G 21156 F

mecklenburg-vorpommern

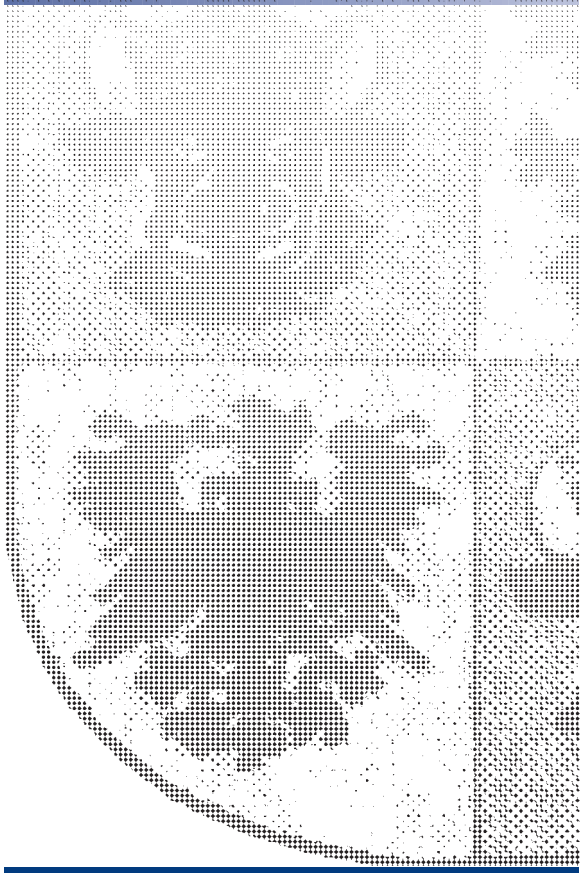
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

ersatzkassen

April 2005

Aus dem Inhalt:

- Zahngesundheit in MV
- LVG erhält zusätzliche Förderung
- GKV-Finanzen 2004
- Sozialwahlen 2005
- Neuer Leiter der Landesvertretung



Arzneimittelbudget 2005:
Wille zum wirtschaftlichen Verordnen notwendig

Mit fast 18 Prozent nimmt der Bereich der Arzneimittel nach den Krankenhausausgaben in den neuen Bundesländern den zweiten Platz an den Gesamtausgaben der GKV ein.
Das Jahr 2004 brachte eine deutliche Entlastung für den in den letzten Jahren stetig angewachsenen Arzneimittelsektor. In Mecklenburg-Vorpommern gingen die Ist-Ausgaben um 12,2 Prozent gegenüber 2003 zurück. Soweit so gut. Nun feiert die Ärzteschaft dies auch als ihren Erfolg und verkündet stolz: „Nach den beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg liegt das Flächenland Mecklenburg-Vorpommern auf Platz drei der prozentualen Einsparungen" (KV-Journal 03/2005, Seite 8). Aber das ist eben nur eine Seite der Medaille. Ein Blick auf die andere Seite verrät: Gegenüber dem vertraglich vereinbarten Ausgabenvolumen gab es bereits 2003 eine exorbitante Steigerung der Arzneimittelausgaben von 11,4 Prozent, die Mecklenburg-Vorpommern mit Abstand an die Spitze der Arzneimittelkosten je Versicherten katapultierte. Im letzten Jahr gab es zwar die besagte rückläufige Entwicklung – und die vorwiegend durch Maßnahmen des Gesetzgebers im Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) verursacht – aber die „Spitzenposition" blieb unserem Bundesland leider erhalten (vergleiche Tabelle 1). Je Versicherten gab es abzüglich aller Zuzahlungen und Rabatte demnach einen Nettoumsatz von 314,56 Euro. Das liegt 21 Prozent über dem Bundes- und immerhin noch 11 Prozent über dem Durchschnitt der neuen Bundesländer! Derartige „Überschreitungen" sind nicht allein mit einer anderen Alters- bzw. Morbiditätsstruktur innerhalb der Bevölkerung unseres Bundeslandes zu erklären.

Unter diesen Vorzeichen sind auch die Arzneimittelvereinbarungen für das laufende Jahr zu betrachten.

Ausgehend von den Soll-Vorgaben aus 2004 (533,43 Mio. Euro) waren sowohl vorgegebene Anpassungsfaktoren der Bundesebene (z. B. Preisentwicklung, Einsatz innovativer

Arzneimittel) als auch landesspezifische (Altersstruktur, Morbidität, indikationsbezogene Zielvereinbarung) zu berücksichtigen.

Im Ergebnis einigten sich die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung (KV) schließlich auf einen Betrag von 558 Mio. Euro.

Wenn man bedenkt, dass die tatsächlichen Ausgaben 2004 bei 502 Mio. Euro lagen, ist noch „eine Menge Luft im Kessel", genau genommen 11,2 Prozent.

