

report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Feb. 2011

ersatzkassen

Wahlprüfsteine vor der Landtagswahl 2011

Die vdek-Landesvertretung hat den bundespolitisch relevanten Parteien zehn ausgewählte Fragen zur Gesundheitspolitik gestellt, um deren Positionen im Wahlkampf 2011 zu platzieren. Dabei geht es bei den Fragen eins und zwei um die ordnungspolitische Grundeinstellung, die Fragen, die das bestehende System bestätigen oder aber Signale in Richtung Staatsmedizin liefern könnten. Die Antworten hierzu zeigen, dass Sozialwahlen, Selbstverwaltung und Wettbewerb unter den Krankenkassen politisch parteiübergreifend konsentiert sind. Das ist eigentlich eine gute Nachricht. Aber die zuletzt verabschiedeten Gesetze der Bundespolitik ebnen einen anderen Weg: Die Gestaltungsfähigkeit der Selbstverwaltung wird durch die morbiditätsorientierten Diagnosen der Leistungserbringer mehr und mehr ausgehöhlt. Der relevante Wettbewerb findet in Sachsen-Anhalt noch unter sieben marktrelevanten Krankenkassen statt, die einen Marktanteil von wenigstens vier Prozent aufweisen, – auch wenn mancherorts von 155 Krankenkassen gesprochen wird: Die meisten dieser Kassen sind in Sachsen-Anhalt gar nicht am Markt. Wer also dem Wettbewerb ins Wort redet, sollte seinen Einfluss geltend machen, um die finanzielle Souveränität und die leistungsrecht-

In dieser Ausgabe:

- Wahlprüfsteine vor der Landtagswahl 2011
- Rettungswesen finanziell außer Kontrolle?
- Wahlspezial 2011
- Interview mit Minister Bischoff
- Privatisierungstrend setzt sich fort

lichen Spielräume der verbliebenen Krankenkassen wieder herzustellen.

Unsere Fragen zum Krankenhaussektor beschäftigen sich mit einem Zwangsmechanismus, der sich aus tarifären Verpflichtungen der Krankenhausträger, Krankenhausplanung und morbiditätsorientierter Vergütung ergibt: Wenn ein Krankenhaus bei rückläufiger Morbidität rote Zahlen schreibt, bleibt oftmals nur der Weg in die Privatisierung. Das illustriert etwa das aktuelle Beispiel der Salzlandkliniken. Nur durch Privatisierung kann der Druck von Personalkosten abgefangen werden, denn rund zwei Drittel der Krankenhauskosten

sind Personalkosten und durch günstigere Tarife finanziell leichter zu tragen. Dabei ist das politische Argument höherer Effizienz privater Träger allerdings nicht stichhaltig. Es ist bestenfalls Kosteneffizienz, die private besser realisieren können, aber nicht der effiziente Mitteleinsatz. In der Folge kann durch Privatisierung aber die gleichmäßig leistungsgerechte Entlohnung aller Mitarbeiter auf der Strecke bleiben. Die Ausweitung der Leistungsmengen privater Krankenhäuser lässt die gesetzliche Krankenversicherung auch befürchten, dass solche Krankenhäuser ihr Gewinnstreben zum Teil über die Vorgaben von § 39 SGB V stellen. In der Folge veranlassen die Krankenkassen vermehrt Krankenhausprüfungen durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Absehbar ist aufgrund der Versorgung mit Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt auf jeden Fall, dass der Wettbewerbsdruck die Privatisierungswelle im Land weiter vergrößert (siehe Beitrag S. 12)

Es ist schon faszinierend, wie erfolgreich das Lobbying der Ärzteschaft den „Ärztmangel“ in das politische Gewissen des Landes setzen konnte. Selbst als unser Ministerpräsident anlässlich des Neujahrsempfanges der Heilberufe feststellte, dass es keinen Ärztemangel gibt und vor zwei Generationen nur halb so viele Ärzte wie heute praktizierten, ignorierte ihn der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung (KVSA) und beschrieb die weitersteigenden Probleme der morbiditätsorientierten Versorgung. Und die politischen Vertreter hörten ihm, dem KVSA-Vorsitzenden, zu: Lediglich die Grünen

sind der Meinung, dass es keinen Ärztemangel gibt. Aber diese kommen voraussichtlich auch erst nach der Wahl in den Landtag, um dann regelmäßige Diskussionen um den Mangel im Land mit anhören zu dürfen. Trotz der Debatte um den „Ärztmangel“ sind alle Parteien einhellig der Auffassung, dass die Kassenärztliche Vereinigung auch langfristig ihren Aufgaben nachkommen kann. Hinter dieser paradoxen Positionierung steckt sicher auch die Alternativlosigkeit und die Auffassung, dass unsere demografischen Probleme nicht durch andere Verwaltungsstrukturen zu lösen sind. Was die Vergütung der Ärzteschaft anbelangt, sind es ausgerechnet die bürgerlichen Parteien, die meinen, dass inzwischen ein Gleichgewicht zwischen Ost und West erreicht worden ist, während die Linkspartei die steuernde Wirkung von Einkommensdifferenzen hervorhebt. Fraglich ist, ob Migration durch politisch gestaltete Einkommensdifferenzen gesteuert werden sollte.

Was das Rettungswesen anbelangt: Unsere Umfrage zeigt, dass es zur Zahl der Leitstellen noch keinen politischen Konsens gibt, aber schon die Erwartung, dass die Kosten des Digitalfunks transparent werden und nach konsentierten Regeln auf die Beteiligten umgelegt werden. Von solchen Regeln sind wir heute noch weit entfernt. Unbestimmte Mehrkosten aufgrund der Einführung des Digitalfunks sind zu erwarten, Einsparungen durch Reduktion der Leitstellen (nicht der Rettungswachen!) fordern die Kostenträger. Notwendiger Strukturwandel



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

DER KOMMENTAR

Am 20. März wählt Sachsen-Anhalt seinen neuen Landtag. Es ist ein Termin einer ganzen Kette von Landtagswahlen im Superwahljahr 2011. Dabei gehen die politisch Verantwortlichen Sachsen-Anhalts mit einem großen Stück Gelassenheit an das Thema heran, weil die Entscheidung nach den Prognosen und der Koalitionsaussage schon heute feststeht: Wir werden (höchstwahrscheinlich) eine Fortsetzung der schwarz-roten Koalition bekommen. Aber trotz aller Prognosen muss zunächst einmal gewählt werden, und wir haben es mit einer ganzen Menge Unbekannten zu tun: Wird die FDP im Landtag bleiben? Werden die Grünen in den Landtag einziehen? Welche Partei wird die größte Fraktion stellen? Wie hoch wird überhaupt die Wahlbeteiligung sein – nach dem Negativrekord von 44 Prozent Beteiligung an der letzten Wahl?

