

# report mecklenburg-vorpommern

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Dez. 2010

# ersatzkassen

## GKV-Finanzierungsgesetz:

### **Gespart? – Ja! Reformiert? – Nein!**

„**ES IST NICHT ALLES SCHLECHT**, was in Berlin gemacht wurde, aber der ganz große Wurf ist es auch nicht“, so die lapidare, aber zutreffende Ausführung des vdek-Vorstandsvorsitzenden Thomas Ballast anlässlich einer gesundheitspolitischen Veranstaltung im Schweriner Landtag zum gerade verabschiedeten Finanzierungsgesetz in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG).

#### **Echte Reformen sind notwendig**

Allein der Name „Gesetz“ und nicht „Reform“ lässt erahnen, dass der bundespolitische Gesetzgeber zunächst nur das ca. Elf-Milliarden-Loch stopfen wollte, das sich in der gesetzlichen Krankenversicherung aufgetan hatte. Dazu wurde der Beitragssatz wieder auf die Marge von 15,5 Prozent angehoben und damit die Einnahmeseite gestärkt. Vor der letzten Bundestagswahl war der Beitragssatz schon mal genau auf diesem Wert, wurde aber aus sicherlich wahltaktischen Gründen auf 14,9 Prozent abgesenkt. Ein „Manöver“, das die Ersatzkassen bereits seinerzeit als wenig zielführend kritisiert hatten.

Auf der GKV-Ausgabenseite ist wenig passiert, d. h. mit Ausnahme der Arzneimittelindustrie, den

#### **In dieser Ausgabe:**

- IGeL-Leistungen nehmen zu (Studie)
- „Schweriner Gespräch der Ersatzkassen“
- Kassenfusionen und Versichertenverhalten
- vdek im Präqualifizierungsverfahren

Krankenkassen und mit Abstrichen bei den Krankenhäusern, die deutlich sparen müssen, wurde hier wenig verändert. So wurden relativ kurz nach der Bundestagswahl per Beitragsanhebung die Defizite weitestgehend ausgeglichen; das kaschiert jedoch nicht den notwendigen Reformbedarf.

Das Reformbedarf besteht, ist für alle Akteure im Gesundheitssystem eigentlich klar und deutlich und wird immer lauter bei jeder sich bietenden Gelegenheit angesprochen, ja nahezu mahndend beschwört. Es ist der demografische Wandel, der einerseits die Bevölkerung immer älter werden lässt, mit den daraus folgenden Konsequenzen für

eine zunehmende medizinische Betreuung, insbesondere bei chronischen Krankheiten. Andererseits schrumpft der Anteil der arbeitenden Bevölkerung (Erwerbstätige) mit den Folgen, dass weniger Beiträge in die Sozialversicherungssysteme fließen und auch die Zahl der möglichen ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräfte teilweise gravierend abnehmen wird.

Hier sind intelligente Lösungen gefragt, wie die medizinische Versorgung in der Zukunft gestaltet werden soll. Wobei heute schon klar ist, dass das nur versorgungsbereichs- und professionsübergreifend gelingen kann, vor allem in ländlichen bzw. strukturell schwächer entwickelten Regionen der Bundesrepublik (siehe auch Artikel Seite vier bis sechs, Schweriner Gespräch der Ersatzkassen).

### Solidarische Finanzierung in Gefahr

Ein Stück „Reform“ enthält das GKV-FinG allerdings doch, aber eines, das ganz gewaltig an den Grundwerten einer solidarischen Krankenversicherung rüttelt. So wird zukünftig der Anteil der Arbeitgeber „eingefroren“. Sie beteiligen sich nur noch mit 7,3 Prozent am allgemeinen Beitragssatz, den größeren Teil von 8,2 Prozent zahlen die Arbeitnehmer allein. Das ist ein weiterer Schritt in Richtung Auflösung der paritätischen Finanzierung der Gesundheitslasten.

