

report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

2009: Fast 100 Millionen Euro mehr im Topf ...

FÜR DIE NIEDERGELASSENEN ÄRZTE in Mecklenburg-Vorpommern wird es im nächsten Jahr einen kräftigen Honorarzuwachs geben. Aufgrund der neuen gesetzlichen Regelungen durch das GKV-Weiterentwicklungsgesetz (WSG) erhalten die Ärzte nach einer Hochrechnung der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung ein Plus von 99,5 Millionen Euro.

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Eine weitere Neuerung die das Gesetz brachte, ist – es gibt jetzt feste Eurowerte, weil es einen einheitlichen (Orientierungs)Punktwert gibt (3,5001 Cent), der für alle Krankenkassen gilt. Multipliziert mit der ebenfalls feststehenden Punktmenge für eine bestimmte medizinische Leistung ergibt das, wenn man so will, den „Preis der Ware“. Damit folgt die ambulante ärztliche Honorierung dem Grundsatz: Gleiches Geld für gleiche Leistung! Das ist auf das jetzt kommende neue System betrachtet folgerichtig, denn der Krankenkassenbeitrag ist ab dem ersten Januar nächsten Jahres für alle Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung gleich hoch. Dieser Beitrag fließt in einen „Gesundheitsfonds“ auf der Bundesebene, aus dem wiederum Zahlungen an die Kassen zurück fließen (siehe auch Seite 3).

Leider ist das aber nicht in allen Bereichen so. Zum Beispiel bei der Honorierung der Zahnärzte; dort müssen die Ersatzkassen deutlich höhere Honorare für die gleiche Leistung bezahlen als

In dieser Ausgabe:

- Ärzte: 100 Millionen Euro mehr im Topf
- Gesundheitsfonds: Zuweisungen klar
- Rehabilitation auf dem Vormarsch
- Pflegeheime: Bald transparent
- Gesundheitsreform – letzte Stufe: Up Platt!

beispielsweise die Allgemeine Ortskrankenkasse in Mecklenburg-Vorpommern. Machte das unter der Ägide, als die Krankenkassen noch selbst Verwalter der Beiträge waren, einen Sinn, weil man dadurch spezielle Leistungsanreize setzen konnte, so ist das unter dem alles gleich machenden Gesundheitsfonds eine absolute „ökonomische Fehlleistung“ (siehe auch Kommentar, Seite 2).

Sonderrückstellungen

Zurück zu den Ärzten. Natürlich gibt es immer, wenn ein neues System eingeführt wird und viel Geld zu verteilen ist, Streitigkeiten. Eine der Hauptfragen: Ist das Gesamthonorar, das die Ärzteschaft im nächsten Jahr erhalten soll, ein Budget, das auf jeden Fall ausgeschöpft werden kann? Diese Meinung vertreten die Ärztefunktionäre, die damit auch das Geld behalten wollen, das unter Umständen nicht benötigt wird (man beachte die oben erwähnte zusätzliche Aufstockung von fast 100 Millionen Euro).

Oder ist es eine Einzelleistungsvergütung mit einer Obergrenze, bei der nur der tatsächlich angefallene Behandlungsbedarf zu bezahlen ist? In diesem Fall hätte das nicht benötigte Honorarvolumen an die Krankenkassen und damit letztlich an die gesetzlich Versicherten zurückgezahlt werden müssen.

Zu diesen und anderen Punkten fand deshalb am 7. November 2008 ein fast 15-stündiger, kassenartenübergreifender Schiedsamtmarathon statt. In diesem Punkt kam das Schiedsamt zu einem beinahe salomonischem Urteil: Sollten einzelne Ärzte das ihnen zugewiesene Honorar (sogenannte Regelleistungsvolumen – RLV) nicht ausschöpfen, fließt das Geld in einen Sonderrücklagenfonds. Über die Verwendung dieser Gelder entscheiden die Vertragspartner, also Ärzte und Krankenkassen gemeinsam. Ursprünglich wollten die Ärzte allein entscheiden, was sie mit dem Geld machen. Nun können die Krankenkassen mitentscheiden, an welcher Stelle und für welche Leistungen diese „übrig gebliebenen Gelder“ ggf. verwendet werden sollen.

Hier bleibt es abzuwarten, ob sich beide Seiten vierteljährlich verständigen können oder ob wieder Streit ausbricht, der dann erneut von einem Schiedsamt entschieden werden müsste.

Höhere Preise werden aus Rückstellungen bezahlt

Die Mehrzahl der Leistungen werden aus der sogenannten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt. Einige Leistungen aber, die auf Modellvorhaben oder ähnlichen Verträgen beruhen

oder Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, wie zum Beispiel das ambulante Operieren oder in der Prävention, werden außerhalb dieser Gesamtvergütung honoriert.

Diese Leistungen habe meistens auch einen höheren Punktwert als die Leistungen der MGV, die mit dem Orientierungspunktwert (3,5001 Cent) vergütet werden. Das heißt: Wird eine bestimmte Leistung im Bereich Prävention, beispielsweise das Mammografie-Screening, mit einem höheren Punktwert (hier 3,8 Cent) belegt, dann wird der sich daraus ergebende finanzielle Mehrbedarf ebenfalls aus der Gesamtvergütung bezahlt. Der Mehrbedarf ist der Honoraranteil, der durch die Differenz zwischen dem Orientierungspunktwert und dem für diese Leistungen höheren Punktwert zustande kommt. Deshalb muss die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für alle diese Fälle von vornherein Rücklagenfonds bilden, die diesen finanziellen Mehrbedarf decken.