Wir haben uns für diesen Ersatzkassenreport vorgenommen, die gesundheitspolitischen Positionen der Parteien in Bezug auf ausgewählte Fragen zu ermitteln, so dass wir kurz vor dem 20. März eine Plattform anbieten können, die deren Positionen komprimiert und pointiert vorstellt. Dabei herausgekommen ist ein – von CDU bis Linkspartei – übergreifendes Credo zugunsten der bestehenden Selbstverwaltung, des Kassenwettbewerbes und des Sicherstellungsauftrages an die Kassenärztliche Vereinigung. Jenseits dieser ordnungspolitischen Grundfesten zeigen sich dann aber die Unterschiede: Während CDU und FDP klar Wettbewerb mit allen Folgen favorisieren, setzt die Linkspartei am anderen Ende des Spektrums auf eine Daseinsvorsorge, die durch Wettbewerb gefährdet werden könnte. Ich meine, dass Sie sich – bezogen auf die Gesundheitspolitik – anhand der hier vorgelegten Übersicht noch einmal eine Meinung bilden können. Vielleicht helfen wir Ihrer Wahlentscheidung am 20. März auf die Sprünge!

wird Kosten überall dort verursachen, wo Standorte entfallen. Um alle diese Gegenstände im Konsens aller Beteiligten zu regeln, bedarf es eines übergreifenden politischen und finanziellen Konzeptes. Dieses Konzept wird auch die Fragen zur Anwendung des Europarechts im Wettbewerb der Ausschreibungen beantworten müssen – die Politik ist sich hier noch lange nicht einig, obwohl die Sorge zur Gewährleistung der Daseinsvorsorge und tarifärer Vergütung sehr wohl durch geeignete Gestaltung von Ausschreibungen aufgefangen werden könnte. Was den Sicherstellungsauftrag der KV in Bezug auf die Notärzte anbelangt: Auch hier hat die Politik weitgehend erkannt, dass die Kostenexplosion in der Vergütung von Bereitschaftsdiensten keineswegs ein institutionelles Problem ist, sondern ein Problem des Durchgriffsrechts und der Verpflichtung von Ärzten zu dieser Aufgabe. Es sind insbesondere die Krankenhäuser und die Ärztekammer, die mit ihrem Verhalten keinen Beitrag zum Abbau des knappen Angebotes an Notärzten beitragen. Die einen betonen den Vorrang des DRG-Systems, die anderen stellen die Versorgungsqualität anhand von Zertifikaten als eigenen Aufgabenschwerpunkt heraus. Große Teile des hier angesprochenen Kon-

zeptes gehören in die avisierte Novelle des Rettungsdienstgesetzes, wenn dieses tatsächlich vorhandene ineffiziente Strukturen überwinden soll (siehe unten stehenden Beitrag).

Unsere letzte Frage aus der Pflegeversicherung schließlich ist eine Vorlage, die die Arbeit der Selbstverwaltung vor dem Hintergrund wohlwollender politischer Begleitung würdigt. Das Sozialministerium hatte den Verbänden der Pflegekassen von Anfang an die Option offengehalten, neben den bundesweit forcierten Pflegestützpunkten alternativ die bisherige Zusammenarbeit unter allen Beteiligten auszubauen und zu vernetzen. Die Verbände und die Sozialämter der Kommunen haben diese Option genutzt, um ein Konzept auf die Beine zu stellen, das den geforderten gesetzlichen Anforderungen genügt und darüber hinaus den Aufbau von Doppelstrukturen vermeidet. Die parteiübergreifende Zustimmung zur vernetzten Pflegeberatung ist ein Anzeichen dafür, dass außerordentliche Wege gangbar sind, wenn die notwendigen Gespräche mit der Bereitschaft zum Kompromiss und zur Zusammenarbeit geführt werden (vergl. Wahlspezial 2011 S. 4 ff).

Ist das Rettungswesen finanziell außer Kontrolle?

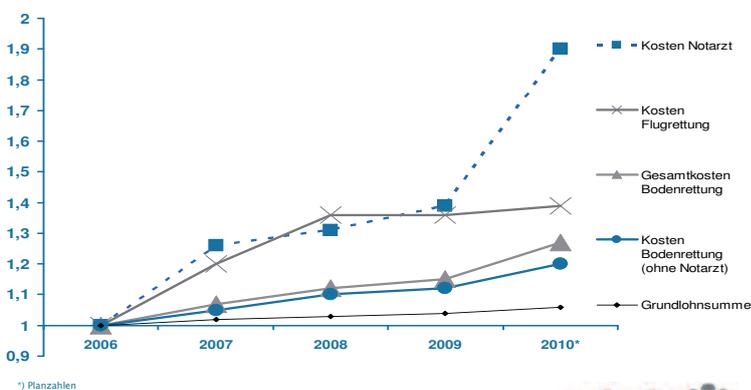
Es ist eine Situation, die jeden treffen kann. Nach einem schweren Verkehrs- oder Unglücksfall erfolgt die medizinische Erstversorgung. Dass in Sachsen-Anhalt im Rettungswesen funktionierende Strukturen existieren, will jeder einzelne Bürger unseres Landes und: die Krankenkassen wollen dies auch. Doch welchen Preis haben diese Leistungen? Gibt es

hier Einzelpositionen, die besonders ins Auge stechen? Wie verhalten sich diese Einzelpositionen im Verhältnis zur Finanzsituation in der Gesetzlichen Krankenversicherung? Ein Blick auf die Kostenentwicklung der Jahre 2001 bis 2009 zeigt, dass die Kosten der Bodenrettung in Sachsen-Anhalt in diesem Zeitraum von 72,95 Mio. Euro auf 90,09 Mio Euro gestiegen sind.

Das ist eine Steigerung von immerhin ca. 25 %. Noch deutlicher drückt der Schuh bei den Kosten für den Notarzt, denn diese haben sich zwischen 2006 und 2010 fast verdoppelt. (siehe Grafik 1)

Nach wie vor ist die Politik gefordert, die bei der letzten Novellierung des Rettungsdienstgesetzes das Problem der Ausgabenentwicklung einfach ausgeklammert hat. Schon eine gesetzliche Verpflichtung der Krankenhäuser, Notärzte zu stellen, hätte etwas „Druck aus dem Kessel“ genommen. Über diesen Weg könnte der teure Einkauf von Notärzten auf dem freien Markt (Notarztbörse) zumindest zum Teil vermieden werden. Es bleibt dabei, nach den Landtagswahlen sind zügig die Weichen in die richtige Richtung zu stellen. Die Kassen sind dazu bereit, sich hier mit eigenen Vorschlägen und Ideen in die Diskussion einzubringen. Unser Gemeinwesen braucht das Rettungswesen, aber es muss auch bezahlbar bleiben!