Schlimmer noch: Zukünftige Kostensteigerungen, die angesichts der Entwicklung der Kosten in den letzten Jahrzehnten mit Sicherheit zu erwarten sind, müssen einseitig nur von den Arbeitnehmern getra-

gen werden. Auch der im Gesetz nachgeschaltete „Sozialausgleich“ ändert daran nichts. Denn er ist zum einen kurzfristig nur mit zwei Milliarden Euro abgedeckt und soll gleichzeitig auch noch zum Aufbau einer notwendigen (Liquiditäts)Reserve genutzt werden. Da kann man sich fast schon ausrechnen, wann die nächsten Defizite auflaufen werden.

Mit diesem Schritt verlässt die gesetzliche Krankenversicherung ein weiteres Stück den sicheren Boden der solidarischen, einkommensabhängigen Finanzierung ihrer Ausgaben. Stattdessen werden in Zukunft die Kostensteigerungen über (pauschalisierte) Zusatzbeiträge finanziert. Durch diese Pauschalen, die sich nicht mehr am Einkommen orientieren, werden Besserverdienende entlastet und für weniger gut Verdienende greift der schon erwähnte Sozialausgleich, der relativ kompliziert ist. Ein Ausgleich erfolgt nämlich in Bezug auf den sogenannten durchschnittlichen Zusatzbeitrag, der (fiktiv) errechnet wird und bundesweit gilt. Ist der tatsächlich erhobene Zusatzbeitrag einer Krankenkasse höher als der fiktive durchschnittliche Zusatzbeitrag, kann ein Versicherter durchaus mehr zahlen müssen, als die gesetzlich vorgesehenen zwei Prozent im Verhältnis zu seinem Einkommen.

Alles in allem bleibt zu konstatieren, dass das GKV-FinG eher ein halbherziges Spargesetz ist, das notwendige Reformen in der gesetzlichen Krankenversicherung ausklammert und eher der privaten Krankenversicherung den Rücken stärkt.

## DER KOMMENTAR



Karl Nagel,  
Leiter der vdek-  
Landesvertretung

### „PKV-Förderprogramm“ zuungunsten der gesetzlichen Krankenversicherung

Die jetzt beschlossenen Änderungen im GKV-Finanzierungsgesetz bevorteilen die private zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das ist Rosinenpickerei, da davon in erster Linie gutverdienende Singles profitieren. Durch die verkürzte Wartefrist für einen Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung von drei auf ein Jahr, können ab Januar 2011 viele Mitglieder sofort die gesetzliche Krankenversicherung verlassen, deren Einkommen in diesem Jahr mehr als die sogenannte Pflichtversicherungsgrenze von derzeit 4.162 Euro im Monat beträgt. Die Ersatzkassen rechnen 2011 mit mehr als 500 Millionen Euro Beitragseinnahmeverlusten durch diese Regelung.

Außerdem kann die PKV per Gesetz an den kostensparenden Rabattverträgen der GKV bei Arzneimitteln profitieren. Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar, dass die Probleme der

profitorientierten privaten Krankenversicherung mit ihren immens hohen Verwaltungskosten letztlich zulasten der solidarisch funktionierenden gesetzlichen Krankenkassen gelöst werden sollen.

Mit diesem Gesetz wird eine Systemwende eingeleitet, die mittelfristig die bewährten Grundpfeiler der GKV, wie solidarische Finanzierung, Parität und Sachleistungsprinzip, außer Kraft setzen kann. Das muss ordnungspolitisch schnellstmöglich wieder besser geregelt werden.