Befürchtet wird jedoch auch, dass es in diesem Jahr wieder eine fast „automatische" Anhebung geben wird. Der Wegfall des Herstellerrabattes zu Jahresbeginn soll durch andere Preissenkungen bei Arzneimitteln aufgefangen werden, u. a. durch die Festsetzung von Festbeträgen. Zudem zeigt sich nach Aussagen der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände (ABDA) ein anderer Trend ganz deutlich: Bei den niedergelassenen Ärzten verstärkt sich eine Tendenz, herkömmliche Präparate durch innovative, aber auch teurere zu substituieren. Das trifft auch auf Mecklenburg-Vorpommern zu. Die Tatsache, dass man in der Anzahl der Verordnungen an vierter Stelle im Bundesvergleich liegt, bei den Nettoumsätzen dagegen an erster, ist ein Indiz dafür, dass offensichtlich gegenüber dem Bundesdurchschnitt weit teurere Medikamente verordnet worden sind (vergleiche Tabelle 1).

Der für den Arzneimittelsektor federführende Bundesverband der Betriebskrankenkassen erwartet für 2005 einen Anstieg der Arzneimittelausgaben von zehn Prozent.

Dennoch bleibt für unser Bundesland festzuhalten:
Wenn die Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern wirklich wirtschaftlich verordnen und sich ansonsten seriös über die Entwicklung der Arzneimittelausgaben informieren – z. B. durch die Beratungen des Medizinischen Dienstes (MDK) –, dürfte das für 2005 vereinbarte Arzneimittelbudget nicht aus dem Ruder laufen. Aber das ist kein Selbstgänger. Der Wille zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise muss weiter aktiviert werden. Insofern setzten die Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern die Erwartungen an die Ärzte und deren Standesvertreter ganz hoch ...

Kommentar:
Dr. med. Ulrike Schwabe, Fachärztin für Innere Medizin
Leiterin Referat Arzneimittel, MDK Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Dr. Schwabe, MDK

2004 sind in MV die Arzneimittelkosten überproportional im Vergleich zum Bundesschnitt gesunken (-15,5 % gegenüber – 11,2 % im Bundesschnitt). Dennoch liegen die durchschnittlichen Bruttoausgaben für Arzneimittel je Versichertem in MV bundesweit weiterhin an der Spitze (396 € gegenüber 331 € im Bundesschnitt).

Diesen deutlich höheren Ressourcenverbrauch allein auf Morbiditätsunterschiede zurückzuführen fällt schwer. Zwar gibt es Hinweise, dass in den neuen Bundesländern Risikofaktoren wie Diabetes, Hypertonie und Übergewicht häufiger auftreten als in den alten Bundesländern. Dies kann jedoch nicht erklären, dass auch gegenüber ähnlich strukturschwachen Bundesländern im Osten wie Brandenburg oder Thüringen die Kosten je Versichertem in MV deutlich höher liegen (Brandenburg 306 €, Thüringen 331 €).

Die GAMSI-Arzneimittel-Daten zeigen, dass in MV bei vielen Indikationen teurere Präparate eingesetzt werden (z. B. Bruttoausgaben für lipidsenkende Medikamente in MV durchschnittlich 82,5 € Euro/Verordnung gegenüber 75,5 € im Bundesschnitt).

Zwar werden in MV – wenn möglich – relativ häufig Generika eingesetzt, jedoch oft teurere Produkte bevorzugt (Wert je Generika Verordnung in MV 25,3 €, im Bundesschnitt 23,69 €). Überdurchschnittlich oft werden teure nicht generikafähige Wirkstoffe eingesetzt. Unserer Einschätzung nach gibt es in MV also immer noch ungenutzte Einsparpotenziale, die mobilisiert werden könnten. Um die niedergelassenen Ärzte bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise zu unterstützen, bietet der MDK MV ein vielfältiges Beratungsangebot. Für niedergelassene Ärzte bestehen folgende Möglichkeiten:

- auf Anfrage können individuelle Verordnungsanalysen erstellt und in einem persönlichen Beratungsgespräch erläutert werden.
- Über eine Hotline können gezielte Fragen z. B. zur Verordnungsfähigkeit von Medikamenten geklärt werden.
- Informationen über Preisentwicklungen auf dem Arzneimittelmarkt werden an Verordner versandt, die hiervon profitieren könnten.

Zusätzlich wird in der Arzneimittelsprechstunde, einem Beratungsangebot an Versicherte, über Einsparmöglichkeiten und Verordnungseinschränkungen informiert.

Tabelle 1:
Arzneimittelverordnungen und -umsätze je 1000 Versicherte 2004
(geordnet nach höchstem Nettoumsatz)
Quelle: GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GamSi), WidO, 28.02.2005

Rang	KV	Bruttoumsatz in Euro	Zuzahlungen in Euro	Rabatt in Euro	Nettoumsatz	Verordnungen in Euro
1	Meckl.-Vorp.	395.715	35.310	45.849	314.555	9.364
2	Sachsen	385.074	33.388	43.748	307.938	9.317
3	Hamburg	383.386	34.778	45.420	303.188	9.123
4	Saarland	382.626	38.657	44.131	299.838	10.984
5	Nordbaden	364.956	35.544	41.852	287.560	9.757
23	Koblenz	394.046	296.863	34.338	229.846	7.970
	West	326.952	32.567	38.530	255.855	8.697
	Ost	355.839	32.105	40.910	282.823	8.570
	Gesamt	330.595	32.354	38.782	259.460	8.639