Das Gesundheitswesen in Sachsen-Anhalt 2011
 Ambulante medizinische Versorgung
 Vergleich der Kostenentwicklung Rettungsdienst mit der Einnahmeentwicklung der GKV (Grundlohnsumme) je Einwohner 2006 bis 2010
 (Quelle: Krankenhausplan Sachsen-Anhalt; vdek, eigenen Berechnungen; Budgetanteil; Angaben in Mio. EURO)



Wahlspezial 2011 Fragen an die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien

	 <p>Markus Kurze, CDU</p>	 <p>Heidelinde Penndorf, Die Linke</p>
<p>Haben Sozialwahlen für die Selbstverwaltung der GKV eine Zukunft?</p>	<p>Die Sozialwahl ist neben der Europa- und Bundestagswahl die drittgrößte Wahl in Deutschland. Wer aktiv an der Zukunft der Sozialsysteme mitwirken will, der sollte seinen demokratischen Rechten und Pflichten folgen und an der Sozialwahl teilnehmen. Ohne Sozialwahl gäbe es keine ehrenamtlich besetzten Selbstverwaltungsgremien und gerade diese Gremien vertreten die Interessen der Versicherten.</p>	<p>Inwieweit die Sozialwahlen eine Zukunft haben, wird davon abhängen, was die gewählten Vertreter im Interesse der Versicherten erreichen können. Bei weiter um sich greifenden Einschränkungen der Handlungsfähigkeit und Flexibilität der einzelnen gesetzlichen Kassen durch Vorgaben der Bundesregierung insbesondere bei den Finanzzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds sehen wir sie in Gefahr. DIE LINKE setzt sich jedoch dafür ein, die demokratischen Mitwirkungsrechte zu stärken.</p>
<p>Brauchen wir Wettbewerb unter verschiedenen Krankenkassen?</p>	<p>Der Wettbewerb unter den Krankenkassen ist für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems von elementarer Bedeutung. Nur wer sich im Wettbewerb bewegt, der strebt nach hoher Qualität, bester Transparenz und einem optimalen Preis für seine Leistungen. Die Besten werden sich dabei dauerhaft durchsetzen und ihren Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Systems leisten.</p>	<p>Solange der Wettbewerb um die beste Qualität der Versorgung und einen vernünftigen Einsatz der Ressourcen geführt wird, kann er für die Versicherten von Nutzen sein. Einen Wettbewerb um niedrigste Preise, Dumpinglöhne und ähnliche quantitative Ziele lehnen wir ab.</p>
<p>Kritisieren Sie den Privatisierungstrend im Krankenhaussektor?</p>	<p>Nein, der Trend zur Privatisierung setzt wesentliche Wettbewerbsanreize unter den Krankenhäusern. Eine gesunde Trägervielfalt, wie wir sie bereits in Sachsen-Anhalt haben, setzt immer wieder neue Impulse zur Weiterentwicklung der Krankenhauslandschaft.</p>	<p>Ja. DIE LINKE setzt sich dafür ein, den Krankenhaussektor als wichtigen Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge möglichst auch im Einflussbereich der Kommunalparlamente zu belassen. Dafür müssen jedoch die Rahmenbedingungen (steuer- und kommunalrechtlich) so gestaltet werden, dass die in Krankenhäusern erwirtschafteten (und erwirtschaftbaren) Gewinne vor allem für die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Daseinsvorsorge gemeinnützig eingesetzt werden können. Dann werden Kommunen nicht zum Verkauf gedrängt und die Gewinne auch nicht als Rendite in privaten Taschen landen.</p>

 <p>Petra Grimm-Benne, SPD</p>	 <p>Lydia Hüskens, FDP</p>	 <p>Claudia Dalbert, Grüne</p>
<p>Wahlen bilden ein Kernelement der Demokratie. Gut wäre es, wenn jede und jeder von seinem Recht, die Selbstverwaltungen in den Organen der Krankenkassen, der Renten- und Unfallversicherung zu wählen, Gebrauch machen würde. Da mehr als 48 Millionen Menschen zur Sozialwahl aufgerufen sind, könnte man davon ausgehen, dass diese Wahl für die gesetzlich Versicherten eine große Bedeutung hat. Die Wahlbeteiligung aber zeigt, dass von diesem Recht nur wenige Gebrauch machen. Aufgabe der einzelnen Ersatzkassen als auch der Medien muss es daher sein, den Versicherten deutlich vor Augen zu führen, dass sie durchaus auf die Gestaltung der Leistungen der Versicherungsträger Einfluss nehmen können. Die Gründe könnten darin liegen, dass die Verfahren für die breite Masse der Versicherten viel zu undurchsichtig sind und die Mitglieder der Selbstverwaltung den meisten gar nicht bekannt sind.</p>	<p>Grundsätzlich ist die Wahl der Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Sozialversicherungsträger durch die Beitragszahler sinnvoll im Sinne eines Interessenausgleichs. Trotzdem ist der Sinn dieser Wahlen, Informationen der Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane über ihre Aufgaben, ihre Entscheidungen und den Gründen dafür den meisten Wahlberechtigten verborgen geblieben, was die geringe Wahlbeteiligung der letzten Sozialwahl auch ausdrückt. Hier ist mehr Transparenz und Information erforderlich.</p>	<p>Wir Grüne halten viel vom Prinzip der Selbstverwaltung. Sie ist Ausdruck einer lebendigen Bürgergesellschaft, in der der Staat zwar die notwendige Gewährleistung für die Gesundheitsversorgung übernimmt, ihre konkrete Ausgestaltung aber den gesellschaftlichen Akteuren überlässt. Vor diesem Hintergrund haben auch die Sozialwahlen eine wichtige Funktion. Das verbreitete Desinteresse an den Sozialwahlen zeigt aber, dass es hier großen Reformbedarf gibt. Bisher wird die Selbstverwaltung fast ausschließlich durch Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände bestimmt. Zu wirklichen Wahlen kommt es häufig überhaupt nicht, denn meistens haben sich die anretenden Gruppen vorher abgesprochen, mit dem Resultat, dass nur so viele Kandidaten auf den Listen stehen, wie Sitze zu besetzen sind. Wir wollen der Selbstverwaltung und den Sozialwahlen wieder Leben einhauchen. Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sollen auch Kandidaten benennen können. Kandidaturen von Einzelpersonen müssen möglich sein. Die „Friedenswahlen“ müssen durch richtige Wahlen ersetzt werden.</p>
<p>Wir befürworten im Sinne der Qualitätssicherung einen Wettbewerb zwischen verschiedenen Kassen. Auch wenn die Anzahl der Krankenkassen in Deutschland in den letzten zwanzig Jahren deutlich gesunken ist, bleibt auch heute noch zu hinterfragen, ob für einen Wettbewerb um die beste Versorgung der Versicherten 156 Krankenkassen notwendig sind.</p>	<p>Ja, weil nur Wettbewerb garantiert, dass den Versicherten ein möglichst optimales Preis/Leistungsverhältnis angeboten wird. Jeder Versicherte muss die freie Wahl haben, sich die für ihn passende Krankenkasse mit für ihn individuellen Tarifen nach seinen Bedürfnissen auswählen zu können. Ohne Wettbewerb wird dies nicht möglich sein.</p>	<p>Der Kassenwettbewerb kann einen wichtigen Beitrag zu mehr Qualität, Versichertenorientierung und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen leisten. Die Zusammenlegung der Krankenkassen zu einer Einheitskasse oder zu wenigen Großkassen wäre keine vernünftige Alternative, denn damit würden die Anreize zu mehr Qualität und Versichertenorientierung geschwächt, ohne dass es zu Einsparungen käme. Gerade sehr große Organisationen neigen erfahrungsgemäß zum Bürokratie-Wachstum. Umgekehrt scheint uns eine prozentuale Deckelung des für Verwaltungsausgaben auszubehenden Finanzanteils unter Berücksichtigung der gegebenen Aufgaben notwendig.</p>
<p>Nach Vorhersagen des Rheinisch-Westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung und der Commerzbank wird es auch dieses Jahr eine Privatisierungswelle geben. Eine ausschließlich ökonomiezentrierte Umstrukturierung birgt Risiken wie eine Änderung des Personalbudgets (z. B. wegfallende Wiederbesetzungen, Outsourcing), die Verkürzung von Vertragslaufzeiten, zunehmende Eingriffe in die klinischen Entscheidungen der Ärzte oder die gezielte Ausgliederung von nicht interessant erscheinenden (personalintensiven) Fachbereichen. Das privaten Einrichtungen dem Grunde nach angelegte Primat der Ökonomie gegenüber der Medizin kann die Qualität der gesundheitlichen Versorgung zulasten der Patienten verändern. Wir sprechen uns vor diesem Hintergrund gegen weitere Privatisierungen aus und setzen vorrangig auf Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher und freigemeinnütziger Trägerschaft.</p>	<p>Nein, die Qualität ist grundsätzlich nicht davon abhängig, ob die Krankenhäuser in der Trägerschaft der Privaten, der Wohlfahrtspflege oder der Kommunen sind. Allerdings sind die Kommunen unseres Landes häufig finanziell überfordert, Krankenhäuser zu unterhalten.</p>	<p>Wir wollen eine Trägervielfalt. Öffentliche Krankenhäuser sollen sich neben freigemeinnützigen und privaten Krankenhäusern behaupten können. Das setzt allerdings voraus, dass sie von der öffentlichen Hand auch die notwendigen Finanzmittel erhalten, um im Wettbewerb insbesondere mit den privaten Häusern bestehen zu können. Die zunehmende Privatisierung im Krankenhaussektor hängt vor allem damit zusammen, dass die Länder ihrer Investitionsverantwortung nicht ausreichend nachkommen. Anders als private Krankenhäuser, die sich privates Kapital besorgen, können öffentliche Krankenhäuser die entstehenden Investitionslücken nicht aus eigener Kraft schließen. Wichtig bei der Trägervielfalt zu beachten ist, dass Menschen die vergleichbare Arbeit leisten, unabhängig vom Krankenträger den gleichen Lohn erhalten.</p>