Studie:

# Ärzte verkaufen immer mehr Privatleistungen an GKV-Versicherte

**NACH EINER RECHERCHE** des Wissenschaftlichen Institutes der AOK (WidO) gelingt es niedergelassenen Ärzten zunehmend häufiger, sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) auf Privatrezept an den Mann oder die Frau zu bringen. Immerhin mehr als ein Viertel (28,3 Prozent) der gesetzlichen Versicherten kaufen sich eine derartige Leistung innerhalb eines Jahres ein. Damit erzielen deutsche Ärzte bundesweit ca. 1,5 Milliarden Euro für diese Art von „Zusatzbehandlung“ gesetzlich Versicherter. Auffällig dabei ist: Bei mehr als der Hälfte (54,4 Prozent) wurde keine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen und unterschrieben, wie das eigentlich gesetzlich vorgeschrieben ist. Bei jeder siebten privaten Behandlung wurde nicht einmal eine Rechnung erstellt. Wenn es rechtlich korrekt zugehen würde, muss der Versicherte vor Behandlungsbeginn bestätigen, dass er ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden. Außerdem muss er eine Rechnung über diese Zusatzkosten erhalten, die detailliert die Leistungen und deren Preise ausweist.

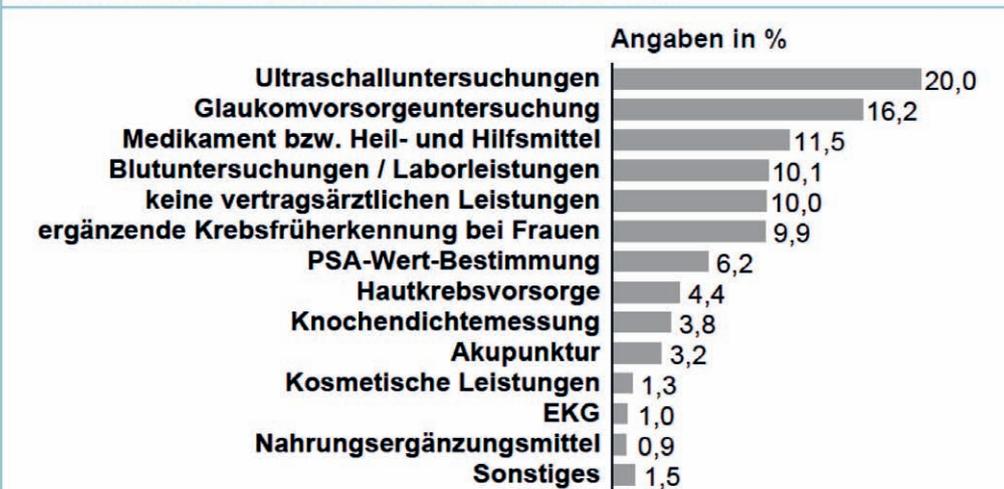
Eine weitere interessante Erkenntnis ist, dass die IGeL-Leistungen vor allem Patienten angeboten

wurden, die über ein höheres Einkommen verfügen. Nach Aussagen der WidO-Forscher wurden mehr als drei Viertel dieser Versicherten direkt vom Arzt angesprochen und auf die privat zu zahlenden Gesundheitsleistungen hingewiesen. Das zeigt, dass die Ärzte offenbar auch als „Verkäufer“ immer besser werden.

Besonders Augenärzte und Gynäkologen liegen an der Spitze der Privatliquidationen, etwa sieben Mal häufiger als Hausärzte. Da ist es nicht verwunderlich, wenn Ultraschalluntersuchungen, Augenuntersuchungen zum „Grünen Star“ (Glaukom) und Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel fast die Hälfte aller IGeL-Leistungen ausmachen (vergleiche Grafik unten).

Krankenkassen sehen diese Entwicklung mit einiger Besorgnis, zumal auch Leistungen wie medizinisch notwendige Ultraschalluntersuchungen oder zum Beispiel das Hautkrebscreening privat angeboten werden, die eigentlich Standardleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind und somit nicht extra von den Patienten bezahlt werden bräuchten.

**Die Verteilung privat angebotener, beziehungsweise nachgefragter Leistungen in der Arztpraxis – „Welche Leistung war das genau?“\*\***



\* von insgesamt 791 angebotenen oder nachgefragten Leistungen, ohne zahnärztliche Leistungen

Quelle: WidOmonitor 2/2010

© WidO 2010

Auf die Leistungsgruppen Ultraschall, Glaukomvorsorgeuntersuchung und zusätzliche Verordnungen für Medikamente bzw. Heil- und Hilfsmittel entfällt fast die Hälfte der angebotenen Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL).