Kinderzahngesundheit in MV:
Projekte sollen Mundhygiene fördern

„Was Hänschen nicht lernt ...“ Diese alte Volksweisheit gilt sicher ganz besonders für den Bereich der Zahngesundheit. Und so gibt es seit vielen Jahren die stetigen Bemühungen von Krankenkassen, Zahnärzten und Kommunen, mittels der so genannten Gruppenprophylaxe den jüngeren Einwohnern unseres Bundesland die Bedeutung des richtigen Zähneputzens, gesunder Ernährung und den Verzicht auf allzuviel Süßes nahe zu bringen. Und das mit Erfolg. Lag die Zahl kariöser Zähne beispielsweise bei den Zwölfjährigen 1995 noch bei durchschnittlich 3,5 Zähnen, so hat sich diese Zahl zehn Jahre später erfreulicherweise auf zwei verringert. Immer weniger müssen die Ärzte und Helferinnen des Prophylaxeteams deshalb Briefe an die Eltern mit nach Hause geben, die eine Vorstellung nebst Behandlung beim Zahnarzt empfehlen.

Dennoch liegt Mecklenburg-Vorpommern mit diesem Ergebnis leider noch immer am Ende einer bundesweiten Betrachtung. Das heißt, ein Nachlassen in den Bemühungen darf es nicht geben.

Zwei Jahre lang wurde von der Landesarbeitsgemeinschaft zur Förderung der Jugendzahnpflege (LAJ) ein Projekt zur „Intensivierung der Gruppenprophylaxe betrieben“. Ziel des Projektes war es, die Prophylaxe insbesondere in den Einrichtungen zu verstärken, in die Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko gehen, wie z. B. Grund- und Hauptschulen, Sonderschulen und integrative Kindergärten. Dahinter stehen nicht zuletzt auch die Erkenntnisse der Zahnärztekammer, die einen Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und Sozialstruktur konstatieren. Eine wesentliche Ursache der vielen „Karieskinder“ sei die schlechte wirtschaftliche Lage bzw. die hohe Arbeitslosigkeit vieler Eltern in M-V. Mit Beginn des Schuljahres 2003/2004 konnten die Landkreise bzw. kreisfreien Städte einen Antrag zur Förderung an die LAJ stellen. Mittels einer anschließenden Vereinbarung wurde geregelt, dass für die Dauer von zwei Jahren den Kreisen eine zusätzliche Prophylaxehelferin aus dem Fonds der LAJ finanziert wurde; immerhin insgesamt rund 226.000 Euro. Diese Helferin war zusätzlich zu der „normalen“ Gruppenprophylaxe in den schulischen Einrichtungen sowie den Kindergärten im Einsatz. In Folge konnten also wesentlich mehr Kinder untersucht und zur Mundgesundheit informiert werden. Insgesamt haben bisher 11 von 18 kreisfreien Städten bzw. Landkreisen eine derartige Vereinbarung abgeschlossen.

Ein erfreulicher Trend hat sich auch bei den Gruppenuntersuchungen ergeben: Während man laut Aussage einer Amtsärztin „die Kinder noch dort abholen muss, wo sie sind“, kommt eine wachsende Zahl von Jugendlichen von selbst zur Vorsorgeuntersuchung. Offensichtlich gehören ein gesundes Gebiss und Gesundheit im Mund bei ihnen zu einem Lebensgefühl, das auch gepflegte Zähne als Schönheitsideal verkörpert ...

Zusätzliche Förderung für LVG

Die Ersatzkassen in Mecklenburg-Vorpommern haben für dieses Jahr beschlossen, die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Mecklenburg-Vorpommern e.V. (LVG) zusätzlich zu fördern. Insgesamt wurde ein maximaler Förderbetrag von 13.000 Euro vereinbart, der der LVG für die Durchführung weiterer Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zur Verfügung steht und je nach Aufgabenausrichtung angefordert werden kann.

Da gleichzeitig auch die anderen Kassenarten über ihre Vorstände zusätzliche Fördermittel entsprechend dem jeweiligen Mitgliederanteil der Kasse beschlossen haben, stellt sich die finanzielle Situation der LVG in diesem Jahr erfreulicherweise etwas positiver dar als in den vergangenen Perioden.

Das stärkere Engagement der gesetzlichen Krankenversicherung wurde von den Mitgliedern der LVG auf deren Mitgliederversammlung am 23. März sehr positiv bewertet. Mit diesen Mitteln kann die LVG ihre satzungsmäßigen Zielstellungen, Gesundheitsförderung in Mecklenburg-Vorpommern zu betreiben und die Arbeit vieler Interessenvertreter in dieser Sache zu koordinieren, weiter ausbauen.

Die Landesvereinigung wird zunehmend auch von politischen Akteuren als wichtiger Partner im Gesundheitswesen wahrgenommen. Regelmäßig führen Vertreter des Vorstandes Gespräche mit Mitgliedern des Landtagsausschusses für Gesundheit und Soziales sowie mit der Sozialministerin, Frau Dr. Linke. Aus deren Sicht könnte die LVG einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung des angekündigten Präventionsgesetzes spielen, wenn es z. B. um die Beratung von Projektträgern bzw. die geschäftsmäßige Koordinierung der Antragsverfahren für Präventionsprojekte in den einzelnen Lebenswelten geht.