	CDU	Die Linke
Was halten Sie von einem einheitlichen Branchentarifvertrag aller Krankenhäuser?	Ein einheitlicher Branchentarifvertrag wäre das falsche Signal. Mit der unterschiedlichen Trägerschaft von Krankenhäusern sind auch unterschiedliche Tarifverträge verbunden.	DIE LINKE setzt sich generell für einheitliche Tarifverträge ein. Dies gilt natürlich auch für alle Krankenhäuser. Der Flächentarifvertrag begründet für alle Beschäftigten einer Branche gleichen Lohn für gleiche Arbeit. Für jedes Unternehmen, also auch für Krankenhäuser, bieten gleiche Löhne und Gehälter auch gleiche Wettbewerbsbedingungen oder besser gleiche Kostenstrukturen. Insbesondere treten wir in Sachsen-Anhalt konsequent für Existenz sichernde Einkommen ein, das gilt auch für das Krankenhauspersonal. Gleiche Arbeit sollte überall gleich gut entlohnt werden. Dies gilt ebenso für eine Ost-West-Angleichung.
Gibt es einen Ärztemangel in Sachsen-Anhalt?	Einen flächendeckenden Ärztemangel gibt es in Sachsen-Anhalt nicht. Allerdings gibt es Regionen, die von Unterversorgung bedroht sind, und es gibt Regionen, wie beispielsweise der Saalekreis, wo es punktuell schon Unterversorgung gibt.	Ja. Besonders im ländlichen Raum ist die hausärztliche Versorgung zunehmend problematisch und die Facharztversorgung sehen wir defizitär.
Glauben Sie an einen Zusammenhang zwischen ärztlicher Gesamtvergütung und ambulanter Patientenversorgung?	Einen Zusammenhang zwischen ärztlicher Gesamtvergütung und ambulanter Patientenversorgung sieht die CDU Sachsen-Anhalt nicht. Wir befinden uns hier auf einem hohen Niveau. Einen Vergleich brauchen wir nicht zu scheuen.	Da sich die Gesamtvergütung aus Faktoren ergibt, die mit dem Leistungsumfang im ambulanten Bereich zu tun haben, gibt es sicher auch einen Zusammenhang zwischen ärztlicher Gesamtvergütung und ambulanter Versorgung. Inwieweit dabei demografisch bedingte Morbiditätsfaktoren ausreichend Beachtung finden und inwiefern sie sich direkt auf die ambulante Versorgung auswirken, ist angesichts gewachsener Strukturen schwer feststellbar aber sicher keine Frage des Glaubens.