Sicherlich muss man hier an der einen oder anderen Stelle noch nachjustieren, da man nicht im Voraus exakt berechnen kann, wie groß dieser Mehrbedarf bei den einzelnen förderungswürdigen Leistungen sein wird.

Nun warten Krankenkassen und Ärzte gespannt, wie sich das Jahr 2009 unter diesen neuen Vorzeichen entwickeln wird. Eines ist aber klar: Das für nächstes Jahr zur Verfügung stehende Honorarvolumen ist so gut bemessen, dass es für die medizinische Versorgung der Menschen in Mecklenburg-Vorpommern mehr als ausreichend sein dürfte ...



Karl Nagel, Leiter der VdAK-Landesvertretung

DER KOMMENTAR

Honorartopf der Ärzte ist gut gefüllt!

Im nächsten Jahr verfügen die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern nach einer Hochrechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über zusätzliche fast 100 Millionen Euro an Honorargeldern im Vergleich zu 2007. Damit ist sichergestellt, dass die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern bei Erkrankungen durch die ambulante Medizin gut versorgt sein werden und diese Versorgung auch angemessen bezahlt wird.

Überhaupt beginnt ab 2009 honorartechnisch eine neue Zeitrechnung. Erstmals mussten alle Krankenkassenarten zusammen ein Honorarvolumen mit den Kassenärzten verhandeln. Und erstmals gibt es durch den einheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5 Cent das gleiche Honorar für die gleiche Leistung. Das ist konsequent, wurde dafür ja auch die Einnahmeseite vereinheitlicht – alle Mitglieder der GKV zahlen den gleichen Beitrag in den Gesundheitsfonds ein.

Leider wird diese Systematik nicht konsequent auch für den zahnärztlichen Bereich angewandt. Obwohl es für alle Kassen die gleichen Zuweisungen entsprechend des Geschlechts, des Alters und der Morbidität ihrer Versicherten aus dem Gesundheitsfonds gibt, bleiben die zwischen den Kassenarten unterschiedlichen Honorare für die Zahnärzte auf der Ausgabenseite bestehen. Die Ersatzkassen, die traditionell höhere Honorare zahlten, werden dadurch finanziell benachteiligt. Hier gilt es, den Gesetzgeber und die Politik erneut nachdrücklich auf diesen Missstand hinzuweisen, damit diese ungleiche Belastung der Versicherten schnellstens beseitigt wird!

Die Fonds-Arithmetik:

Pauschale + Zuschläge/Abschläge = Zuweisung!

Jetzt wissen es die Krankenkassen, oder vielleicht sollten wir besser sagen: Jetzt sollten es die Kassen wissen, welche Zuweisungen sie ab 2009 aus dem Gesundheitsfonds zu erwarten haben. Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat mit seinem Schreiben vom 14. November dieses Jahres die Fondsarithmetik veröffentlicht.

Vereinfacht gesagt: Ab dem 1.1.2009 erhalten die Krankenkassen zur Deckung ihrer Ausgaben für jeden Versicherten eine monatliche Grundpauschale, zu der geschlechts- und altersbedingte Zu- bzw. Abschläge berechnet werden, sowie im weiteren gegebenenfalls noch Zuschläge für bestimmte Erkrankungen bzw. Erwerbsminderung des Versicherten. Und schließlich gibt es da noch diverse Verwaltungskostenpauschalen, Pauschalen für die Durchführung von Satzungsleistungen sowie für strukturierter Behandlungsprogramme, gemeinhin als DMP-Programme bekannt. Und das alles als standardisierte Pauschalen, also auf den Durchschnitt bezogen. Alles klar?

Beispiele

Am besten man macht sich das Ganze an zwei Beispielen klar. Nehmen wir eine 40-jährige Frau, Diabetikerin ohne Komplikationen, die auch an einem Diabetes-DMP ihrer Kasse eingeschrieben ist und daran teilnimmt.

Die Grundpauschale beträgt für Frauen und Männer gleich: 185 Euro (genau: 185,6373). Zunächst erfolgt für diese Frau eine Einordnung in die Alters- und Geschlechtsgruppen (AGG). Danach gehört sie in die

AGG9, was einen Abschlag von 114,2041 Euro von der Grundpauschale zur Folge hat (vergl.: Übersicht). Verbleiben 71,4332 Euro. Dazu kommen aus dem Katalog der anrechnungsfähigen Krankheiten 66,1797 Euro für die Diabetes-Erkrankung, 15 Euro, dafür, dass ihre Kasse DMP-Programme entwickelt und betreibt sowie noch Verwaltungspauschalen in Höhe von 5,75 Euro. Genau genommen kämen jetzt noch Pauschalen für Satzungsleistungen und Anpassungen je Versicherten nach Bundesland hinzu, die wir hier jedoch vernachlässigen wollen. Zusammen würde die Krankenkasse für diese Frau monatlich ca. 158 Euro als Zuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Bleibt anzumerken, dass die Kasse zur Behandlung von eingeschriebenen DMP-Patienten zusätzlich 180 Euro (davon 125 Euro für ärztliche Leistungen) aus dem Fonds erhält.