Sozialwahl „richtig.wichtig“ nehmen

Alle Jahre wieder... genauer alle sechs Jahre werden in Deutschland die so genannten Sozialwahlen durchgeführt. Und die Ersatzkassen sind mitten dabei. Fast 46 Millionen Mitglieder der Ersatzkassen (BARMER, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, Techniker Krankenkasse und Kaufmännische Krankenkasse) sowie Versicherte und Rentner der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) werden aufgefordert, bis zum 1. Juni, dem eigentlichen Wahltag, ihre Stimme für eine Liste zu wählender Versicherungsvertreter abzugeben. Direkt per Briefwahl.

Wer ist wahlberechtigt und wie läuft die Wahl ab? Wahlberechtigt sind Mitglieder der o.g. Ersatzkassen, die am 3. Januar dieses Jahres das 16. Lebensjahr vollendet haben. Die Wahlunterlagen werden zwischen dem 18. und 29. April zugesandt. Wer bei der BfA rentenversichert und zusätzlich bei einer der o. g. Ersatzkassen krankenversichert ist, erhält also zweimal per Post Unterlagen für die Sozialwahlen.

Bei der Sozialwahl werden keine Einzelpersonen gewählt, sondern die Wähler entscheiden sich mit ihrer Stimme für eine der Listen. Da gibt es beispielsweise Listen der Gewerkschaften, Listen von anderen Arbeitnehmervereinigungen oder auch so genannte freie Listen, deren Vertreter keiner Organisation angehören.

Bis zum Wahltag am 1. Juni muss der Stimmzettel per Brief bei der entsprechenden Ersatzkasse bzw. der BfA eingegangen sein.

Männer wählen

Besonders hervorzuheben in diesem Jahr: Sehbehinderte und Blinde erhalten einen barrierefreien Zugang zur Wahl. Auf Antrag können sie eine Hörkassette und eine Stimmschablone erhalten, mit der sie ohne die Hilfe einer anderen Person ihre Stimme abgeben können.

Vorfahrt für die Selbstverwaltung! Vorfahrt für die Selbstverwaltung – dieses Motto ist so alt wie die Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung selbst. Schon in der „Kaiserlichen Botschaft“ vom 17. November 1881 – quasi der Geburtsurkunde der deutschen Sozialversicherung – wird von kooperativen Genossenschaften unter staatlicher Förderung gesprochen, die „die Lösung auch von Aufgaben möglich machen, denen die Staatsgewalt allein im gleichen Umfang nicht gewachsen sein würde.“ Die Sozialversicherungen regeln ihre Aufgaben selbst. Im Prinzip ist es bis heute so geblieben. Und die Aufgaben sind für die Versichertenvertreter in der heutigen Gesellschaft noch schwieriger geworden, wird doch das solidarisch finanzierte Gesundheitssystem von so genannten „liberalen Kräften“ immer wieder auf den Prüfstand geschoben. Von Rückführung demokratisch errungener Ergebnisse und Verstaatlichung des Gesundheitswesens ist da die Rede. Hier sind unsere Versichertenvertreter besonders gefragt. Ein staatliches Gesundheitswesen ohne Mitbestimmung der Versicherten, der Patienten kann nicht die Lösung sein. Selbstverwaltung würde zum reinen „Umsetzer“ staatlicher Vorgaben degradieren statt wie heute mitzubestimmen und die Interessen von Millionen Versicherten zu vertreten. Wählen bedeutet somit Mitbestimmung an gesundheitspolitischen und sozialen Entscheidungsprozessen. Die Bürger nehmen über die gewählten Versichertenvertreter die Möglichkeit zur demokratischen Teilhabe war – das ist der Gedanke der Selbstverwaltung. (Siehe auch Statement der VdAK-Verbandsvorsitzenden Margret Mönig-Raane in dieser Ausgabe.)

Engagierte Frauen wählen

Mitbestimmung bei Gesetzgebung Viele Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung tragen die Handschrift der Versichertenvertreter. Sie wählen den Verwaltungsrat, entscheiden über die Höhe der Beitragssätze, die Einführung von Bonusprogrammen oder besonderen Satzungsleistungen wie Akupunktur und alternativer Medizin. Als Mitglieder in diversen Gremien (z. B. Gemeinsamen Bewertungsausschuss Ärzte und Krankenkassen) entscheiden sie darüber mit, welche Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden.

Ganz wichtig ist auch das Engagement der ehrenamtlichen Vertreter bei der Begleitung von Gesetzgebungsverfahren. So findet in den Anhörungen zu den bestimmten Gesetzen auch die „Stimme der Betroffenen“ Gehör. Wie würden Themen wie „Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (Kopfpauschale versus Bürgerversicherung)“ oder „Einklang von demografischer Entwicklung und technischem Fortschritt“ entschieden, wenn sie rein aus Sicht des Staates betrachtet würden?

In diesem Zusammenhang muss man Sozialwahlen sehen. Wer wählt übernimmt Verantwortung und gestaltet mittelbar die Zukunft. Je mehr Wähler sich an der Wahl beteiligen, desto klarer wird das Signal an die Politik: Die gesundheitspolitische Selbstverwaltung hat eine demokratische Legitimation!