## „Schweriner Gespräche der Ersatzkassen“ Übergreifende Versorgung im ländlichen Raum

**ANFANG DEZEMBER** fand das zweite „Schweriner Gespräch der Ersatzkassen“ im Landtag von Mecklenburg-Vorpommern statt. Die Landesvertretung hatte dazu Bundes- und Landespolitiker sowie Vertreter der Ersatzkassen eingeladen. Gemeinsam diskutierten sie, wie man die medizinische Versorgung besonders in den ländlich geprägten Regionen Mecklenburg-Vorpommerns gestalten könnte und wo genau die Probleme liegen.



Ersatzkassenvertreter und Politiker beim „Schweriner Gespräch“

### Nicht an den solidarischen Grundwerten rütteln

Karl Nagel, Leiter der Landesvertretung der Ersatzkassen, wies in seiner Eröffnungsrede darauf hin, dass das gerade beschlossene GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) eine Reihe von Regelungen enthält, die für die Versicherten der vdek-Mitgliedschaften und damit auch für die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern einschneidende Veränderungen mit sich bringen wird.

Zunächst ist da die Erhöhung des allgemeinen Beitrages zu nennen. Diese Regelung wurde notwendig, weil die gesetzliche Krankenversicherung ein Defizit von ca. elf Milliarden Euro angehäuft hat. Besorgt sind die Ersatzkassen allerdings darüber, dass künftige Ausgleichsmaßnahmen von Defiziten nur noch über den Zusatzbeitrag laufen werden. Das belastet die Versicherten der GKV einseitig, denn diese zahlen den Beitrag allein; der Arbeitgeber bleibt „außen vor“. Hier wurde manifest an den solidarischen Grundwerten der Krankenversicherung gerüttelt.

Karl Nagel bemerkte, dass sich der demografische Wandel in M-V besonders bemerkbar machen wird. War Mecklenburg-Vorpommern nach der Wende noch das jüngste Bundesland, so ist es heute fast das älteste.

„Das hat zwei Konsequenzen“, so der Leiter der vdek-Landesvertretung. „Erstens: Es gehen uns Menschen ‚verloren‘, die als Erwerbstätige Beiträge in die Sozialversicherungssysteme einzahlen und zweitens fehlen uns diese Menschen auch für die Betreuung der älteren Generation, z. B. als Fachkräfte in der Pflege, der stationären und ambulanten medizinischen Versorgung, ja letztlich auch als Ärztinnen und Ärzte.“

### Regional gesteuerte, professionsübergreifende Versorgung

Der Bundestagsabgeordnete Dr. Harald Terpe, Bündnis 90 / Die Grünen, betonte in seinem Statement, dass das GKV-Finanzierungsgesetz letztlich ein „Feuerwehrgesetz“ ist. Grundsätzlich sei es gelungen, durch eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes das Defizit in der GKV auszugleichen, nach dem Motto: Beiträge erhöht – Loch gestopft! Schon vor der letzten Legislaturperiode war jedoch klar, dass die im Wahlkampf versprochene und dann auch durchgesetzte Beitragssenkung von 15,5 auf 14,9 Prozent nicht lange durchzuhalten war.

Er stellte danach die Frage nach Effizienzsteigerungen; wo sind sie zu sehen? Es muss politisch und in der Selbstverwaltung gelingen, die begrenzten finanziellen Ressourcen besser zu verwenden. Dabei ist für den Bundestagsabgeordneten der Grünen eines klar: „Wir brauchen ein solidarisch finanziertes System. Dafür gibt es viele Gründe. Einer ist die demografische Entwicklung. Hier sind schwerwiegende Entscheidungen zu treffen; dafür benötigen wir die solidarische Finanzierung und auch, weil das Gesetz unterschiedliche Auswirkungen auf die Versicherten haben wird, je nach dem wie stark deren Finanzkraft ist.“

Und noch einen Aspekt fand er bemerkenswert: Wenn andere Bundesländer ihre Zukunft sehen wollen, dann könnten sie auf Mecklenburg-Vorpommern blicken. „Die demografische Entwicklung und die strukturellen Auswirkungen die wir heute schon haben, werden die anderen Bundesländer in ab-

sehbarer Zeit ebenfalls bekommen. Der Ärztemangel wird kommen. Schon heute sind viele Haus- und Fachärzte weit über 50 Jahre und gehen bald in den Ruhestand. Und Nachwuchs kommt nicht nach. Wir haben zudem einen Bevölkerungs- und einen Mobilitätsschwund, das führt insgesamt zu sich verändernden Strukturen, nicht nur im Gesundheitswesen.“

Dieses Feld ist eine übergreifende Aufgabe für die Politik, wenn sie Strukturen verändern will. Dazu muss die Frage beantwortet werden: Wer soll in Zukunft den Sicherstellungsauftrag bekommen? Und außerdem könne man aus den wenigen, vielversprechenden Beispielen aus dem Bereich der integrativen Versorgung lernen und die Ergebnisse sektorenübergreifend nutzen.

### Auch soziale Aufgaben übernehmen

Ralf Grabow, FDP, und Vorsitzender des Landtagsausschusses für Gesundheit und Soziales, erklärte zunächst, dass das Defizit von elf Milliarden in der GKV nicht Schuld der FDP sei. Aber mit den beschlossenen Gesetzesänderungen wird es abgebaut und das wäre doch immerhin ein Einstieg in eine Konsolidierungsphase. Die ist auch nötig, denn es stehen schon weitere, neue Gesetzesänderungen in Mecklenburg-Vorpommern an, wie dem Krankenhausgesetz.

In Sachen Strukturveränderungen habe man schon einiges gemacht, das heißt, die Landesregierung zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den Universitäten. Die Frage ist: Welche Maßnahmen zeigen wirklich Erfolg? „Eine solche ist auf

jeden Fall die Einrichtung eines Lehrstuhls für Allgemeinmedizin in Rostock; auf einen gleichartigen in Greifswald warten wir noch.“

In ein paar Jahren würde man mit Sicherheit noch mehr Probleme haben. Er legte den Diskussionsteilnehmern in diesem Zusammenhang die Forschungsergebnisse von Professor Hoffmann aus Greifswald ans Herz.

Wo die Schwachstellen im ländlichen Raum liegen, hat u. a. der „Landarzttermin“ von Bundesgesundheitsminister Rösler gezeigt. „Es gibt Regionen, da ist der Nachwuchs noch relativ sicher; aber wo zum Beispiel keine Schule, keine Theater und kein Beruf für den Ehepartner vorhanden ist, da geht auch keiner mehr hin.“

Aus seiner Sicht könnte die im Projekt AGnES erfolgreich getestete „Krankenschwester“ durchaus auch noch weitergehend eingesetzt werden, bis hin in den sozialen Bereich.

### Politik muss ehrlich sagen, was machbar ist

Auf die politisch opportune Gesetzgebung wies anschließend Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des vdek, hin. „Auf der GKV-Ausgabenseite ist wenig passiert, d. h. mit Ausnahme der Arzneimittelindustrie, den Krankenkassen und mit Abstrichen bei den Krankenhäusern wurde hier wenig verändert. So wurden relativ kurz nach der Bundestagswahl per Beitragsanhebung die Defizite weitestgehend ausgeglichen; das kaschiert jedoch nicht den notwendigen Reformbedarf.“

Natürlich müssen viele Probleme regional, d. h. vor Ort gelöst werden. Dabei ist interessant, dass es gerade regional einen unterschiedlichen „Leidensdruck“ gibt. Wenn Berliner schon eine Erhöhung von fünf auf sieben Gehminuten zum nächsten Arzt als eine „gefühlte Bedrohung“ erleben, gibt es in weiten Landstrichen Brandenburgs oder Mecklenburg-Vorpommerns ein reales Problem, wenn zum Beispiel Hausärzte nicht innerhalb eines vertretbaren Zeitrahmens erreicht werden können. Hier hat die Politik jedoch ein gewisses Problem mit dem Umgang kritischer Stimmen oder Forderungen aus der Bevölkerung. Sie muss ehrlich sein und deutlich sagen, was machbar ist und was nicht.