Zweites Beispiel: 55-jähriger Mann, erwerbsunfähig, mit einem schweren, angeborenen Herzfehler. Dieser gehört in die AGG32, was einen Abschlag von 97,7195 zur Folge hat; verbleiben 87,92 Euro. Dazu kommen 205,76 Euro für die Erwerbsminderung, 220,20 Euro für den Herzfehler sowie die Verwaltungspauschalen von 5,75 Euro. Das macht zusammen eine monatliche Fondszuweisung von knapp 520 Euro.

Fonds soll Gerechtigkeit schaffen

Obwohl beide Beispiele sicher noch nicht vollständig sind, zeigen Sie doch die grundsätzliche Systematik der Fondszuweisungen.

Übrigens gibt es bei 18- bis 24-jährigen Frauen (-118,94 Euro) und bei 25- bis 29-jährigen Männern (-143,25 Euro) die größten Abschläge von der Grundpauschale. Betrachtet man des Weiteren die hohen Abschläge für junge, gesunde Versicherte der anderen Altersbereiche wird klar: Der Fonds soll insbesondere Kassen unterstützen, die viele ältere, kranke oder sogar multimorbide Versicherte in ihren Reihen und damit höhere Leistungsausgaben haben. Insofern soll er zu mehr Verteilungsgerechtigkeit beitragen und eine Risikoselektion verhindern.

Die Kassen müssen nun rechnen, ob sie anhand dieser Arithmetik und mit den ihnen bekannten Ausgaben für ihre Versicherten, bezogen auf deren Alter, Geschlecht und Krankheiten, mit den Fondszuweisungen klarkommen können.

Doch allzu weit wird sich verständlicher Weise keine Kasse vorwagen. Was wirklich passiert, werden wohl erst die ersten Monate nach „Echtstart“ des Fonds zeigen ...

		Zu-/Abschlag				Zu-/Abschlag	
Gruppe	Grundpauschale	185,6373 €		Gruppe	Grundpauschale	185,6373 €	
Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs)				Alters- und Geschlechtsgruppen (AGGs)			
AGG1	weiblich, Neugeboren, 2007	190,3711 €		AGG21	männlich, Neugeboren, 2007	267,4477 €	
AGG2	weiblich, 1-5 Jahre, 2007	-112,4219 €		AGG22	männlich, 1-5 Jahre, 2007	-97,9237 €	
AGG3	weiblich, 6-12 Jahre, 2007	-137,5572 €		AGG23	männlich, 6-12 Jahre, 2007	-118,2510 €	
AGG4	weiblich, 13-17 Jahre, 2007	-117,4527 €		AGG24	männlich, 13-17 Jahre, 2007	-132,2480 €	
AGG5	weiblich, 18-24 Jahre, 2007	-118,9378 €		AGG25	männlich, 18-24 Jahre, 2007	-141,8826 €	
AGG6	weiblich, 25-29 Jahre, 2007	-99,1303 €		AGG26	männlich, 25-29 Jahre, 2007	-143,2563 €	
AGG7	weiblich, 30-34 Jahre, 2007	-89,0316 €		AGG27	männlich, 30-34 Jahre, 2007	-139,3950 €	
AGG8	weiblich, 35-39 Jahre, 2007	-104,4581 €		AGG28	männlich, 35-39 Jahre, 2007	-135,6823 €	
AGG9	weiblich, 40-44 Jahre, 2007	-114,2041 €		AGG29	männlich, 40-44 Jahre, 2007	-130,2617 €	
AGG10	weiblich, 45-49 Jahre, 2007	-107,8181 €		AGG30	männlich, 45-49 Jahre, 2007	-124,9153 €	
AGG11	weiblich, 50-54 Jahre, 2007	-100,2070 €		AGG31	männlich, 50-54 Jahre, 2007	-109,4332 €	
AGG12	weiblich, 55-59 Jahre, 2007	-97,0883 €		AGG32	männlich, 55-59 Jahre, 2007	-97,7195 €	
AGG13	weiblich, 60-64 Jahre, 2007	-81,4576 €		AGG33	männlich, 60-64 Jahre, 2007	-68,7972 €	
AGG14	weiblich, 65-69 Jahre, 2007	-56,3224 €		AGG34	männlich, 65-69 Jahre, 2007	-38,6311 €	
AGG15	weiblich, 70-74 Jahre, 2007	-34,9555 €		AGG35	männlich, 70-74 Jahre, 2007	-12,9389 €	
AGG16	weiblich, 75-79 Jahre, 2007	-12,6233 €		AGG36	männlich, 75-79 Jahre, 2007	8,5950 €	
AGG17	weiblich, 80-84 Jahre, 2007	5,1793 €		AGG37	männlich, 80-84 Jahre, 2007	-0,3156 €	
AGG18	weiblich, 85-89 Jahre, 2007	18,7122 €		AGG38	männlich, 85-89 Jahre, 2007	1,2809 €	
AGG19	weiblich, 90-94 Jahre, 2007	9,4118 €		AGG39	männlich, 90-94 Jahre, 2007	-5,5134 €	
AGG20	weiblich, 95+ Jahre, 2007	-23,9286 €		AGG40	männlich, 95+ Jahre, 2007	-11,1939 €	

Geschlechts- u. Altersspezifische Zu- u. Abschläge aus dem Gesundheitsfonds Quelle: BMGS

Rehabilitation für Erwachsene auf dem Vormarsch: Jährlich steigende Auslastung seit 2000

MECKLENBURG-VORPOMMERN IST EIN REHA-LAND.

Mit insgesamt 67 überwiegend neu gebauten oder modernisierten Rehabilitationseinrichtungen und mit einer weitgefächerten Indikationspalette ist es ein Magnet nicht nur für die neuen Bundesländer und Berlin, sondern z. B. auch für die angrenzenden Länder Schleswig-Holstein und Niedersachsen. Ja sogar Patienten aus Bayern und Baden-Württemberg finden den Weg an die Mecklenburger-Seenplatte bzw. in die vielen neuen Reha-Einrichtungen entlang der Ostseeküste.

Steigende Auslastung

Das ist sicher auch ein Grund dafür, dass die Auslastung der Kliniken für Erwachsene seit Beginn der statistischen Erhebungen stetig gestiegen ist. So lag diese im Jahr 2000 durchschnittlich bei knapp 64 Prozent. Nur sieben Jahre später erreicht sie ihre bisher höchste Quote von fast 86 Prozent (vergleiche Diagramm). Zählt man die bei einigen Fällen notwendigen Begleitpersonen hinzu, werden fast 90 Prozent erreicht. Das ist eine sehr gute Quote.

Für 2008 sind weiter steigende Anträge festzustellen, teilweise gibt es sogar für einige Indikationen und Kliniken wieder Wartezeiten.

Es wurden im Jahr 2007 insgesamt 75.000 Patienten behandelt, eine gewaltige Zahl und eine Steigerung gegenüber dem Vorjahr um 2,1 Prozent. Klar, dass dafür auch entsprechend geschultes ärztliches und pflegerisches Personal vorhanden sein muss. Die Reha-Branche ist in Mecklenburg-Vorpommern mit gut 3.600 Mitarbeitern, von denen über 500 Ärzte sind, mittlerweile einer der größten Arbeitgeber des Landes. Um den Versicherten die notwendige medizinische Hilfe zuteilwerden zu lassen, haben die Rentenversicherungsträger und Krankenkassen im Jahr 2007 ca. 218 Millionen Euro verwendet.

Meisten Patienten aus M-V

Der überwiegende Teil der Menschen, die in den Reha-Kliniken behandelt wurden, kommen nach der Krankenhausbehandlung als Anschlussrehabilitation aus dem eigenen Bundesland. Der Anteil liegt bei 37 Prozent, in den letzten drei Jahren mit leicht fallender Tendenz. Dafür haben Länder wie Berlin (Anteil 17 Prozent), Brandenburg (Anteil 9 Prozent), Sachsen-Anhalt und Nordrhein-Westfalen kontinuierlich zugelegt.

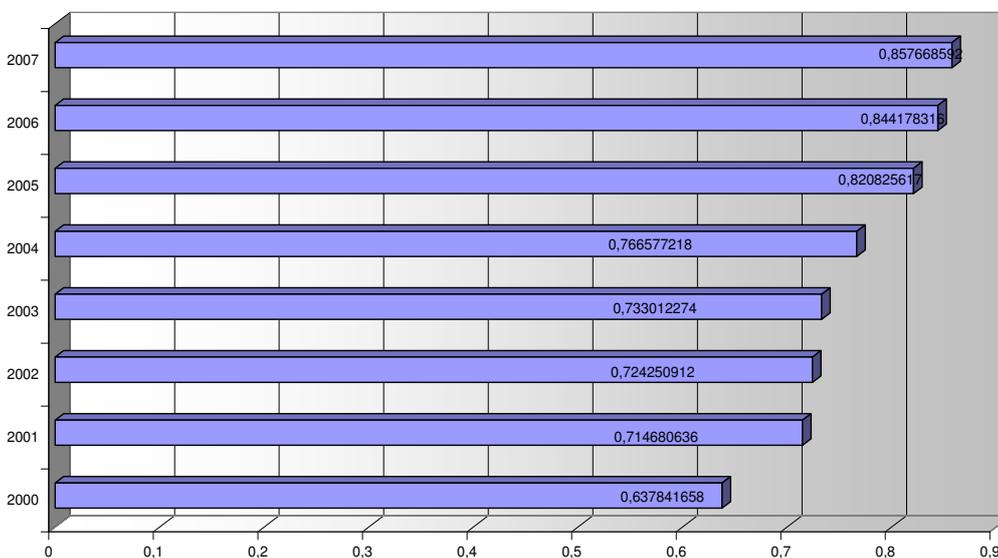
Obwohl Mecklenburg-Vorpommern mit seinen natürlichen Ressourcen wie Wasser, Wind und Luft auch ideal für die Rehabilitation von Atemwegs- und Hauterkrankungen ist, liegen bei den Erwachsenen

andere Indikationen an der Spitze. Den Hauptanteil machen orthopädische Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen des Nervensystems aus. Leider ist in den letzten Jahren auch bei den bösartigen Krebserkrankungen ein Anstieg zu verzeichnen.

Insgesamt haben die Versicherungsträger in 2007 in unserem Bundesland über 30.000 Anschlussheilbehandlungen sowie ca. 25.000 Reha-Maßnahmen für Erwachsene durchführen lassen. Allein diese Zahlen belegen das gewaltige Reha-Potenzial des Landes.

Auslastung Reha-Kliniken (Erwachsene) in M-V von 2000 bis 2007

(ohne Begleitpersonen, Quelle: VdAK)



Auswertung der Rehabilitationsstatistiken im Vergleich zu den Vorjahren

Mutter-Kind-Rehabilitation: Negativ-trend gebrochen

Bei den 22 Mutter-Kind-Kliniken wurde die rückläufige Tendenz der letzten Jahre gebrochen. Hatten gesetzliche Änderungen, aber vor allem der schmale Geldbeutel der Versicherer in den Jahren zuvor den Anteil der Mutter-Kind-Kuren stark zurückgehen lassen, so bewegt sich dieser Anteil zurzeit wieder auf die 75-Prozent-Marge zu. Es wurden über 30.000 Kinder und über 20.000 Mütter behandelt; darunter viele Ersatzkassen-versicherte.

Für 2008 ist übrigens die Zahl der Anträge noch weiter gestiegen.

In den 13 Kinderkliniken des Landes wurden 2007 weit über 7.000 Kinder behandelt. Zusätzlich der Begleitpersonen lag die durchschnittliche Auslastung bei 70 Prozent, obwohl es auch Kliniken gab, wo diese Quote über 80 Prozent lag. Insgesamt ist dies aber ein Zeichen, dass es einigen Nachholbedarf besonders bei den reinen Rehabilitationsmaßnahmen für Kinder gibt. Hier sind insbesondere die Krankenkassen gefragt, nach Ursachen zu forschen. Auf jeden Fall sollten die reinen Kinderrehabilitationsmaßnahmen nicht zugunsten der Mutter-Kind-Rehabilitation verdrängt werden.

Ambulant: Hauptsächlich orthopädische Fälle

Im Gegensatz zu den weit über 130.000 Patienten im stationären Reha-Bereich nehmen die 2.100 Patienten, die in Mecklenburg-Vorpommern ambulant rehabilitiert wurden, wahrlich nur einen sehr kleinen Raum ein. Dennoch ist diese Art der Rehabilitation für einige Menschen hervorragend geeignet, um zum Beispiel medizinische Heilbehandlung und berufliche Wiedereingliederung miteinander zu kombinieren. Deshalb sind auch die wenigen ambulanten Reha-Zentren in Mecklenburg-Vorpommern (u. a. Schwerin und Rostock) gut ausgelastet. Da die ambulante Rehabilitation überwiegend nach Unfällen am Stütz- und Bewegungsapparat und



Verletzungen von Gliedmaßen zum Einsatz kommt, ist es folgerichtig, dass die orthopädischen Indikationen über 80 Prozent der ambulanten Fälle ausmachen.

Qualitätssicherung: Schon lange kein Fremdwort

Qualitätssicherung wird bei den Reha-Einrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern groß geschrieben. Auf der Basis von Vereinbarungen zwischen den Versicherungsträgern und den Klinikverbänden zum Qualitätsmanagement auf der Bundesebene gibt es ein abgestuftes, arbeitsteiliges Verfahren zur externen Qualitätssicherung im Land. Eine verbesserte Qualität kommt in erster Linie den Versicherten zugute. Außerdem ermöglichen die Ergebnisse für die Kliniken, sich am Markt darzustellen.

In Mecklenburg-Vorpommern müssen alle Kliniken ihre ergriffenen Qualitätsmaßnahmen gegenüber den Kranken- und Rentenversicherungsträgern nachweisen. Diese beraten danach gemeinsam die gewonnenen Ergebnisse der Abfragen und der Besichtigungen und werten diese mit den jeweiligen Kliniken aus. Dies geschieht in Form eines sogenannten Qualitätsdialoges. Dabei treffen sich Klinikmanagement und Versicherungsträger sozusagen auf Augenhöhe und beraten die ermittelten Ergebnisse insbesondere in Hinblick auf eine Verbesserung des medizinischen Versorgungsangebotes, aber auch zu fachlichen bzw. organisatorischen Gesichtspunkten.

Antrittsbesuch bei neuer Sozialministerin

Sachliche Auseinandersetzung gefragt ...

Am 26. November 2008 trafen sich der Leiter der VdAK-Landesvertretung, Herr Nagel und sein Stellvertreter, Dr. Grübler, zum ersten Mal zum obligatorischen Antrittsbesuch bei der neu berufenen Sozialministerin Manuela Schwesig.

Um es gleich vorweg zu sagen: Das Gespräch, an dem außerdem Gesundheitsabteilungsleiter Dr. Hallauer teilnahm, verlief in einer aufgeschlossenen, sachorientierten Atmosphäre.

Zunächst erörterten die Kassenvertreter die Organisationsstruktur der Ersatzkassen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und die Aufgaben der Landesvertretung für ihre Mitglieds-kassen. Des Weiteren standen Themen wie die Auswirkungen des neuen Gesundheitsfonds für Mecklenburg-Vorpommern ab 2009, die Ärztesituation und die neuen Honorarzuwächse für die niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern sowie einige Probleme bei der Krankenhausplanung im Mittelpunkt.

Herr Nagel warb insbesondere dafür, dass man das Thema Zulassung von neuen Krankenhäusern sehr sensibel und möglichst im Konsens mit allen Planungsbeteiligten angehen muss.

Frau Ministerin Schwesig betonte angesichts der „lautstarken Polemik“ vieler Beteiligten im Gesundheitswesen, die sie seit ihrer Amtseinführung vernennen musste, dass sie einen „leiseren“, mehr sachlich geführten und auf die Bedürfnisse der Menschen abgestimmten Dialog zwischen den Beteiligten bevorzuge.

Einen breiten Raum im Gespräch nahm die Frage der Sicherung der ambulanten, ärztlichen Versorgung ein. Hierbei war man sich einig, dass man die guten Erfahrungen des Modellprojektes „Schwester Agnes“ in Mecklenburg-Vorpommern unbedingt umsetzen sollte. Allerdings fehlt zur Finanzierung noch ein entsprechender Beschluss des gemeinsamen Bewertungsausschusses auf der Bundesebene.

Ein dringendes Anliegen der Ministerin war die Sicherung von empfohlenen Schutzimpfungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), für die sie eine entsprechende Vereinbarung zwischen dem Ministerium und den Krankenkassen gern fortführen wollte, damit auch im nächsten Jahr breit angelegte Impfaktionen, z. B. in Kinder-einrichtungen oder Schulen, möglich wären. Hier versprachen die Ersatzkassenvertreter sich für eine beidseitig vernünftige Regelung einzusetzen.



Abschließend versprach die Ministerin weiterhin im gesundheitspolitischen Dialog zu bleiben und so zum Beispiel im ersten Quartal 2009 im gemeinsamen Landesausschuss der Ersatzkassen wichtige Fragen der medizinischen Versorgung mit den VdAK-Mitglieds-kassen zu erörtern.

Im gesundheitspolitischen Dialog:
Sozialministerin Manuela Schwesig und Karl Nagel (VdAK)

Finanzergebnis:

Leichtes Defizit kann aufgeholt werden

Die Ersatzkassen verzeichnen in den ersten drei Quartalen 2008 einen leicht defizitären Haushalt von 318 Millionen Euro. Allerdings sehen sie auch gute Chancen, den Haushalt übers Jahr gerechnet ausgeglichen zu halten.

Als eine wesentliche Ursache für das Finanzdefizit sind die steigenden Leistungsausgaben zu nennen, die sich pro Mitglied um gut vier Prozent erhöht haben. So gab es Steigerungen bei den großen Ausgabenblöcken wie der stationären Versorgung (+ 2,84 Prozent), der ambulanten ärztlichen Versorgung (+ 4,27 Prozent) und bei den Arzneimitteln (+ 4,77 Prozent). Aber auch bei den Fahrtkosten (+ 8,29 Prozent) und in der häusliche Krankenpflege (+ 15,51 Prozent) gab es deutliche Kostenerhöhungen. Demgegenüber ist auf der Einnahmenseite nur ein Plus von 1,55 Prozent je Mitglied zu verzeichnen.

Dennoch sehen die Ersatzkassen gute Chancen für ein ausgeglichenes Finanzergebnis am Jahresende. Denn im Ergebnis für die ersten drei Quartale dieses Jahres

sind noch nicht die rund 445 Millionen Euro Steuerzuschüsse berücksichtigt, die die Ersatzkassen im zweiten Halbjahr erhalten werden. Sie werden das Gesamtjahresergebnis positiv beeinflussen. Auch die im November bzw. Dezember anstehenden Einmalzahlungen (Weihnachtsgeld) dürften im Gesamtergebnis positiv zu Buche schlagen.

Die im Vergleich zum Vorjahr (+ 0,24 Prozent je Mitglied) verbesserte Grundlohnrate von + 1,55 Prozent je Mitglied könnte ein Indikator für die positive konjunkturelle Entwicklung der letzten beiden Jahre sein. So gesehen rechnen die Ersatzkassen für 2008 mit einem ausgeglichenen Finanzsaldo.

Diese solide Finanzpolitik und die konsolidierten Haushalte sind gute Voraussetzungen, damit die Ersatzkassen gut vorbereitet ins nächste Jahr starten können. Dann warten mit dem einheitlichen Gesundheitsfonds und der möglicherweise stärker werdenden finanziellen Rezession neue Herausforderungen.

KURZ GEMELDET

■ Arzneimittelkosten steigen weiter

Trotz aller Sparbemühungen klettern die Arzneimittelausgaben in Mecklenburg-Vorpommern weiter. In den ersten zehn Monaten des Jahres 2008 gaben die gesetzlichen Krankenkassen in Mecklenburg-Vorpommern für die Medikamentenversorgung ihrer Versicherten mehr als 554 Millionen Euro aus. Das sind 40,3 Millionen Euro mehr gewesen als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Im Bundesdurchschnitt stiegen die Arzneimittelkosten um 5,5 Prozent auf 21,3 Milliarden Euro.

■ Risikostrukturausgleich 2007: 18,5 Mrd. Euro verteilt

Nach Meldungen des Bundesversicherungsamtes wurden im Jahr 2007 zwischen den 227 am Verfahren teilnehmenden Krankenkassen insgesamt 18,5 Mrd. Euro über den Risikostrukturausgleich nivelliert. Das sind deutlich über eine Milliarde Euro mehr als noch im Vorjahr. Das Transfervolumen vom Rechtskreis West in den Rechtskreis Ost belief sich für 2007 auf insgesamt 4,3 Mrd. Euro.

■ Substitutionsbehandlung mit positiver Entwicklung

Die Substitutionsbehandlung heroin- und opiatabhängiger Menschen hat sich in den letzten Jahren als unverzichtbarer Bestandteil der medizinischen Therapie dieser Menschen entwickelt. In Deutschland sind mittlerweile 70.000 Menschen in diese Therapie integriert. Die Welt-Gesundheitsorganisation kommt in einer Auswertung verschiedener Studien zur Einschätzung, dass jeder Dollar, der in die Substitutionsbehandlung gesteckt wird, zu mehr als vier Dollar an Einsparung bei den Kriminalitätsfolgen führt. Zählt man die gesundheitlichen Folgekosten dazu, liegen die Einsparungen sogar bei bis zu 12 Dollar.

■ Präventionsbericht 2008 vorgelegt

Die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) haben den Jahrespräventionsbericht 2008 veröffentlicht. Für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung gaben die gesetzlichen Krankenkassen im Berichtsjahr (2007) knapp 300 Millionen Euro aus. Das sind 4,25 Euro je Versicherten – der bisher höchste Betrag. Der mittlerweile zum siebten Mal vorgelegte Bericht legt Rechenschaft darüber ab, was mit diesen Mitteln im Präventionsbereich finanziert wurde (im Internet: www.mds-ev.de).

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des VdAK/AEV
Werderstraße 74a · 19055 Schwerin
Telefon: 03 85 / 52 16-100 · Telefax: 03 85 / 52 16-111
Redaktion: Dr. Bernd Grübler · Verantwortlich: Karl L. Nagel

Liebe Leserinnen und Leser,

an dieser Stelle haben wir alljährlich immer einen Rückblick auf das vergangene Jahr sowie einen Ausblick auf das kommende gemacht.

In diesem Jahr wollen wir Ihnen eine literarische Kostbarkeit offerieren, die sich humorvoll-ironisch mit den inzwischen kaum noch zu zählenden Stufen an Reformen im Gesundheitswesen befasst. Wir haben diesen Text in einer mecklenburgischen Tageszeitung

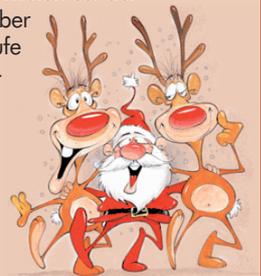
gefunden und dürfen diesen – auch mit der gütigen Erlaubnis des Verfassers – veröffentlichen. Dieser meint zudem, dass seine Darstellung damit auch endlich dort angekommen sei, wo sie u.a. hingehört – bei den Krankenkassen. Und der Text hat noch etwas Besonderes – er ist „up plattdütsch“, der herrlichen Mundart, pardon Sprache(!) unserer Heimat. Viel Vergnügen beim Lesen und keine Angst, auch „Schuhplattler“ werden den Sinn verstehen ...

Gesundheitsreform – letzte Stufe – Nah ein hochdütsch Vörlag – von Wolfgang Mahnke

Wi schriewen dat Jahr 2010. Dei Gesundheitsreform is afschluten. Vör dei Uptahm in ein chirurgisch Klinik drängen sick dei Patienten. Ein Fru in't best Öller ward upropen. Dei Dokter mustert sei kort un fröggt: „Worum sünd sei hier?“ „Gauden Morgen. Ick hew för dissen Dag einen Operationstermin un...“ „Oewerwiesung?“ „Hew ick hier.“ „Diagnos?“ „Sall ein chronisch Blindarmreizung sin. Mien Dokter hett seggt...“ „Dulle Weihdaag?“ „Gistern wier't kum uttauhol'n, in'n Ogenblick geht.“ „Iersten Stock, rechte Siet, Kabin 16, sei hebben ein Stunn Tied.“ „Ein Stunn, woför?“ „Eigenbehandlung. Ward nu so makt. Siebente Stufe der Gesundheitsreform.“ „Ick sall mi süßen behanneln?“ „Operier'n, leiw Fru, operier'n. Hebben sei all's mit?“ „Ja, all's wat dei Dokter mi updragen hett: Handdäuker, Laken, Seep...“ „Un wo sünd Mundschutz, Gummihandschau, scharp Schier, Neihnadel, Gorn?“ „Wotau sall ick dat mitbring'n?“ „Dat einfache Material un Instrumentarium is von'n Patienten tau stell'n, leiw Fru. Zweiter Abschnitt, fünfte Stufe der Gesundheitsreform.“ „Un wat sall ick nu maken?“ „Sei gahn nu in'n iersten Stock, rechte Siet, Kabin 16. Wi könn'n hier kein Tied verplempern. Mundschutz, Gummihandschau, scharp Schier, Neihnadel un Gorn nähmen's sick ut dat lütt Schapp näben den'n Operationsdisch. Oewer drägen's dat in't Bauk in. Wi warden sei dat in Räkning stell'n.“ „Ick sall mi den'n Buk uppschnieden?“ „Wenn sei dat dörch 'n Hals bäder könn'n, maken's dat so. Mi is't egal. Oewer nu man bäten Beielung. Hier möten an'n Dag 200 Patienten dörch. Dat geht üm

