen-anhalt@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel