

# report mecklenburg-vorpommern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

# ersatzkassen

## Gesundheitsreform 2006:

## **Zu teuer, zu bürokratisch, zu ungerecht!**

Mit dem sich in der Endphase des Gesetzgebungsverfahrens befindlichen sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetzes (WSG) will die große Koalition die gesetzliche Krankenversicherung gründlich reformieren. Eigentlich sind es gleich vier Reformwerke, die auf der Agenda von CDU/CSU und SPD stehen:

Eine Strukturreform, eine Organisationsreform, die Neuordnung der Finanzierung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung und eine Reform der privaten Krankenversicherung.

### **Gesundheitsfonds ist unsozial**

Kernstück ist die Einführung eines Gesundheitsfonds ab dem Jahr 2008, der aus den Beiträgen der Versicherten, der Arbeitgeber und aus Steuermitteln (zunächst 1,5 Mrd. Euro) gespeist werden soll. Die Höhe des Beitrages wird dann von der Bundesregierung festgesetzt und nicht wie bisher, von den Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen. Aus diesem Fonds sollen künftig alle Leistungen bezahlt werden. Die Krankenkassen erhalten entsprechend ihrer Mitgliederstruktur durchschnittliche ermittelte, pauschalisierte Zuweisungen. Sollten diese nicht ausreichen, müssen die Kassen direkt von ihren Mitgliedern einen sogenannten Zusatzbeitrag erheben. Dieser soll nach gegenwärtiger Lesart ein Prozent der Bruttoeinnahmen des Mitglieds nicht übersteigen.

Wahrscheinlich wird es gleich zu Beginn bei der Einführung des Fonds Kassen geben, die auf-

### **In dieser Ausgabe:**

- Kritik an Gesundheitsreform
- Steuerzuschuss als Mogelpackung
- Gesundheitspolitik im Koalitionsvertrag
- Situation der Reha-Kliniken im Land
- Grußwort zum Jahreswechsel

grund ihrer Versichertenstruktur diesen Beitrag erheben müssen. Oder anders ausgedrückt: Die Mitglieder zahlen die Zeche!

Vor allem Krankenkassen mit vielen alten, kranken und gering verdienenden Mitgliedern werden nicht mit dem einen Prozent Zusatzbeitrag auskommen. Die Folge: Die Schuldenberge wachsen an; Mitglieder, meist die besser Verdienenden und Gesunden, wechseln in Kassen ohne Zusatzbeitrag; das wiederum erhöht den Druck auf die Finanzsituation der betroffenen Kasse. Ein Teufelskreislauf. Nach einhelliger Expertenmeinung werden davon insbesondere auch Kassen aus dem Osten Deutschlands betroffen sein, die in strukturschwachen Regionen angesiedelt sind.

Überhaupt, auch diejenigen Kassen, die finanziell noch einigermaßen solide dastehen, werden alles versuchen, um keinen Zusatzbeitrag zu erheben,

damit sie „am Markt“ bestehen können. Da scheint es eher angezeigt, die ehemaligen Satzungsleistungen gegen Null zu fahren, also zusätzliche Leistungen wieder auszugrenzen. Den Nachteil haben die Versicherten ...

Außerdem müssten die Kassen bei der Erhebung des Zusatzbeitrages für jedes ihrer Mitglieder ein individuelles Beitragskonto anlegen und verwalten und letztlich auch prüfen (Frage: Wie?), wie sich die Einkommenssituation des jeweiligen Mitgliedes verändert. Auch die Möglichkeit, ggf. einen festen Euro-Betrag als Zusatzbeitrag festzusetzen ändert nichts an der spezifischen Verteuerung für bestimmte Mitglieder und der ausufernden Bürokratie auf dieser Strecke.

Besonders perfide aber ist, dass die Notwendigkeit, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen oder nicht, nicht unbedingt mit der Wirtschaftlichkeit oder dem Management einer Kassen zu tun haben muss, wie Frau Bundesministerin Ulla Schmidt immer wieder gern behauptet. Wie oben gezeigt, können gut wirtschaftende Kassen nur aufgrund ihrer Versichertenstruktur in schweres Fahrwasser geraten, während umgekehrt unwirtschaftlich operierende Krankenkassen mit einer „gesunden“ Versichertenstruktur sogar über Gebühr Zuweisungen aus dem Fonds erhalten könnten. Fazit: Der geplante Fonds ist nicht nur teuer und bürokratisch, er ist dazu auch noch sozial ungerecht!

### Wettbewerb adé

Selbst der Name „Wettbewerbsstärkungsgesetz“ ist das Papier nicht wert, auf dem er steht. Noch im

Wahlkampf haben die heutigen Koalitionsparteien versprochen, mehr Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung zu etablieren. Doch wo soll dieser herkommen? Staatliche Festsetzung von Beitragssätzen, Einzug des Beitrags über die Kassen in einen zentralen (staatlichen!) Fonds, staatliche Zuweisung von pauschalierten Finanzmitteln aus diesem Fonds an die Kassen und staatlich festgesetzte Steuerzuschüsse lassen wenig Raum für eine wettbewerbliche Ausrichtung.

Künftig solle ein einziger Spitzenverband Bund maßgebliche Entscheidungen für rund 70 Millionen Versicherte treffen und wesentliche Vertragsinhalte etwa für die ambulante und stationäre Versorgung festlegen. Formal sollen zwar alle Krankenkassen in dem neuen Dachverband Mitspracherecht haben und die Interessen ihrer Versicherten vertreten können. Faktisch wird es aber so sein, dass künftig ein dreiköpfiger Vorstand an der kurzen Leine des Gesundheitsministeriums entscheidet, welche Leistungen der Ärzte und Krankenhäuser wie bezahlt werden. In der Konsequenz hätten die Kassen auf rund 70 Prozent der ihnen zugewiesenen Mittel faktisch keinen Einfluss mehr. Dadurch fände eine völlig inakzeptable Konzentration der Gestaltungsmacht in der gesetzlichen Krankenversicherung statt und es besteht die enorme Gefahr des zunehmenden Einflusses politischer und wirtschaftlicher Interessen.

Die Zerschlagung der heutigen Strukturen würde zudem keinerlei Effizienzgewinn bringen. Im Gegenteil: Sie wird über weite Strecken lähmen und kommt Versicherte und Arbeitgeber am Ende teuer zu stehen.



Dr. Grübler,  
stellv. Leiter der VdAK/  
AEV-Landesvertretung  
Mecklenburg-  
Vorpommern

## DER KOMMENTAR

### Kandidat für „Unwort des Jahres“

Ein Blick ins Lexikon macht uns klar, eine „Reform“ ist eine Umgestaltung im Sinne einer „Verbesserung des Bestehenden“. Genaugenommen erleben wir im Gesundheitswesen alle drei bis vier Jahre eine „Reform“, mit abnehmender Halbwertszeit.

Selbst wenn man den Bezug zur Umgestaltung noch halbwegs akzeptieren kann, eine Verbesserung des Bestehenden sehe ich nicht.

Im Gegenteil. Die Gesundheitsreform 2006 mit dem sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetz schwächt nachhaltig, was eigentlich aufgebaut werden soll. Bewährte Strukturen in der Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen sowie bei der Organisation der medizinischen Versorgung der Menschen werden zerstört.

Stattdessen verschafft sich der Staat immer mehr dirigistischen Einfluss auf das Gesundheitswesen. Durch zentralistische Regelungen bei der Festsetzung der Beiträge, beim Beitragseinzug, der Verteilung der Finanzmittel und der Gewährung medizinischer Leistungen bestimmt er den zukünftigen Weg.

Das Schlimmste aber ist: Letzten Endes bezahlen die Menschen durch höhere Beiträge und Zusatzprämien die Zeche für den politischen Reformkompromiss. Es wird so gut wie nichts besser. Solch eine „Reform“ haben die Wähler nicht gewählt – höchstens zum „Unwort des Jahres“ ...

## Trotz Steuerzuschuss – weniger Geld im nächsten Jahr

Nach Ansicht der Landesvertretung der Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern ist der von der Politik hoch gelobte Steuerzuschuss von einer Milliarde Euro für die gesetzlichen Krankenkassen im Grunde eine Mogelpackung.

Ursprünglich waren nämlich den Krankenkassen 2003 im Gesundheitsmodernisierungsgesetz zugesichert worden, dass sie ab 2006 jährlich Zuschüsse von 4,2 Milliarden Euro aus dem Staatshaushalt erhalten. Mit diesem Geld sollten sogenannte versicherungsfremde Leistungen, also Leistungen die eigentlich nichts mit der Krankenversicherung zu tun

haben, finanziert werden. Dazu gehört beispielsweise das Mutterschaftsgeld.

Tatsächlich aber hat der Staat diesen Zuschuss per Haushaltsbegleitgesetz auf 1,5 Milliarden Euro reduziert. Zusammen mit dem öffentlich als großzügig gelobten neuen Zuschuss von einer Milliarde Euro erhalten die Krankenkassen für nächstes Jahr 2,5 Milliarden Euro. Damit starten die gesetzlichen Krankenkassen bundesweit 2007 gleich mit einer Mindereinnahme von 1,7 Milliarden Euro. Kein Wunder, dass die Krankenkassen deshalb die Verlässlichkeit der geplanten Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen anzweifeln.

## Diabetes: Es wird zuviel amputiert!

In Deutschland wurden bei Diabetikern im vergangenen Jahr 55.000 Füße, Unterschenkel oder Beine amputiert. Ein trauriger Rekord. Muss nicht sein, meint Professor Bernhard Angekört, Leiter der Gefäßabteilung des Diabeteszentrums Nord in Dortmund. Über 90 Prozent der Amputationen seien überflüssig, viele Gliedmaßen wären durch eine richtige Behandlung relativ leicht zu retten gewesen!

Jährlich erkranken in Deutschland ca. 350.000 Menschen an Diabetes. Davon bildet sich bei etwa 58.300 Patienten im Verlauf der Krankheit ein Geschwür am Fuß oder Unterschenkel. Doch in nur zwei Prozent der Fälle, also bei höchstens 1.200 Menschen ist nach Professor Angekört überhaupt eine Amputation nötig. Die Ursachen für derart viele unnötige Amputationen sind nach seiner Meinung in der Unwissenheit sowohl der Ärzte als auch der Diabeteskranken zu suchen.

Zur angeblichen Vermeidung einer Blutvergiftung greifen viele Ärzte lieber zum Messer. Aber auch die Patienten wissen zu wenig über ihre Grundkrankheit. So reicht es zum Beispiel nicht aus, nur den Blutzuckerspiegel zu senken, sondern man muss auch beispielsweise den oft zu hohen Blutdruck deutlich senken.

Der Leiter der Gefäßchirurgie der Universitätsklinik Erlangen, Professor Werner Lang, sieht ebenfalls viel Potenzial bei der Behandlung des Diabetischen Fußes.

Nach seiner Auffassung muss man selbst bei starken Durchblutungsstörungen noch keinen Fuß verloren geben. Stattdessen gäbe es genug therapeutische Standards, zum Beispiel das Legen von Bypassen, die gut helfen würden. Allerdings muss dieses Wissen systematisch an die betreffenden Ärzte vermittelt werden.

### KURZ GEMELDET

#### ■ Zweite Mammografie-Einheit am Netz

Ende November hat in Schwerin die zweite von vier Mammografie-Screening-Einheiten in Mecklenburg-Vorpommern ihre Arbeit aufgenommen. Zwei radiologische Praxen, eine in Schwerin und eine weitere in Wismar sowie das Institut für Röntgendiagnostik der Helios-Kliniken in Schwerin führen die Brustkrebsvorsorgeuntersuchungen durch. Anspruchsberechtigte Frauen der Region Westmecklenburg im Alter zwischen 50 und 69 Jahren werden in den kommenden Wochen und Monaten schriftlich eingeladen. Unter der Rufnummer 085/ 7440-185 oder -186 können darüber hinaus auch Termine direkt abgestimmt und Fragen zur neuen Vorsorgemöglichkeit gestellt werden.

#### ■ Erfolgreiche Gripeschutzimpfungen

Auch in diesem Jahr haben die Ersatzkassen zusammen mit dem Berufsgenossenschaftlichen Dienst (B.A.D.) Impfaktionen in mehreren Städten durchgeführt. So wurden vor allem in Einkaufszentren der Städte Wismar, Rostock, Stralsund, Greifswald, Neubrandenburg und Schwerin viele Ersatzkassenversicherte vorbeugend gegen die Grippe (Influenza) geimpft. Im Durchschnitt wurden in den Zentren ca. 200 Impfwillige „gepiekst“, deutlich mehr, als in den Jahren zuvor (150).

#### ■ Ersatzkassen erhöhten KISS-Förderung

„Man hilft den Menschen nicht, wenn man für sie tut, was sie selbst tun können.“ Diesen Satz von Abraham Lincoln schrieb Karl Nagel (Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung) symbolisch ins Stammbuch der Kontakt- und Informationsstelle (KISS) Schwerin, anlässlich ihres 10-jährigen Jubiläums. Die Ersatzkassen förderten in diesem Jahr alle neun Kontaktstellen in Mecklenburg-Vorpommern mit insgesamt 49.171 Euro. Gegenüber 2005 (43.598 Euro) ist das eine Erhöhung um 12,8 Prozent.

## Neue Wege geht das Land? – Gesundheitspolitik mit der großen Koalition

**AM 17. SEPTEMBER DIESES JAHRES** haben die Bürger Mecklenburg-Vorpommerns ein neues Landesparlament gewählt. Schon bald nach der Wahl war klar: Das rot-rote Regierungsbündnis von SPD und PDS hat nach achtjähriger Amtszeit keine stabile Basis mehr. Zu dünn wäre in diesem Fall die Regierungsfähigkeit (eine Stimme mehr!) gewesen und zu wahrscheinlich die abweichenden Entscheidungen der eigenen Fraktionsgenossen – neudeutsch auch als „Simonis-Effekt“ bezeichnet. So verständigte man sich darauf, nach 1994 (bis 1998) wieder eine große Koalition zu bilden.

Wie sehen sie aus, die Vorstellungen von CDU und SPD in Sachen Gesundheitspolitik? Gibt es einen Paradigmenwechsel in Mecklenburg-Vorpommern oder in Hinblick auf die Bundesangelegenheiten? Der Koalitionsvertrag gibt Antworten (siehe Kasten).

Bei der Beurteilung der Gesundheitspolitik des Bundes und der Bundesregierung dürften nun eher moderate Töne zu hören sein. Während sich die PDS, allen voran Ex-Sozialministerin Frau Dr. Linke, in den letzten vier Jahren sehr oppositionell auf die meisten Änderungsvorschläge der Bundesebene eingeschossen hatte, ist zu erwarten, dass künftig die meisten schwarz-roten Landespolitiker viel „Reformfähigkeit“ in den Vorschlägen ihrer Bundesparteien sehen werden. Es bleibt abzuwarten, ob das dem Wähler zum Vorteil gereicht.

Doch zurück zu Mecklenburg-Vorpommern. Die Koalition hat gewechselt, geblieben sind die großen Herausforderungen, die unser Bundesland in den nächsten Jahren zu meistern hat. Nach wie vor sind wir ein sehr armes, wirtschaftsstrukturell unterentwickeltes Land, gibt es sehr viel Arbeitslo-

sengeld- bzw. Sozialhilfeempfänger. An alten, kranken Menschen oder dicken, immer weniger bewegungsfähigen Kindern haben wir wahrscheinlich zuviel – an flächendeckender, hausärztlicher Versorgung nach heutigem Verständnis absehbar zu wenig.

Unter diesen Vorzeichen ist es wichtig, dass die große Koalition die flächendeckende medizinische Versorgung angesichts der demografischen Entwicklung als große Herausforderung begreift. Neben den begrüßenswerten Aktivitäten zur „Aufwertung“ des Arztberufes an sich ist besonders die Absicht zu loben, zukunftsfähige Strukturen und Kooperationen zu schaffen. Während Mecklenburg-Vorpommern bei den sogenannten Integrationsverträgen kassenindividuell ganz gut da steht, sind wir bei der Einrichtung von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) noch „Entwicklungsland“. Hier hätte sich die Landesver-

### AUS DER KOALITIONSVEREINBARUNG: GESUNDHEITSPOLITIK

- 220 Die Koalitionspartner werden die Gesundheitsversorgung ausbauen und besser mit der Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern verzahnen. Sie bekennen sich zu dem Ziel, Mecklenburg-Vorpommern zum Gesundheitsland Nr. 1 zu entwickeln ...
- 221 Die langfristige Sicherung der flächendeckenden medizinischen Versorgung im gesamten Land ist insbesondere vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung in den kommenden Jahren eine große Herausforderung. Die Koalitionspartner begleiten in enger Kooperation mit den Partnern der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen ... den ... bevorstehenden Generationswechsel bei den niedergelassenen Ärzten. So sollen alle Gesundheitseinrichtungen im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Regionen einbezogen werden. Innerhalb der bestehenden Strukturen sind zukunftsorientierte strukturelle Anpassungen (medizinische Versorgungszentren, integrierte Versorgung) vorzunehmen. Der Auf- und Ausbau von Gesundheitszentren aus bestehenden Krankenhausstrukturen heraus hat Priorität.
- 223 Die Entwicklung der Telemedizin ist Voraussetzung für eine Vernetzung der stationären und ambulanten Einrichtungen und Leistungserbringer ...

treten der Ersatzkassenverbände in der Vergangenheit in ihrem Bemühen solche MVZ-Gründungen zu forcieren mehr Unterstützung seitens der Politik gewünscht. Nun steht es explizit im Koalitionsvertrag. Ein Grund mehr, die Landespolitiker beim Wort zu nehmen.

Ganz folgerichtig ist das Ziel der Koalitionäre, bestehende Krankenhäuser als Gesundheitszentren auf- und auszubauen. Und das mit Priorität. Zu Ende gedacht bedeutet dies, dass zukünftig Gesundheitszentren die Aufgaben des heutigen Hausarztes übernehmen könnten; ganz besonders in unterversorgten Gebieten. Das schließt nicht aus, dass dann in MVZ angestellte Ärzte oder anderweitig sehr gut ausgebildetes medizinisches Personal zu Hausbesuchen „über die Dörfer“ fahren werden. Zusammen mit dem Ausbau telemedizinischer und telekommunikativer Strukturen können so zukünftig auftretende Versorgungslücken geschlossen werden.

Das wichtigste Ziel ist aber, wenn die Reihenfolge im Koalitionsvertrag eine Wertigkeit widerspiegeln

soll, Mecklenburg-Vorpommern zum Gesundheitsland Nr. 1 auszubauen. Gemeint ist der Aufbau von Gesundheitsangeboten und deren Verzahnung mit der Gesundheitswirtschaft. Schon heute soll es betuchte Rentner aus den alten Bundesländern geben, die bei uns ihren Lebensabend verbringen und medizinisch, aber auch präventiv versorgt werden wollen. Gemeint ist auch, im Zusammenhang mit dem Stichwort „Gesundheitsprävention“, gut zahlende Gäste in die vorhandenen oder noch aufzubauenden, qualitativ hochwertigen „Gesundheitseinrichtungen“ wie unsere Reha-Kliniken, aber auch in die Hotels, Wellness-Oasen oder SPAs zu holen. Ein ganz sicher lohnenswertes Ziel, das auch Arbeitsplätze schaffen wird.

Aber wo bleiben die Bürger des eigenen Landes? Es ist sehr wohltuend zu hören, wenn der neue Sozialminister, Erwin Sellering (SPD) sinngemäß sagt: Mecklenburg-Vorpommern kann nur Gesundheitsland Nr. 1 werden, wenn es auch für seine eigenen Bewohner Gesundheitsland Nr. 1 ist. Dem ist nichts hinzuzufügen ...

- 224 ... Die Krankenhausplanung orientiert sich an der Entwicklung der stationären Versorgungsbedarfe ... Maßstab hierfür ist eine flächendeckende medizinische Versorgung. Die Grund- und Regelversorgung ist nach Möglichkeit wohnortnah vorzuhalten. Die Schwerpunkt- und Maximalversorgung werden weiterhin in ... Zentren ... erbracht. Die Krankenhausplanung ... wird durch die demografische Entwicklung, den medizin-technischen Fortschritt sowie den bundesgesetzlichen Rahmen bestimmt. ...
- 225 Die Koalitionspartner werden die Anstrengungen zum Ausbau einer modernen gemeindenahen Psychiatrie fortsetzen. ...
- 227 Die Koalitionspartner werden die Rehabilitationseinrichtungen im Wettbewerb mit Standorten außerhalb Mecklenburg-Vorpommerns im Marketingbereich aktiv unterstützen sowie den rechtlichen und verwaltungstechnischen Rahmen ... zur Anpassung an veränderte Bedarfe ...[und] den Erhalt bzw. die Schaffung von Arbeitsplätzen bereitstellen.
- 228 Die Koalitionspartner werden einen Landesaktionsplan zur gesundheitlichen Prävention von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen erarbeiten. ... Die Stärkung gesundheitsfördernder Ansätze in den Lebenswelten von Kindern und Jugendlichen stellt einen wichtigen Schritt zu einem kinder- und familienfreundlichen Land dar. ... Die Koalitionspartner unterstützen die Erarbeitung eines Präventionsgesetzes durch den Bund.
- 229 Die Koalitionspartner befürworten ein umfassendes Rauchverbot in öffentlichen kommunalen und Landeseinrichtungen sowie in Schulen und Krankenhäusern.
- 230 Die Koalitionspartner werden sich ... verstärkt der Verbesserung des Impfschutzes der Bürger widmen. Eine Impfpflicht ist zu prüfen.
- 231 Die Hospizarbeit wird ... insbesondere im ambulanten Bereich ausgebaut. ...
- 232 Selbsthilfegruppen, -initiativen und -vereine leisten eine wichtige Arbeit und werden daher in ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit von den Koalitionspartnern unter Einbeziehung der Kommunen unterstützt.



## Situation in den Reha-Kliniken:

### Erwachsenen-Rehabilitation boomt

Für die 32 Rehabilitationskliniken in Mecklenburg-Vorpommern, in denen Erwachsene behandelt werden, war 2005 das erfolgreichste Jahr seit der Jahrtausendwende. Nach Angaben der Kliniken wurden 73.351 Patienten an 1.775.351 Tagen behandelt. Die durchschnittliche Auslastung, ein Indikator, ob es der Reha-Einrichtung gut geht oder nicht, lag bei 82 Prozent. Insgesamt sind in den Kliniken 3.420 Menschen beschäftigt, davon 495 Ärzte. Für die rehabilitative Behandlung der Krankheiten gaben die Krankenkassen und die Rentenversicherungsträger im Jahr 2005 über 211 Millionen Euro aus.

Im Vergleich zum Basisjahr 2000 konnten somit 24 Prozent mehr Patienten behandelt werden als im Jahr 2000. Die Zahl der Beschäftigten stieg um 376, darunter die der Ärzte um 92.

Interessant ist auch die Belegungssituation. Gut ein Drittel (39 Prozent) der erwachsenen Rehabilitanten kamen aus Mecklenburg-Vorpommern, gefolgt von Berlin (16 Prozent) und den Bundesländern Brandenburg und Sachsen. Immerhin 21 Rehabilitationskliniken, das sind fast zwei Drittel aller Einrichtungen, erreichten eine Auslastung von über 80 Prozent; sieben Kliniken lagen mit Ihrer Auslastung zwischen 60 und 80 Prozent, vier Kliniken lagen unter 60 Prozent. Die Ersatzkassen waren mit 8.000 Patienten der viertgrößte Belegungsträger.

Für die Gesetzlichen Krankenkassen wurden am häufigsten Patienten mit orthopädischen Erkrank-

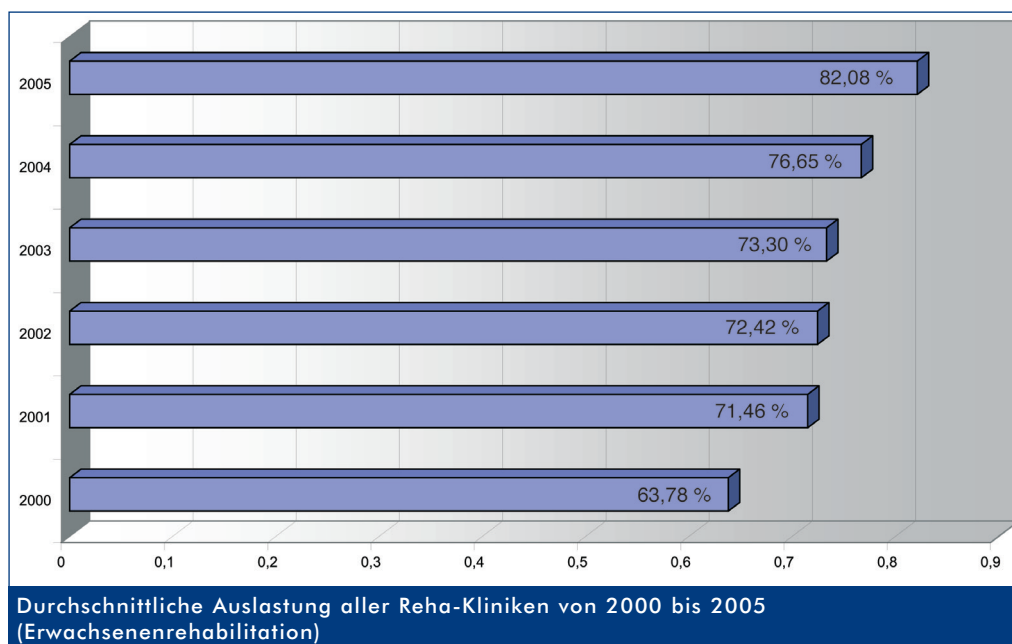
kungen behandelt. Am zweithäufigsten wurden Patienten mit neurologischen Indikationen, gefolgt von den Herz-Kreislauf-Erkrankungen therapiert.

### Anträge bei Mutter/Vater-Kind-Kuren rückläufig

Im Gegensatz zu den Häusern im Bereich der Erwachsenen ist das Jahr 2005 für die 28 Kinder- bzw. Mutter/Vater-Kind-Kliniken nicht positiv verlaufen. Die durchschnittliche Auslastung lag mit 66 Prozent am niedrigsten seit 2000.

Nur vier (ein Siebtel) von 28 Kliniken konnten eine Auslastung über 80 Prozent erreichen. 13 Einrichtungen lagen zwischen 60 und 80 Prozent, elf Kliniken unter 60 Prozent. Obwohl es bei einzelnen Ersatzkassen sogar zu einer Zunahme der tatsächlichen Bewilligungen kam, ist sicher ein Grund für die Rückläufigkeit, dass insgesamt weniger Anträge gestellt wurden.

Es wurden 49.254 Patienten an 1.088.549 Tagen behandelt. 156 Ärzte und insgesamt 1.797 Vollkräfte wurden in den Einrichtungen beschäftigt. Die Krankenkassen bezahlten 42.000 und die Rentenversicherungsträger 4.200 Reha-Maßnahmen. Insgesamt betrug das Finanzvolumen 85,76 Millionen Euro. Hauptkostenträger waren mit 34 Prozent die bundesweit agierenden Ersatzkassen, gefolgt von den Betriebskrankenkassen mit 20 und den AOKn mit 12 Prozent.



Die meisten Patienten kamen aus Nordrhein-Westfalen, Sachsen, Niedersachsen, Baden-Württemberg und Bayern. Über zwei Drittel aller Maßnahmen (70 Prozent) für die Mütter waren Vorsorgeleistungen und nur 30 Prozent reine Rehabilitationsleistungen. Damit setzte sich auch im Jahr 2005 der Trend fort, dass mehr Vorsorgemaßnahmen nachgefragt werden. Das Gleiche trifft für die Kinderkuren zu. Hier lag das Verhältnis 67 Prozent Vorsorgeleistungen zu 33 Prozent Rehabilitationsleistungen.

## Arzneimittelausgaben: Nach wie vor hohes Niveau

Der seit Jahresbeginn zu verzeichnende Anstieg bei den Arzneimittelausgaben schien in Mecklenburg-Vorpommern vorerst gebremst zu sein. Im August und September gaben die gesetzlichen Krankenkassen für Medikamente auf Rezept über vier Millionen Euro oder vier Prozent weniger aus als im Vergleichszeitraum des Vorjahres.

Aber bereits für Oktober wurde wieder ein Überschreiten um zwei Millionen Euro prognostiziert. Bis einschließlich September lagen die Arzneiausgaben der Kassen mit fast 449 Millionen Euro um 3,1 Prozent höher als in den ersten neun Monaten 2005. Erfahrungsgemäß sind die letzten beiden Monate

des Jahres noch einmal sehr kostenintensiv.

Nur wenn bis Jahresende die Marge deutlich unter den Ausgabenwerten des Vorjahres gehalten werden kann, kann für das Gesamtjahr 2006 davon ausgegangen werden, dass das Budget für Arzneimittelausgaben mit rund 606 Millionen Euro eingehalten wird.

Allerdings sind für 2007 erneute Ausgabensteigerungen zu befürchten, wenn ab 1.1. 2007 die Mehrwertsteuer erhöht wird. Ein Umstand, der die Kassen bundesweit mit rund 700 bis 800 Millionen Euro pro Jahr zusätzlich belasten wird.

## Medikamentenmissbrauch: Ein deutsches Massenphänomen

In Deutschland leben geschätzte 1,4 bis 1,9 Millionen Menschen, die medikamentenabhängig sind. Damit ist die Zahl dieser Abhängigen in etwa so hoch wie die der Alkoholsüchtigen. Im Gegensatz zum Alkoholkonsum wird Medikamentenabhängigkeit aber kaum in der Gesellschaft thematisiert.

Zu diesen alarmierenden Erkenntnissen kommt eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellte Studie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (DHS)

Als Hauptgruppe der süchtig machenden Medikamente werden die Schlaf- und Beruhigungsmittel benannt (ca. eine Million Abhängige). Hiervon sind Frauen, vor allem im höheren Lebensalter, in besonderem Maß betroffen. Sie versuchen die täglich

chen Probleme im Beruf und in der Partnerschaft mit Schlaf- und Beruhigungspillen zu kompensieren und lassen sich deshalb mehr diese problematischen Medikamente verordnen als andere Patienten.

Die Studie richtet ein Augenmerk aber auch auf die Ärzte und Apotheker, die diese Arzneimittel verordnen bzw. verkaufen. Deshalb wird die Bundesärztekammer voraussichtlich Ende des Jahres einen Leitfaden „Schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von Medikamenten“ herausgeben, der sich an Ärzte und Apotheker richtet und ihnen Hinweise zur Verschreibung und zum Missbrauchspotenzial geben soll.

Die Studie selbst und weiterführende Informationen findet man auch unter [www.drogenbeauftragte.de](http://www.drogenbeauftragte.de).

### BÜCHER

In dieser Ausgabe des Länderreports wollen wir Ihnen drei Neuerscheinungen aus dem **IATROS Verlag** (Nierstein/Rh., [www.iatros-verlag.de](http://www.iatros-verlag.de)) empfehlen: In seinem Buch „**Chaos im Gesundheitswesen?**“ analysiert **Gundo Zieres** auf Basis der Chaostheorie(!) ausgewählte Reformvorschläge des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen und leitet daraus Handlungsempfehlungen ab. Das Buch zeigt allgemeinverständlich und praxisnah auf, welche rationalen Steuerungsmöglichkeiten im Gesundheitswesen bestehen und wie diese optimal zum Wohle der Patienten genutzt werden können. **Softcover, 320 Seiten, ISBN 10: 3-937439-87-0, ISBN 13: 978-3-937439-87-7, 18 €**

Mit der optimalen Versorgung von Demenzkranken befassen sich die Herausgeber **Ursula Weibler** und **Gundo**

**Zieres** in ihrem Werk „**Herausforderung Demenz**“. Politisch Verantwortliche, Träger und Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen sowie Angehörige finden hier vielfältige Informationen, wie eine zeitgemäße und menschenwürdige Versorgung demenzkranker Bewohner in Pflegeheimen erzielt werden kann. **Softcover, ISBN 10: 3-937439-93-5, ISBN 13: 978-3-937439-93-8, 18 €**

Nach der Lektüre dieses Buches weiß man, wie es in der Medizin zu Fehlern kommt, und man weiß auch, warum sich in der Medizin zuweilen Fehler ereignen. In seinem 140-seitigen Buch „**Fehler und Fehlverhalten in der Medizin**“ gibt Autor **Hanspeter Weiss** aber auch Antworten darauf, was man tun kann, um Fehler möglichst rechtzeitig zu erkennen bzw. sie zu vermeiden. **Softcover, ISBN 3-937439-77-3, 15 €**

## ALLE JAHRE WIEDER ...



Karl Nagel, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung

### Liebe Leserinnen und Leser,

alle Jahre wieder freuen wir uns auf das Weihnachtsfest und dem folgenden Jahreswechsel. Ganz sicher auch dieses Mal. Nur erwartet uns im neuen Jahr nicht nur eine satte Erhöhung der Mehrwertsteuer; nein, auch in der gesetzlichen Krankenversicherung wird es gravierende Änderungen geben.

Mit dem sogenannten Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) werden zahlreiche gesetzliche Veränderungen in beinahe allen Bereichen des Gesundheitswesens vorgenommen, wie sie so bisher noch nie vollzogen wurden. Auch wenn einige der zu beschließenden Paragraphen ihre volle Wirkung erst in zwei, drei Jahren entfalten werden, kann man grundsätzlich von einem Paradigmenwechsel in der Organisation und Bereitstellung medizinischer und versicherungsrechtlicher Leistungen sprechen. Weg von einer pluralistischen, selbst verwalteten Krankenversicherung, hin zu einem sehr zentralstaatlichen Gesundheitswesen.

Von den Veränderungen sind nicht nur Ärzte, Apotheker und Krankenkassen betroffen, sondern leider auch – wie in der Vergangenheit immer öfter – Sie als Versicherter oder Patient. Die jetzige Bundesregierung ist eigentlich angetreten, Gesundheit für alle bezahlbar zu machen und insgesamt die Schulden der gesetzlichen Krankenkassen abzubauen. Stattdessen hat sie z. B. die Zuschüsse aus der Tabaksteuer drastisch gekürzt, in diesem Jahr und auch im nächsten Jahr um mindestens 1,7 Milliarden Euro. Mit diesen Steuermitteln sollten wir eigentlich die Leistungen bezahlen, die nicht zu den originären Aufgaben einer Krankenversicherung gehören, wie zum Beispiel das Mutterschaftsgeld. Nach Berechnungen der Bundesregierung beträgt der Finanzsaldo der gesetzlichen Krankenversicherung beim Start ins nächste Jahr etwa 0,5 Beitragssatzpunkte. Kein Wort der Regierungskoalition, durch welche

Maßnahmen das kompensiert werden soll. Im Gegenteil: Gesundheitsministerin

Schmidt schiebt diesen Fehlbetrag mit einem Federstrich den Kassen und damit den Versicherten zu. Einige Krankenkassen

mussten deshalb bereits in diesem Jahr ihre Beiträge erhöhen, andere überlegen, ob sie es im nächsten müssen.

Sie können versichert sein, liebe Leserinnen und Leser, dass die Ersatzkassen alle Möglichkeiten genutzt haben, um Einfluss auf den Lauf der Dinge zu nehmen. Wir haben mit vielen Politikerinnen und Politikern auf der Landes- und Bundesebene gesprochen, haben Parlamentarische Abende veranstaltet, Stellungnahmen eingereicht, externen Sachverstand in Form von Gutachten und Verfassungsexperten bemüht und dabei natürlich besonders auch immer die Auswirkungen auf Ihre medizinische Versorgung und Ihren Beitrag zur Finanzierung dieser Leistungen dargelegt.

Der Protest aus allen Teilen der Bevölkerung und von sehr vielen Ärzteorganisationen, Krankenhäusern, Apothekern, Spitzenverbänden der Krankenkassen, Gewerkschaften, ja sogar aus den Reihen der Politik selbst, und nicht zuletzt von zahlreichen Verbraucher- und Patientenorganisationen war enorm. Allein das zeigt auf, dass das Wettbewerbsstärkungsgesetz kein Gesetz im Sinne einer patientengerechten Versorgung sein kann.

### Liebe Leserinnen und Leser,

wir werden bis zur Verabschiedung des WSG mit allen uns zur Verfügung stehenden Mitteln dafür eintreten, dass medizinische Leistungen vernünftig organisiert und weiterhin für alle bezahlbar angeboten werden.

Zur Gesundheit gehört für jeden von uns aber auch das Sammeln von Ressourcen, um gesund zu bleiben. Dazu gehören zum Beispiel entspannte Stunden im Kreis der Familie, gutes Essen und Trinken, ein regenerierender Spaziergang und ein Blick zurück zu allem Positiven, das Sie im letzten Jahr erleben konnten.

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein frohes und besinnliches Weihnachtsfest und einen guten Start ins neue Jahr.

Ihr  
Karl L. Nagel

#### 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/Fotos: Dr. Bernd Grübler · Verantwortlich: Karl L. Nagel