SPD	FDP	Grüne
<p>Tarifverträge sind grundsätzlich Sache der Tarifparteien.</p>	<p>Wir stünden einem einheitlichen Branchentarifvertrag skeptisch gegenüber, da diese aufgrund der unterschiedlichen Trägerschaft auch sehr unterschiedliche tarifliche Situationen haben.</p>	<p>Wir halten sehr viel von einer solidarischen Tarifpolitik, die das Ziel hat, für alle Beschäftigten in den Krankenhäusern Verbesserungen zu erkämpfen. Allerdings müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass die Tarifpluralität zwischen den Krankenhäusern, vor allem aber zwischen den verschiedenen Berufsgruppen inzwischen Realität ist. Die Entwicklungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass sich einige Berufsgruppen – darunter vor allem viele Ärzte – durch die Einheitsgewerkschaften nicht mehr ausreichend vertreten fühlen und begonnen haben, eigenständig Tarifverhandlungen zu führen. Damit nehmen sie ihr grundgesetzlich geschütztes Recht auf Koalitionsfreiheit wahr. Diese Entwicklung wird sich nicht mehr einfach zurückdrehen lassen. In Zukunft wird es deshalb darauf ankommen, dass die verschiedenen Gewerkschaften an einem Strang ziehen und miteinander kooperieren. Das ist in einigen Bereichen und Berufsgruppen im öffentlichen Dienst, bei den Eisenbahnern und auch bei den Journalisten bereits der Fall. Das erhoffen wir uns auch von den DGB-Gewerkschaften, dem Beamtenebund und den Berufsgewerkschaften im Krankenhausbereich. Einen Branchentarifvertrag der garantiert, dass Menschen die vergleichbare Arbeit leisten unabhängig vom Krankenträger den gleichen Lohn erhalten, halten wir für sehr erstrebenswert und für eine Frage der sozialen Gerechtigkeit.</p>
<p>Von einem allgemeinen Ärztemangel kann in Sachsen-Anhalt nicht gesprochen werden. Ein Nebeneinander von Über- und Unterversorgung mit regional unterschiedlicher Ausprägung findet sich hier wie in anderen Bundesländern. Während städtische Räume überwiegend gut bis sehr gut versorgt sind, bestehen in ländlichen Räumen teilweise Versorgungsengpässe, die übermäßige Wartezeiten für Patienten und übermäßige Mehrarbeit für Ärzte zur Folge haben. Einer Überversorgung im fachärztlichen Bereich steht dabei zumeist eine eher knappe Versorgung im hausärztlichen Bereich gegenüber. In Zukunft wird die ungünstige Alterssituation der niedergelassenen Hausärzte, vornehmlich im ländlichen Raum zu Versorgungsschwierigkeiten führen. Zwar ist die hausärztliche Versorgung nach der Bedarfsplanung formal annähernd bedarfsgerecht, dennoch haben (immobiler ältere) Patienten bereits heute längere Wege oder Wartezeiten zurückzulegen.</p>	<p>Bei einzelnen Fachärzten gibt es bereits jetzt einen Mangel, selbst wenn man eine Betrachtung auf die gesamte Landesfläche anstellt. Bei der Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte gibt es jedoch eine regional so unterschiedliche Verteilung, dass sich tatsächlicher oder gefühlter Mangel einerseits und fast unwirtschaftliche Situationen für die Ärzte andererseits gegenüberstellen.</p>	<p>In Sachsen-Anhalt gibt es keinen Ärztemangel. Vielmehr gibt es spezifische Versorgungslücken in ländlichen Regionen. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN engagieren sich daher für eine flächendeckende medizinische Versorgung.</p>
<p>Weder ärztliche Gesamtvergütung, noch ambulante Versorgung haben etwas mit Glauben zu tun. Ich sehe allerdings einen Zusammenhang.</p>	<p>Nein, weil eine höhere Gesamtvergütung nicht automatisch zu einer leistungsgerechten Bezahlung ärztlicher Leistungen und einer Verbesserung der ambulanten Patientenversorgung führt. Die jeweilige Verteilung der Vergütung auf die Facharztbereiche und die Ärzte durch die KV spielt darüber hinaus auch eine Rolle.</p>	<p>Dass in wohlhabenden Regionen nachweislich mehr Ärztinnen und Ärzte praktizieren, als in sozial benachteiligten Landstrichen ist kein Zufall. Hier machen sich die besseren Verdienstmöglichkeiten bemerkbar. Deshalb halten wir den mit der vorletzten Honorarreform gefassten Beschluss, in unterversorgten Regionen die Honorare anzuheben und dafür in überversorgten Regionen zu senken, auch grundsätzlich für sinnvoll. Allerdings trauen sich die Ärzteverbände und auch Bundesregierung nicht an die Umsetzung dieses Beschlusses heran und rudern zurück, weil sie wissen, dass sie damit zusätzliche Unruhe unter den Ärzten in wirtschaftlich wohlhabenden Bundesländern auslösen werden. Allerdings muss auch angemerkt werden, dass zumindest ab einer zufriedenstellenden Einkommenshöhe andere Kriterien wie Arbeitszeiten oder Notdienstregelungen bei einer Niederlassungsentscheidung an Gewicht gewinnen.</p>

	CDU	Die Linke
Trauen Sie der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) langfristig zu, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen?	Die Kassenärztliche Vereinigung hat in der Vergangenheit ihren Sicherstellungsauftrag gut erfüllt. Wir gehen davon aus, dass sie – auch in schwierigeren Zeiten – diesen Auftrag weiterhin gut erfüllen wird. Dabei wird sicherlich der eine oder andere neue Weg beschritten werden müssen. Die KV wird ihren Auftrag voll erfüllen.	Ja. Die KVSA erfüllt seit Langem den Sicherstellungsauftrag aus unserer Sicht mehr oder weniger erfolgreich. Ihre Bemühungen um neue Formen und ihre Einsicht in Notwendigkeit und Nutzen von Filialpraxen oder – wie es früher hieß – Zweigstellensprechstunden zeugen vom nötigen Problembewusstsein. Die Herausforderungen der demografischen Entwicklung werden sicher eine weitere Öffnung für neue Wege und Herangehensweisen notwendig machen, die Kassen, KVSA und Land zusammen entwickeln und gehen sollten.
Wie viel Leitstellen benötigt ein modernes Rettungswesen in Sachsen-Anhalt?	Keine Angaben.	Fünf bis sieben.
Sollte die Anwendung von Europarecht und Wettbewerb im Rettungswesen vermieden werden?	Wir können uns nicht gegen das Europarecht stellen und werden dementsprechend auch in der nächsten Legislaturperiode ein wirkungsvolles und dem Europarecht angepasstes Rettungsdienstgesetz auf den Weg bringen. Wir dürfen allerdings nicht vergessen, dass Arbeitsplätze in Sachsen-Anhalt auch für das Beitragseinkommen der Krankenkassen im Land sorgen. Diesen Spagat gilt es zu meistern.	Wir sehen den Rettungsdienst als eine Aufgabe der Daseinsvorsorge und halten insofern die Einführung von Bedingungen des Wettbewerbsrechts in der europarechtlichen Stringenz für sehr problematisch.
Ist es notwendig, dass die Gesamtkosten der Einführung des Digitalfunks bekannt sind und deren Verteilung auf Kommunen, Land und Krankenkassen geeint ist, bevor sie Verhandlungsgegenstand der KLN werden?	Es muss selbstverständlich sein, dass die Kosten für den Digitalfunk bekannt sind, damit diese auch entsprechend in den Kalkulationen berücksichtigt werden können.	Wichtig wäre unseres Erachtens, dass die Strukturen weitgehend geklärt sind (z. B. Zahl der Leitstellen) und generell Vorstellungen über die Größenordnungen der Finanzierung bestehen. Die Einzelheiten der Verhandlungsprozesse sind jedoch nicht Gegenstand von Landespolitik. Sie kann lediglich die Rahmenbedingungen gestalten.
Hat sich die Übertragung des Sicherstellungsauftrages auf die KVSA bzgl. der notärztlichen Versorgung im Rettungsdienst bewährt?	Zum Teil. Es haben sich auch nicht alle Krankenhäuser aus der notärztlichen Versorgung zurückgezogen. Die Ergebnisse und Erfahrungen werden wir bei der Novellierung entsprechend einfließen lassen.	Da sich aus unserer Sicht die notärztliche Versorgung nicht verbessert hat, sie aber letztlich gesichert wurde, ist eine Bewertung der Bewährung oder Nicht-Bewährung durch uns nicht möglich.
Hat sich die vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt bisher bewährt?	Die vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt ist ein Paradebeispiel, wie man vorhandene effiziente Strukturen für die Versorgung pflegebedürftiger Personen nutzen kann, ohne unnötige Doppelstrukturen aufzubauen. Hier zeigt sich, dass die Akteure im Land im Sinne der Versorgung der Pflegebedürftigen an einem Strang ziehen.	Uns sind keine nachteiligen Bewertungen bekannt. Aus unserer Sicht ist nicht die Schaffung neuer Strukturen (Pflegestützpunkte) ausschlaggebend, sondern die Qualität, Unabhängigkeit und Erreichbarkeit der Beratung. Wenn dies mit vernetzten Beratungsangeboten erreicht werden kann, ist dies in Ordnung.

SPD	FDP	Grüne
<p>Bis jetzt kommt die KV ihrem Auftrag nach. Sollte dies nicht mehr der Fall sein, müssen neue Überlegungen angestellt werden.</p>	<p>Der Sicherstellungsauftrag ist originäre Aufgabe der KVSA. Sie haben ihn bisher erfüllt und sollten auch in Zukunft dazu in der Lage sein, auch wenn sie ggfs. die Rahmenbedingungen anpassen muss.</p>	<p>Die spezifischen Versorgungslücken in Sachsen-Anhalt, etwa im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte auf dem Land, oder der Kostenanstieg bei den Notdiensten lassen hier zumindest Zweifel aufkommen.</p>
<p>Drei bis fünf Leitstellen werden gutachterlich bestätigt als ausreichend angesehen.</p>	<p>Theoretisch benötigen wir nur drei, aufgrund der Entwicklung in den letzten fünf Jahren wird es wohl, aufgrund der integrierten Leitstellen, bei einer pro Landkreis bleiben.</p>	<p>Fünf.</p>
<p>Das Europarecht hat Gültigkeit und kann nicht umgangen werden. Es ist allerdings darüber zu diskutieren, ob die Notfallrettung im Sinne der allgemeinen Daseinsvorsorge dem allgemeinen Wettbewerbsrecht unterliegt.</p>	<p>Nein, auch im Rettungswesen ist Wettbewerb die einzige Möglichkeit, die Kosten und die Leistung unter der Voraussetzung der Einhaltung definierter vereinbarter Qualitätsstandards so effizient wie möglich zu gestalten.</p>	<p>Die Rechtsprechung bewegt sich zunehmend dahin, dass sich die Vergabe von Rettungsdienstleistungen am EU-Recht orientieren muss. Das heißt insbesondere, dass ein Vergabeverfahren zu erfolgen hat. Das ist nicht per se problematisch. So können Ausschreibungen zu mehr Transparenz beitragen und auch Anreize für mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit setzen. Voraussetzung ist allerdings, dass bei der Auswahl unter den jeweiligen Anbietern auch Qualitätsstandards berücksichtigt werden. So sind eine gute Ortskenntnis und die Zusammenarbeit insbesondere mit den Krankenhäusern vor Ort und dem Katastrophenschutz zu fordern. Das Land ist gefordert, in das Rettungsdienstgesetz entsprechende Vorgaben aufzunehmen.</p>
<p>Die Gesamtkosten des Digitalfunks sind lediglich innerhalb eines bestimmbar Rahmens definierbar. Hieraus ergibt sich auch, dass eine bereits vor den Verhandlungen über Kosten-Leistungs-Nachweise vereinbarte, prozentuale Kostenübernahmeregelung zwischen Land, Kommunen und Krankenkassen definierbare Kostenrisiken mit sich bringt.</p>	<p>Ja, es ist immer wichtig, dass alle Kostenfaktoren bekannt sind, bevor es zu solchen Verhandlungen kommt.</p>	<p>Selbstverständlich müssen die Kosten für die Einführung des Digitalfunks offengelegt werden und es muss eine transparente und sachgerechte Aufteilung zwischen den Kostenträgern gefunden werden.</p>
<p>Die Sicherstellung für die notärztliche Versorgung generell kann, muss aber nicht bei der KV bleiben. Der Auftrag könnte auch von anderen Leistungserbringern oder -verpflichteten übernommen werden.</p>	<p>Grundsätzlich ja. Die Kostensteigerungen in diesem Bereich sind eher auf andere Faktoren zurückzuführen, wie der Erhöhung der qualitativen Anforderungen. Unabhängig von der Stelle, die die notärztliche Versorgung sicherstellt, sind deutliche Kostenreduzierungen nur durch Qualitätsminderungen zu erzielen, was die Liberalen ablehnen.</p>	<p>In Anbetracht des Kostenanstiegs bei der notärztlichen Versorgung und den spezifischen Versorgungslücken in manchen ländlichen Regionen, muss dies zumindest in Zweifel gezogen werden.</p>
<p>Die vernetzte Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt hat sich bewährt, gewährleistet sie doch eine gute Koordinierung der Beratungsangebote und der Hilfs- und Unterstützungsmöglichkeiten im Interesse der Bürger.</p>	<p>Bisher ja. Es wurde dadurch vermieden, dass es zum Aufbau von Parallelstrukturen kommt, die Kosten und Aufwand steigern würden. Zudem hat die Evaluation des Modellprojekts nahegelegt, dass die vernetzte Pflegeberatung den Anforderungen nach SGB XI vollauf gerecht wird.</p>	<p>Da dieses Modell erst 2010 eingeführt wurde, lässt sich dies zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht beurteilen. Hier sind die Evaluationsergebnisse abzuwarten.</p>

Interview mit Minister Bischoff

Der ministerielle Rückblick auf die Gesundheitspolitik in Sachsen-Anhalt



Norbert Bischoff, Minister für Gesundheit und Soziales in Sachsen-Anhalt

▼ **Herr Bischoff, die Legislaturperiode neigt sich dem Ende zu. Was waren die Highlights Ihrer bisherigen Amtszeit?**

▲ Ein Highlight ist sicherlich das Stipendienprogramm für Medizinstudierende gemeinsam mit der AOK Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung: Medizinstudierende entscheiden sich dank der finanziellen Unterstützung für eine Niederlassung in einer unterversorgten Region in Sachsen-Anhalt.

Für ebenso vielversprechend halte ich das Modellprojekt „Vernetztes Versorgungszentrum“ als weiteren Baustein zur Stabilisierung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Kern dieses Projektes ist, dass unter dem Dach der Kassenärztlichen Vereinigung Praxen errichtet werden, in denen fachübergreifend abwechselnd mehrere vertragsärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte praktizieren können. Denn nur wenn die erforderlichen Versorgungsstrukturen vorhanden sind, können Patientinnen und Patienten flächendeckend gut und angemessen behandelt werden.