Alle wählen! Damit eine hohe Wahlbeteiligung erreicht wird, rühren BfA und Ersatzkassen natürlich kräftig die Werbetrommel – und zwar gemeinsam. Das ist effektiver und spart Kosten. Unter dem Slogan „Sozialwahl – richtig.wichtig“ werden Informationen angeboten, u.a. auch in den Mitgliederzeitschriften oder im Internet (www.sozialwahl.de, www.vdak-aev.de) sowie in vielen weiteren Werbeformen. Markenzeichen ist der lachende rote Brief, der für fast jeden (Geschmack) Wähler und seine persönliche Einstellung eine individuelle Werbebotschaft hat. Aber ob nun Frauen, Männer, Eingebildete, Artige, Großartige oder Junge Wilde wählen, wichtig ist – möglichst alle geben bis zum 1. Juni ihre Stimme ab.

Draufgänger wählen

Die Meinung:

Die Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V (VdAK), Frau Margret Mönig-Raane, zur Bedeutung der Sozialwahlen:

Die Sozialwahl ist das Kernstück der Demokratie innerhalb der deutschen Sozialversicherung. Deshalb hat sie für mich eine sehr große Bedeutung.

Unsere Ersatzkassenmitglieder wählen mit ihrer Stimme direkt ihre Vertreter in die Verwaltungsräte der Kassen. Darum steht hinter dem Wort Selbstverwaltung: Interessenvertretung, Mitbestimmung und gelebte Demokratie.

Wir sind gesellschaftlich gesehen insgesamt in einer Periode, in der die sozialen Sicherungssysteme vor großen Belastungsproben stehen. In dieser Zeit brauchen die Ersatzkassen starke Mitgliedervertretungen, die die Interessen der Versicherten artikulieren und politisch vertreten können. Unsere Versichertenvertreter setzen sich für die solidarisch funktionierende gesetzliche Krankenversicherung ein und wirken unter anderem darauf hin, dass die medizinische Versorgung zu tragbaren Beitragssätzen gewährleistet wird.

Somit trifft die Selbstverwaltung alle Entscheidungen, die von großer Bedeutung sind. Zum Beispiel wählt sie den Vorstand der jeweiligen Ersatzkasse, beschließt den Haushalt und entscheidet auch über Beitragssatzanpassungen.

Die Versichertenvertreter nehmen auch Stellung zu Gesetzesentwürfen. So werden z. B. bei Anhörungen im Bundestag oder auch in Form von Gutachten die Standpunkte der gesetzlichen Krankenversicherung eingebracht.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss nehmen die Vertreter der Versicherten direkten Einfluss auf die Gestaltung der medizinischen Versorgung, indem Entscheidungen zur Übernahme von Leistungen oder beispielsweise auch zu Qualitätsstandards in der Medizin getroffen werden.

Da auch ein Rentenversicherungsvertreter, die BfA, Sozialwahlen durchführt, führen wir nach bereits bewährtem Muster eine gemeinsame, öffentliche Wahlkampagne durch. Durch diese enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit können wir aus den Erfahrungen der letzten Sozialwahlen profitieren und sparen darüber hinaus auch einen guten Teil der Kosten.

Margret Mönig-Raane, VdAK

Ich empfehle unseren Versicherten mal einen Blick in die Mitgliederzeitschrift ihrer Ersatzkasse zu werfen oder sich auf der Internetseite des Verbandes (www.vdak-aev.de) zu informieren. Dort werden die sich zur Wahl stellenden Kandidatinnen und Kandidaten bzw. deren Listen vorgestellt.

Außerdem sind eine ganze Reihe von Werbe- und Informationsveranstaltungen geplant, die über die Sozialwahl informieren werden. An den lachenden roten „Briefgesichtern“ – den Werbebotschaftern der Sozialwahl – kann schon heute kaum ein Wähler vorbeikommen, ohne sie wahrzunehmen.

Den Menschen muss deutlich werden, das Mitwählen auch Mitentscheiden bedeutet und dass sie deshalb auch von ihrem demokratisch verbrieften Recht Gebrauch machen sollten.

Ich würde mich freuen, wenn wir eine möglichst hohe Wahlbeteiligung hätten.

Positiver GKV-Finanzsaldo 2004

Im Osten 1 Milliarde Überschuss durch GMG

Die vorläufigen Rechnungsergebnisse der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weisen für das Jahr 2004 einen Überschuss von fast 3,7 Mrd. Euro aus. Unter Berücksichtigung der Forderungs- und Verpflichtungsbuchungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) werden es am Ende sogar 4 Mrd. Euro sein. Dazu trugen die finanztechnisch in der GKV-Ost geführten Kassen gut eine Milliarde Euro bei (siehe Tabelle 2).

Dieses Plus ist in erster Linie auf das Greifen der gesetzgeberischen Maßnahmen aus dem Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) zurückzuführen. Die Verdopplung der Beitragsbelastung auf Betriebsrenten und diverse Leistungsausgrenzungen, u. a. bei Arzneimitteln, Sehhilfen und Fahrtkosten, spülten bundesweit jeweils ca. 2 Mrd. Euro in die aus den Vorjahren arg gebeutelten Haushalte der Krankenkassen.

Zwischen den Kassenarten sind die Überschüsse unterschiedlich stark ausgeprägt. Wenn man bedenkt, dass fast alle Ersatzkassen ihre Beiträge bereits zum 01.01. bzw. 01.04.2004 um durchschnittlich mehr als 0,3 Beitragssatzpunkte (BSP) abgesenkt haben, fällt das Plus von über 400 Mio. Euro bei den Ersatzkassen (VdAK und AEV) auch im Osten beachtlich aus. Allerdings haben die großen Ersatzkassen bereits erklärt, dass sich die Überschüsse etwa im Bereich der Leistungsausgaben für eine Woche bewegen. Insofern müsse man z. B. angesichts erneut steigender Arzneimittelausgaben genau abwägen, ob neben den gesetzlich „verordneten" (0,9 BSP zum 01.07.05) weitere Beitragssatzsenkungen möglich sind.

Der Überschuss der Ost-AOKen fällt mit 233 Mio. Euro deutlich geringer aus und relativiert sich zusätzlich dadurch, dass die im AOK-System vorgenommenen Beitragssatzsenkungen im Durchschnitt nur rund 0,1 BSP betragen oder z. B. die AOK Mecklenburg-Vorpommern seit Jahren ihren Beitragssatz von 14,9 nicht mehr gesenkt hat.

GMG wirkt Dass das GMG seine Wirkung entfaltet hat, findet insbesondere in der Veränderungsrate bei den Leistungsausgaben (insgesamt) seinen Niederschlag. Diese sind mit -3,25 Prozent auch im Jahresverlauf gesehen relativ konstant geblieben. Bemerkenswerte Leistungsrückgänge sind im ambulant ärztlichen Bereich (-6,86 %), bei den Zahnärzten (-5,01 %) und bei den Arzneimitteln (-10,02 %) zu verzeichnen, wobei bei Letztem die GMG-Regelungen Praxisgebühr, Zuzahlungsänderung und Preisrabatte eine besondere Rolle spielen dürften.

Allerdings gab es – wie seit Jahren auch – eine Leistungsausweitung im größten Kostenblock, bei den Ausgaben für die Krankenhausbehandlung. Hier lag die prozentuale Steigerungsrate je Mitglied in den neuen Bundesländern mit 2,05 noch höher als im Bundesdurchschnitt (+1,50 %).

Die Entwicklung der Beitragspflichtigen Einnahmen (BpE) liegt mit 0,19 % (VdAK: -0,21, AEV: +0,21) zwar knapp im Plusbereich, wird aber durch die eingangs geschilderte Tatsache relativiert, dass diese Entwicklung fast ausschließlich aus der gesetzlich verbreiterter Bemessungsgrundlage bei den Betriebsrenten resultiert. Ansonsten wäre man, besonders in den neuen Bundesländern, wieder relativ weit im Minusbereich – ein Indiz für die nach wie vor prekäre Situation auf der Einnahmeseite.

2005 – wie weiter? Bislang geht man in Expertenkreisen von einer Steigerung bei den Leistungen von 2,0 Prozent je Mitglied aus. Wenn man berücksichtigt, dass sich die Einnahmen der GKV-Kassen in diesem Jahr nicht weiter ausbauen lassen, würde daraus eine Belastung von 0,1 Beitragssatzpunkten resultieren. Darüber hinaus müssen einige Kassen ihre Schulden weiter tilgen, die Auswirkung der Hartz IV-Regelungen berücksichtigen und alle die gesetzliche „Zwangs-"Senkung ab Juli vollziehen. Angesichts der

Tabelle 2: Veränderungsraten und Finanzsaldo 2004 nach Kassenarten in v.H. je Mitglied (GKV-Ost)
Quelle: GKV-Statistik BMGS, Vordruck KV 45

Bereich	AOK	BKK	IKK	AEV	VdAK	GKV
Ärztliche Behandlung	-6,32	-5,35	-12,78	-6,12	-6,31	-6,86
Zahnärztliche Behandlung	-3,62	-3,14	-6,17	-10,15	-5,91	-5,01
Zahnersatz	-1,19	2,09	0,41	1,42	-1,71	-0,87
Arzneimittel	-11,31	-9,05	-9,11	2,39	-7,81	-10,02
Hilfsmittel	-13,66	-14,81	-16,95	-13,54	-16,45	-14,52
Heilmittel	-10,05	-5,58	-11,03	1,44	-9,07	-9,68
Krankenhausbehandlung	-0,83	6,79	6,55	2,95	6,18	2,05
Krankengeld	-6,69	-1,70	-10,83	-3,24	-11,33	-7,98
Fahrkosten	-9,43	-3,95	-8,06	-14,13	-5,00	-7,80
Vorsorge- und Reha-Maßnahmen	-0,06	-0,29	-12,97	-7,34	-5,87	-3,19
Soziale Dienste / Prävention	1,86	27,12	4,14	6,63	10,86	7,70
Früherkennungsmaßnahmen	22,66	24,12	10,12	-10,71	48,01	28,97
Häusliche Krankenpflege	-1,09	8,04	8,88	8,61	18,64	1,64
Sterbegeld	-95,98	-94,57	-93,30	-92,18	-92,90	-95,27
Leistungsausgaben insgesamt	**-4,38**	**-0,19**	**-3,42**	**-1,36**	**-2,07**	**-3,25**
Netto-Verwaltungskosten	1,21	-30,03	-4,05	4,21	-6,64	-2,97
BpE AKV-Mitglieder	2,21	-1,91	2,77	0,74	0,85	0,37
BpE Rentner	0,40	-0,17	-1,04	-1,74	-0,42	0,14
BpE gesamt	**1,55**	**-1,89**	**2,10**	**0,21**	**-0,21**	**0,19**
Überschuß/Defizit(-) in Mio. Euro	**233**	**253**	**78**	**12**	**392**	**1.019**

dadurch schwer zu kalkulierenden Einnahmen- und Ausgabenentwicklungen wird der Spielraum für Beitragssatzsenkungen relativ klein sein.

Natürlich werden alle Ersatzkassen schon aus Wettbewerbsgründen ernsthaft prüfen, wo weitere Beitragssatzsenkungen möglich sind. Allerdings hat angesichts der zuvor geschilderten Unwägbarkeiten eine seriöse Planung Vorrang, damit die Beitragssätze auch perspektivisch über den 01.01.2006 hinaus stabil gehalten werden können.

Kurz gemeldet:

Schiedsamt legt Honorarverteilung ab 01.04.2005 fest

Auf einer Sitzung am 14. März dieses Jahres behandelte das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung den Honorarverteilungsvertrag (HVV), der ab dem 01.04.2005 Gültigkeit hat.

Zunächst lehnte es den von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geforderten Punktwert von 5,1 Cent ab, da dieser – auch nach Berechnungen der KV – zu einer Budgeterhöhung von insgesamt 132 Mio. Euro geführt hätte. Bei der Honorarverteilung geht es ausdrücklich nur um eine neue Verteilung des bestehenden Honorars und nicht um eine neue „Honorarschöpfung". Der Schiedsamtsvorsitzende folgte den Berechnungen der KV, die auf der Grundlage des bestehenden Honorarvolumens einen Mindestpunkwert von 1,5 Cent errechnet hatte. Dieser ist allerdings eine reine „Rechengröße". Der tatsächlich zur Auszahlung an die Ärzte gebrachte Punktwert dürfte sich bei 2,8 bis 3 Cent bewegen.

Die Kosten für die Honorarverteilung trägt die KV. Hinsichtlich der Haftung hat das Schiedsamt eine paritätische Aufteilung zwischen Kassenverbänden und der KV festgelegt. Allerdings haftet die KV allein, soweit deren Vorstand im Rahmen des HVV zur Auslegung oder zur Alleinentscheidung berechtigt ist. Unter den Kassenverbänden gilt der Grundsatz der gesamtschuldnerischen Haftung.

Ersatzkassen schließen DMP-Vertrag

Nach dem kassenartenübergreifenden Disease-Management-Programm (DMP) Brustkrebs haben die Ersatzkassen einen weiteren DMP-Vertrag für ihre Versicherten abgeschlossen – das strukturierte Programm zur Behandlung koronarer Erkrankungen (Herzkrankheiten). Damit besteht ab dem 01. April dieses Jahres auch für die Versicherten der Ersatzkassen die Chance, sich bei Vorliegen der entsprechenden Erkrankungen in dieses Programm eintragen zu können und von der verbesserten, leitliniengesteuerten Behandlung zu profitieren.

Außerdem steht ein weiteres Programm kurz vor dem Abschluss. Kassenärzte und Ersatzkassen haben signalisiert, dass sie in den nächsten Wochen den DMP-Vertrag zur Behandlung des Diabetes Typ II unterschreiben wollen.

Sehr gute Pflegebedingungen

Nach Auffassung des Sozialministeriums verfügt Mecklenburg-Vorpommern über eine sehr gute Infrastruktur im Bereich der Pflege und Betreuung.

Derzeit werden im Land in 15 Schwerstpflegeheimen für geistig bzw. mehrfachbehinderte Menschen 823 Pflegeplätze angeboten. Zwölf dieser Einrichtungen wurden in der Vergangenheit neu bzw. grundlegend umgebaut, so dass gute bis sehr gute Lebensbedingungen für die Bewohner erreicht werden konnten. Zwei Schwerstpflegeheime befinden sich im Bau und werden noch im Jahr 2005 fertig gestellt. Ministerin Dr. Linke schätzt aus heutiger Sicht ein, dass das derzeitige Angebot an Plätzen in Schwerstpflegeheimen für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen in Mecklenburg-Vorpommern den Bedarf auch für die Zukunft decken wird. Die Pflegekassen stellen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durch ständige Qualitätsprüfungen sicher, dass die Betreuung und Pflege auf einem guten, angemessenen Niveau erbracht werden.

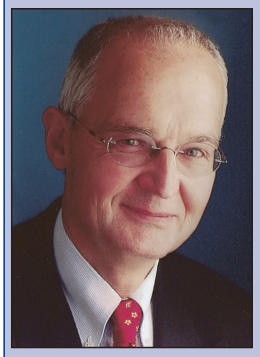
KV-Vorschlag würde mehr Bürokratie bringen

Der Vorschlag des KV-Vorsitzenden Dr. Eckert, bei **jedem** Arztbesuch zwei Euro Praxisgebühr zu bezahlen, würde nach Auffassung der Landesvertretung der Ersatzkassen den bürokratischen Aufwand nur erhöhen!

So müssten dann auch in den Fällen ein Zahlungsvorgang mit Kassieren, ggf. Geldwechseln und Ausschreiben einer Quittung erfolgen, in denen man derzeit nur eine Quittung über die bereits im Quartal geleistete Zuzahlung bzw. eine generelle Zuzahlungsbefreiung einfach vorzeigen müsse.

„Aus meiner Sicht bringt dieser Vorschlag eher eine Erhöhung des bürokratischen Aufwandes für das Praxispersonal", so der Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände Karl L. Nagel. „Zumal ja bei Nichtzahlung auch die administrative Eintreibung von dann zwei Euro bestehen bleiben würde."

Personalien:
Neuer Leiter der Landesvertretung



Mit Wirkung vom 01.01.2005 hat Karl L. Nagel die Leitung der Landesvertretung in Mecklenburg-Vorpommern übernommen.

Karl L. Nagel hat langjährige Erfahrung in der Krankenversicherung. Diese Erfahrung erstreckt sich u. a. auf Tätigkeiten im Versorgungs- und im Vertragsmanagement.

Nagel: „Das Vertragsgeschäft stellt immer wieder neue Herausforderungen an die Beteiligten. Ziel von Vertragsverhandlungen ist ein vernünftiges Ergebnis, mit dem beide Vertragspartner leben können. Voraussetzung dafür ist allerdings der Wille beider Parteien, eine Einigung erzielen zu wollen."

Mit der Einigung der Vertragspartner über ein Arzneimittelbudget 2005 ist hier ein guter Start gelungen. Gleichwohl ist die Senkung der überdurchschnittlich hohen Arzneimittelkosten in Mecklenburg-Vorpommern weiterhin vorrangige Aufgabe.

Als wichtige Grundlage für die Vertragsarbeit bezeichnet Nagel eine vertrauensvolle Zusammenarbeit der Vertragspartner. Der gleiche Stellenwert ist der Kooperation und guten Zusammenarbeit mit den Ersatzkassen einzuräumen.

Neuer Referatsleiter für das Vertragsreferat

Ebenfalls mit Wirkung vom 01.01. des Jahres wurde die Stelle des Referatsleiters Verträge neu besetzt. Thomas Reboné wurde in diese Funktion berufen. Herr Reboné ist Volljurist und ist bereits seit dem Jahr 2000 als Referent im Vertragsbereich der Landesvertretung tätig gewesen.

Bücher

- **Klaus Bergdolt** ruft in seinem Buch **„Das Gewissen der Medizin –** Ärztliche Moral von der Antike bis heute" in Erinnerung, dass es für komplizierte medizinethische Fragestellungen kaum Lösungen ohne Widersprüche und legitime Gegenargumente geben kann. Die Geschichte der Medizinethik mahnt zur Toleranz, aber auch zur Vorsicht und Wachsamkeit.
  Verlag C. H. Beck, München 2004, gebunden, 377 Seiten m. 4 Abb., ISBN 3-406-52192-4, 29,90 €

- Die neu geschaffene Institution des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) stellt ein zentrales Instrument des Gesetzgebers dar, wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitsmarkt durchzusetzen. **B. Zwingel** und **R. Preißler** stellen in ihrem Buch **„Das Medizinische Versorgungszentrum"** unter Berücksichtigung der abstrakt-komplexen Rechtslage praktische Beispiele und Modellkonstruktionen vor, die u. a. auch die rechtliche Ausgestaltung von Arbeitsverhältnissen berücksichtigen.
  Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 2004, broschiert, 155 S., ISBN 3-7691-3227-0, 29,95 €

- Ist Schwitzen gesund? Leben Ausdauersportler länger? Sterben Dicke früher als Dünne? Mit einem unterhaltsamen Buch über medizinische Halbwahrheiten wartet der Wissenschaftsjournalist **Werner Bartens** auf und schreibt auf 350 Seiten von A wie Abtreibung bis Z wie Zecke gegen althergebrachte Mythen und Gesundheitstipps an.
  Lexikon der Medizin-Irrtümer, Eichborn-Verlag, Frankfurt a. M. 2004, gebunden, 350 S., ISBN 3-8218-3922-8, 22,90 €

- **Prof. J. Weineck: Sportanatomie,** Fachbuch, 16. Auflage, **Spitta-Verlag**, Balingen 2004, ISBN 3-934211-67-4, 32,80 €.
  Dieses Buch stellt anatomisches Fachwissen praxisbezogen dar und macht es somit für den Unterricht sowie den Trainings- und Übungsbetrieb anwendbar. Gut strukturiert und reich an Illustrationen gibt es einen hervorragenden Einblick in die funktionelle Anatomie des Sportlers.

- Wie komme ich an eine Erst- oder weiterführende Ausbildung im Gesundheits- und Sozialwesen? Welche Möglichkeiten zur Qualifikation gibt es überhaupt und an welchen Hochschulen bzw. Universitäten? Der praktische Wegweiser **„Wege ins Management"** informiert Schritt für Schritt über grundlegende Aspekte für alle, die ihre berufliche Perspektive im Gesundheits- und Sozialmanagement sehen.
  Fachverlag Quaas, Frankfurt a. M. 2004, 530 S., broschiert, ISBN 3-9809624-0-7, 19,80 €

Impressum
Herausgeber:
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des VdAK/AEV
Werderstraße 74 a · 19055 Schwerin
Telefon: 0385 / 52 16-100 · Telefax: 0385 / 52 16-111
Redaktion: Dr. Bernd Grübler · Verantwortlich: Karl L. Nagel