Ein weiteres Kennzeichen der politischen Debatte sind die Forderungen der Länder nach mehr Mitbestimmung und Übernahme von Verantwortung bei der medizinischen Versorgung. Dies wollen sie aber ohne auch die finanzielle Verantwortung zu übernehmen, nach dem Motto: „Die Ohren anderer Leute schneiden sich wie Butter“. Deshalb treten wir dem Vorschlag der CDU/SPD auf der Gesundheits-



v. l.: Thomas Ballast (vdek, Vorstandsvorsitzender), Karl Nagel (vdek, Leiter der Landesvertretung M-V), Dr. Norbert Nieszery (SPD, Fraktionsvorsitzender der Landtagsfraktion), Ralf Grabow (FDP, Vorsitzender des Landtags-Gesundheitsausschusses)

ministerkonferenz entgegen, weil diese genau keine Übernahme finanzieller Verantwortung vorsehen. Auch vor der Forderung der Mitbestimmung im Gemeinsamen Bundesausschuss kann ich nur warnen. Dieses Gremium ist schon heute ein Moloch, bei dem stundenlang, oft ergebnislos gestritten wird. Zusätzliche 16 neue (Länder)Stimmen würden das nicht einfacher machen. Hier kann man sich höchstens eine gebündelte Kompetenz der Länder vorstellen.

Im Zusammenhang mit der demografischen Entwicklung und der ärztlichen Versorgung gibt es zwei Aspekte. Zum einen wird es weniger Versorger wie Ärzte oder Pflegepersonal, zum anderen weniger zu Versorgende geben. Aus Sicht der Ersatzkassen muss das aber nicht zwingend ein Problem bei den Ausgaben auslösen. Schwierig ist es allerdings, die Zahl der notwendigen Fachkräfte zu bestimmen. Die Politik muss sagen: So wie früher, mit solch einer Versorgungsdichte wird es nicht weitergehen. Wir hatten allerdings auch noch nie so viel Ärzte wie heute; wobei sich das in den Regionen sehr unterschiedlich zeigt. Aber nur in den Regionen wird sich entscheiden, wie dieses System umzugestaltet ist.

In Hinblick auf die ambulante Versorgung meinte der vdek-Vorsitzende: „Wir müssen die Niederlassungen attraktiver gestalten und den Ärztinnen und Ärzten eine Perspektive von mindestens zehn Jahren geben. Dazu gehören Arbeitszeitmodelle, die soziale und kulturelle Einbindung oder auch die Berufsmöglichkeit für den Ehepartner. Das zeigt schon, dass wir nicht an jedem Ort niedergelassene Ärzte haben können. Stattdessen benötigen wir eine starke Vernetzung und den schnellen Austausch von Informationen. Hierbei wird die Telematik eine herausragende Funktion übernehmen müssen.“

### Um konstruktive Lösungen bemühen

Dietrich Monstadt, CDU, Mitglied des Gesundheitsausschusses im Bundestag, betonte, dass Mecklenburg-Vorpommern immer ein Problem mit der Gestaltung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum haben werde, insbesondere bei der fachärztlichen Versorgung. Deshalb müsse die Niederlassung finanziell besser abgesichert werden und außerdem sollten auch mehr „Landeskinder“ Medizin studieren können, denen danach der Zugang zu einer Niederlassung in M-V erleichtert werden könnte.

Auch im stationären Bereich, bei der Entwicklung des sogenannten Landesbasisfallwertes (LBFW) sollte sich das Land nicht abhängen lassen. Die unterschiedlichen LBFW der Bundesländer müssen mittelfristig ausgeglichen werden. Insofern muss die ausgesetzte gesetzliche Regelung zu dieser Angleichung vom

Bundesgesetzgeber wieder aufgenommen werden. Das GKV-Finanzierungsgesetz lässt eine gewissen Zeit zum Atemholen, in der sich alle Beteiligten um konstruktive Lösungen bemühen müssen.