▼ **Wie klappt aus Ihrer Sicht die Zusammenarbeit mit den Verbänden der Krankenkassen? Was könnte besser laufen?**

▲ Die Verbände der Krankenkassen, die hier im Land vertreten sind, sind mir jederzeit wichtige Ansprechpartner, um gesundheitspolitische Fragestellungen zu diskutieren und für die Bürgerinnen und Bürger gute medizinische Versorgungsstrukturen zu schaffen. Allerdings erlebe ich leider auch, dass die Unterschiede, die sich aus der Zuordnung der Krankenkassen als landes- bzw. bundesunmittelbare Versicherungsträger ergeben, auch hemmend sein können, wenn es darum geht, regionale Lösungen für regionale Versorgungsprobleme zu finden. Deshalb würde ich es begrüßen, wenn jede Kassenart auf Landesebene einen Bevollmächtigten bestimmen würde, der mit Abschlussbefugnis für gemeinsam und einheitlich zu treffende Entscheidungen und Verträge ausgestattet ist und wenn alle Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern mit Auswirkungen auf das landesbezogene Versorgungsgeschehen – unabhängig von der aufsichtsrechtlichen Zustän-

digkeit für die Kassen – dem Land zur Prüfung vorzulegen sind.

▼ **Das Rettungsdienstgesetz wurde aktuell einem Gesetzgebungsverfahren unterzogen. Hierdurch ist der Wettbewerb über Ausschreibungen für zunächst drei Jahre ausgesetzt worden. Werden wir danach wieder Ausschreibungsverfahren – gemäß Europarecht – erleben, oder wird das Ministerium auf eine Kommunalisierung dieser Leistungen setzen?**

▲ Mit dem am 8.12.2010 in Kraft getretenen Änderungsgesetz sind nur diejenigen Genehmigungen für Leistungserbringer um drei Jahre, bis 31.12.2013, verlängert worden, die bis Ende 2010 ablaufen. Bei mehr als der Hälfte der Landkreise sind infolge von Ausschreibungen in den Jahren 2008 oder 2009 jedoch Genehmigungen erteilt worden, die bis 2014 oder 2015 gültig sind. Deswegen greift für diese Landkreise die gesetzliche Regelung nicht. Eine Aussetzung öffentlicher Ausschreibungen findet für sie somit nicht statt.

Nur für die übrigen Landkreise und für die kreisfreien Städte kann das Änderungsgesetz Bedeutung haben. Aber auch bei ihnen sind vielfach Ausschreibungen eingeleitet oder durchgeführt worden. Teilweise ist wegen gerichtlich anhängiger Rechtsstreitigkeiten eine Beauftragung von Leistungserbringern mittels Genehmigung noch nicht erfolgt. Letztlich wird das Änderungsgesetz dazu führen, dass nur wenige kommunale Träger des Rettungsdienstes zu einer Aussetzung öffentlicher Ausschreibungen kommen.

Ob es für die Beauftragung für Leistungserbringer nach 2013 zu öffentlichen Ausschreibungen nach dem Gesetz über Wettbewerbsbeschränkungen kommt, mit dem das Vergaberecht der EU umgesetzt worden ist, hängt davon ab, welche Entscheidung der Gesetzgeber in Sachsen-Anhalt für das Beauftragungsverfahren treffen wird.

Er hat die Wahl zwischen verschiedenen Verfahren, wie sie in den Bundesländern geregelt sind und die nicht alle zwingend eine Pflicht zur öffentlichen Ausschreibung nach dem Bundesgesetz auslösen. Es könnte z. B. im Gesetz selbst der Auftrag an die Organisationen im Rettungsdienst erteilt werden, die auch in der Katastrophenabwehr nach dem speziellen Landesgesetz zugelassen sind.



Eine weitere Variante ist, im Gesetz den gemeinnützigen Organisationen im Rettungsdienst durch Gesetz den Auftrag zu geben und ergänzend gewerbliche Unternehmen durch besondere Zulassung zu beauftragen. Eine Beauftragung z. B. nach dem sogenannten Konzessionsmodell zieht noch keine Ausschreibungspflicht nach dem Bundesgesetz nach sich.

Nur wenn ein Auftrag nach dem sogenannten Submissionsmodell erteilt wird, in dem der Träger des Rettungsdienstes mit dem Leistungserbringer einen Vertrag schließt und dessen Leistungen auch vergütet, ergibt sich eine Pflicht zur vorherigen öffentlichen Ausschreibung nach dem Bundesgesetz.

Bei der EU-Kommission gibt es allerdings Bestrebungen, auch Aufträge nach dem Konzessionsmodell dem EU-Vergaberecht zu unterwerfen. Ob dies verwirklicht und dann im Bundesgesetz umgesetzt wird, muss bei der Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in den nächsten Jahren natürlich berücksichtigt werden.

Das Ministerium wird nicht darauf setzen, dass die kommunalen Träger des Rettungsdienstes die Aufgabe durchweg selbst erfüllen. Schon nach dem jetzigen Gesetz ist die Aufgabe des Rettungsdienstes im eigenen Wirkungskreis der Landkreise und kreisfreien Städte, also ihrem Selbstverwaltungsbereich, angesiedelt. Nach dieser Rechtslage ist es im Ausnahmefall, also wenn besondere öffentliche Interessen bestehen, nicht ausgeschlossen, dass die Kommune den Rettungsdienst selbst durchführt. Es gibt Teile von Rettungsdienstbereichen, in denen die Kommune selbst Rettungswachen betreibt und somit Personal und Fahrzeuge dafür einsetzt (z. B. in kreisfreien Städten mit der Berufsfeuerwehr).

Es muss der enge Zusammenhang zur übergeordneten Gesamtaufgabe des Bevölkerungsschutzes, bestehend aus Rettungsdienst und Einsatz für den Massenfall an Verletzten oder Erkrankten sowie Mitwirkung in der allgemeinen Katastrophenabwehr, gesehen werden. Dabei ist es nicht sinnvoll, das Leistungsvermögen der im Rettungsdienst erfahrenen Organisationen zu vernachlässigen und sie allein auf die Mitwirkung beim Massenfall an Verletzten oder Erkrankten und in der allgemeinen Katastrophenabwehr zu beschränken.

▼ **Sie wissen, dass die GKV nicht glücklich mit dem neuen Krankenhausplan ist, den die Regierung jetzt verabschiedet hat. Neue psychiatrische Institutsambulanzen werden an Krankenhäusern errichtet, während der Sicherstel-**

lungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung in diesem Bereich negiert wird. Ist das ein Beispiel dafür, dass wir eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung brauchen?