högere Utlastung. Dritte Stufe der Gesundheitsreform. Un nu man fix rup in'n iersten Stock, rechte Siet, Kabin 16.“ „Oewer ick hew doch noch nie nich...“ „Denn ward't Tied. Weckerein sall denn sei ehren Mann, sei ehr Kinner orer Öllern behanneln, wenn nich sei süßen? Dritte Phase, vierte Stufe der Gesundheitsreform. Un nu bäten dalli in'n iersten Stock, rechte Siet, Kabin 16.“ „Ick weit doch gornich, wat ick maken möt.“ „Uttrecken, duschen, desinfizier'n. Up dat Regal liggt ein Blatt ‚Wie betäube ich mich örtlich?‘ Sei maken all's so, as dat dor schräwen steiht. Dor näben liggt dat Handbauk ‚Grundwissen der Chirurgie‘. Blädern sei dat Kapitel ‚Blinddarm up‘. Dat Skalpell liggt in'e Schuw unner den'n Operationsdisch.“ „Un wenn wat passiert?“ „Wenn sei sick an dei Anweisungen holl'n, passiert nix.“ „Oewer wenn nu doch...“ „Denn griepen sei sick den'n Leitfaden ‚Erste Hilfe für alle Fälle‘, liggt ok up't Regal.“ „Wier't villicht nich doch bäder, wenn ein Dokter...“ „Ein wat? Hebben sei in'n Lotto wunn'n orer 'n Hümpel Geld up'e Sporkass? Ein'n Dokter kriegen's blot bi ein Gehirntransplantation, weil dorbi dei Patient schlicht süht, wat hei tau daun hett. Dor möten sei blot dei Instrumente taulangen. Fünfte Etappe, achte Stufe der Gesundheitsreform. Ein'n Dokter, doch nich bi'n Blinddarm, leiw Fru!“ „Oewer so ganz ahn Ahnung, dat geht doch nich!“ „Wenn sei würllich will'n, geht dat. Kieken's so'n Dokter, den'n sei gor nich könn'n un dei blot up sei ehr Geld scharp is, wat ward dei all helpen? Oewer sei, sei hebben doch dat gröttst Verlangen, hier wedder gesund rut tau kamen. Wenn sei oewer partu nich will'n, unnerschriewen's hier disse Verzichtserklärung. Man denn können sei unsen Service taukünftig nich mihr in Anspruch nähmen.“

„Nee, nee, ick will je. Dat is man, dat ick so nerviös bün. Wenn ick nu dornäben schnieden dau?“ „Süll dat passier'n orer dat sei ahnmächtig warden, drücken's vörher up den'n schwatzen Knop an't Koppend von'n Operationsdisch.“ „Kamen sei denn?“ „Ick kann hier doch nich weg. Nee, denn schalt sick ein Tonband in. Dor könn's denn sei ehr'n letzten Willn upspräken. Nah den'n Piepton hebben's akkerat 30 Sekunden Tied.“ „Wat heit mienen letzten Willen?“ „Je, leiw Fru, dat Läwen hett so sien Nücken, man möt mit all's räken. Wenn's noch könn'n, drücken sei up den'n roden Knop. Denn ward ein letzt Foto von sei makt, för dei Truergesellschaft. Sei möten oewer den'n Kopp 'n Ogenblick still holl'n. Krüzen sei denn up den'n Bestellschienen näben den'n roden Knop an, wo gröt dat Bild sin sall. Wi maken all's, von Passfoto bet Poster. In'n Momang kriegen sei sogor 10% Rabatt, wiel dat Geschäft gaud löppt. Oewer blot in'n lernstfall!“ „Ick weit nich recht; ick oewerlegg mi dei Sak noch eins.“ „Leiw Fru, will'n sei dormit seggen, dat sei blot simeliert hebben? Denn fall'n furts all uns' Vergünstigungen weg!“ „Oewer nich doch, üm Himmels Will'n, ick mein doch blot...“ „Nu oewer los! Sei hebben blot noch 52 Minuten Tied, denn kümmt all ein anner. Iersten Stock, rechte Siet, Kabin 16. Wenn all's gaud gahn is, möten sei dei Kabin ok noch sauber maken. Neunte Stufe der Gesundheitsreform. Un vergäten sei naher blot nich den'n Blinddarm bi mi aftaugäwen, süß taht dei Kass nich tau!“



Und, haben wir Ihnen zuviel versprochen? Damit dieses „Szenario“ nicht eintritt, dafür werden sich die Ersatzkassen und ihre Landesvertretung auch im nächsten Jahr einsetzen.

Wir wünschen Ihnen ein frohes, friedliches und besinnliches Weihnachtsfest sowie einen guten Start ins neue Jahr. Mit herzlichen Grüßen Ihre VdAK-Landesvertretung