▲ Für den Bereich der psychiatrischen Versorgung ist bereits seit Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen festzustellen. Die im neuen Krankenhausplan enthaltenen zusätzlichen tagesklinischen Plätze, die im Sinne einer gemeindenahen Versorgung zum Teil an neuen Außenstandorten etabliert werden sollen, wurden in der Vergangenheit wiederholt beantragt. Die Entwicklung der Leistungsdaten im psychiatrischen Bereich belegt eindeutig den erhöhten Versorgungsbedarf. Der im Krankenhausplanungsausschuss sowohl von den Vertretern meines Hauses als auch von den übrigen Beteiligten befürwortete Ausbau der psychiatrischen Behandlungskapazitäten wird von mir ebenso als notwendig und dringlich angesehen. Diese Kapazitätserweiterungen gehen zudem konform mit den Forderungen des Psychiatrieausschusses und wurden auch vom Sozialausschuss des Landtages von Sachsen-Anhalt in seiner Sitzung vom 1.12.2010 ausdrücklich begrüßt.

Insoweit handelt es sich nicht um psychiatrische Institutsambulanzen, und der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung wird hier deshalb auch nicht für den Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung negiert. Da hier insoweit auch keine Sektoren überwunden werden, hat diese Entscheidung auch zu der von mir geforderten künftigen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung keinen wirklichen Bezug.

▼ **Welche Instrumente brauchen die an der sektorenübergreifenden Planung Beteiligten, um ihre Planungsziele erreichen zu können?**

▲ Nach meiner festen Überzeugung bedarf es künftig nicht nur einer Koordinierung der Planungsgeschehen in der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung, sondern sie muss sogar sektorenübergreifend erfolgen. Dazu bedarf es eines geeigneten Gremiums. Die rechtliche Ausgestaltung wäre – in Abhängigkeit von den unterschiedlichen länderspezifischen Strukturen, z. B. in der Krankenhausplanung oder aufgrund divergierender Anforderungen zwischen Stadtstaaten und Flächenländern – durch Landesrecht zu regeln.

Daneben ist Folgendes zu beachten: Der Gemeinsame Bundesausschuss entwickelt gemäß § 92 Abs. 1 Ziffer 9 SGB V Kriterien für die Bedarfsplanung in der ambulanten Versorgung. Da die Kriterien direkten Einfluss auf die regionale Versor-

gung und im Sinne einer sektorenübergreifenden Betrachtung auch Auswirkungen auf den von den Ländern verantworteten stationären Planungsbe- reich haben können, ist eine angemessene Betei- lung der Länder an den Beratungen des G-BA zwingend. Dies begründet sich auch aus der Not- wendigkeit, die Schnittstellen der von den Ländern zu verantwortenden Kriterien für die Krankenhaus-

planung mit den Grundlagen der ambulanten Bedarfsplanung im Sinne einer sektorenübergrei- fenden Bedarfsplanung abzustimmen. Die Rah- menplanungsvorgaben sollen sich an Morbiditäts- indikatoren ausrichten. Ebenso können perspekti- visch auch vermehrt sektorenübergreifende Quali- tätsindikatoren als Erfolgskriterien mit einbezogen werden, sobald diese verfügbar sind.

Privatisierungstrend im Krankenhaus- sektor setzt sich fort

Struktur und Trägerschaften der Plankrankenhäuser befinden sich in einem erheblichen Wandel: Die Zahl der Krankenhäuser ging bundesweit von 1991 bis 2007 um 14 Prozent zurück.

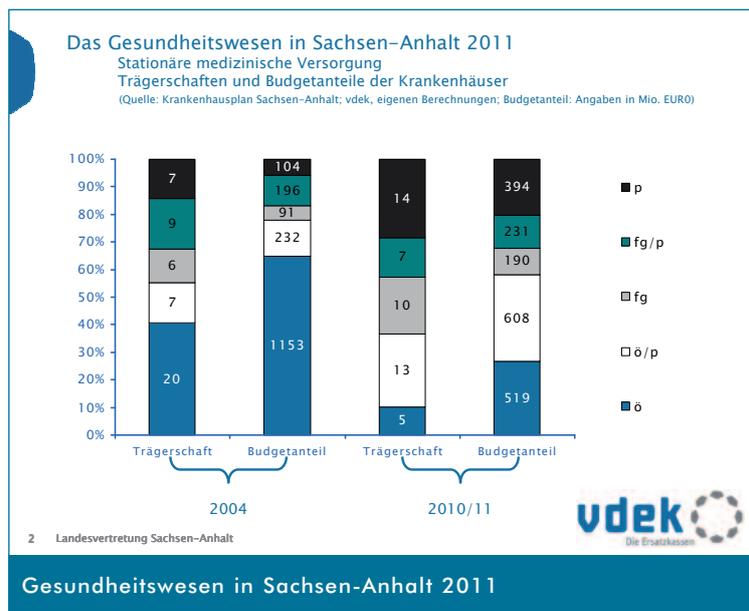
1991 waren in Sachsen-Anhalt im Krankenhaus- plan noch 72 selbstständige Krankenhäuser auf- geführt, 20 Jahre später sind es nur noch 49.

Diese Reduzierung ist primär durch Fusionen, Leis- tungskonzentration und die Aufgabe von Außen- standorten zu begründen.

Das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschafts- forschung (RWI) führt im Heft 52 zum Prozess der Privatisierung aus:

„Die Ökonomisierung des Gesundheitswesens und insbesondere des Krankenhausmarkts wird insbesondere an der Veränderung der Eigentüm- erstruktur der Krankenhäuser deutlich....“ (Siehe Quelle S. 8). „Die Verschiebung der Anteile an der Versorgung aller Krankenhauspatienten von öffentlichen und freigemeinnützigen hin zu Kran- kenhäusern in privater Trägerschaft ist Ausdruck des sich verändernden Marktes.... Nicht nur der wachsende Marktanteil privater Krankenhäuser und somit vermehrte Trägerwechsel sind bemer- kenswert, sondern auch die Marktkonzentration, d. h. die zunehmende Bedeutung von Zusammen- schlüssen von Krankenhäusern. Dabei sind insbe- sondere die Klinikketten in privater Trägerschaft zu nennen.“ (Siehe Quelle S. 10)

Quelle: RWI; Materialien Heft 52 · Autoren: B. Augurzky, A. Beivers, G. Neubauer, Chr. Schwierz;
Titel: Bedeutung der Krankenhäuser in privater Trägerschaft RWI Essen und IFG (Institut für Gesundheitsökonomie);
Ausgabe: Essen, 2009



Legende

- p** privater Träger (der Träger ist eine AG oder arbeitet in einer privaten Rechtsform)
- fg/p** freigemeinnütziger Träger in privater Rechtsform (für die Trägerschaft wurde eine private Rechtsform gewählt)
- fg** freigemeinnütziger Träger (der Träger ist ein kirchlicher Träger oder ein Wohlfahrtsverband)
- ö/p** öffentlicher Träger in privater Rechtsform (der Träger ist auch ein Landkreis oder eine Stadt, aber als Rechtsform wurde z. B. eine gGmbH gewählt)
- ö** öffentlicher Träger (der Träger ist ein Landkreis oder eine Stadt)

IMPRESSUM

Herausgeber:
vdek-Landesvertretung Sachsen-Anhalt
Schleiufer 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