### Endlich sektorübergreifende Versorgung organisieren

Sehr deutliche Worte sprach Dr. Norbert Nieszery, Vorsitzender der SPD-Landtagsfraktion. Man rede seit etwa 2002 immer wieder über die gleichen Dinge. Es wird Geld generiert, meist über die Beiträge der Versicherten, das danach im Gesundheitssystem „verbrannt“ wird. „Wir haben hier einen Selbstbedienungsladen auf allen Ebenen. Das System ist krank und niemand traut sich ran, daran etwas zu ändern. Auch die große Koalition hatte nicht die Kraft dazu.“ Es müsse endlich gelingen, die sektorübergreifende Versorgung zu organisieren. Hier bekommt man jedoch regelmäßig viel Gegenwind von den Ärzten und von den Patienten. Es gehe aber nicht anders, da muss die Politik standhaft sein.

Es gibt aber auch positive Beispiele, zum Beispiel bei der Krankenhausstruktur. Mit jetzt 36 Krankenhäusern, die über die ganze Fläche des Landes verteilt sind, habe Mecklenburg-Vorpommern eine effektive und nachhaltige Struktur geschaffen. An die Krankenhäuser könnte man jetzt die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) andocken.

Die Landesvertretung der Ersatzkassen wird das Thema „Übergreifende medizinische Versorgung im ländlichen Raum“ auch 2011 in den Mittelpunkt einer Strukturdiskussion stellen und dazu eine Fachkonferenz mit Landes- und Kommunalpolitikern, niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten sowie Gesundheitswissenschaftlern durchführen.



Es ging zur Sache, aber nicht nur ernst ...  
Dietrich Monstadt (MdB, CDU), Thomas Ballast und  
Karl Nagel (beide vdek, v. l.)

## IGES-Studie Krankenkassenfusionen: **Mitglieder reagieren verunsichert**

Nach einer Studie des IGES-Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung haben gesetzlich Versicherte zu Krankenkassenfusionen durchaus ein ambivalentes Verhältnis. Halten sie Fusionen zwischen den Kassen einerseits für wirtschaftlich sinnvoll, so reagieren sie andererseits jedoch stark verunsichert und wechselbereit, wenn es ihre eigene Krankenkasse betrifft. Nach Aussagen der IGES-Forscher könnten Wechselwellen zwischen den Kassen vermieden werden, wenn die Fusionsprozesse richtig kommuniziert werden.

Fusionsprozesse werden den Studienerkenntnissen zufolge in drei Phasen durchlebt: Zunächst herrscht Irritation über die oftmals überraschende Nachricht. Die Mitglieder stellen in dieser Phase die Beziehung zu ihrer Krankenkasse zumindest unterschwellig in Frage. Danach wollen sie sich von der potenziell neuen Krankenkasse ein Bild machen. Diese Phase ist begleitet durch ein ständiges Hin und Her zwischen Selbstberuhigung und Misstrauen. In der dritten Phase wird das Fusionsvorhaben

verstärkt in die wahrgenommene Gesamtsituation im Gesundheitswesen eingeordnet und wird dadurch meist anders beurteilt.

Jede Phase erfordert nach Meinung der Berliner Forscher spezifische Botschaften, um die Verunsicherung auf Versichertenseite zu verringern und gegebenenfalls neue Identifikationsmöglichkeiten mit der Krankenkasse aufzuzeigen.

Als wichtige Erkenntnis zeigt die Studie, dass Fusionen als konsequenter Prozess dargestellt und kommuniziert werden sollten. Denn es ist akzeptanzfördernd, wenn der Fusionsprozess als konsequent geplanter, professioneller und auf lange Sicht angelegter Vorgang verstanden wird und nicht – wie oft im Gesundheitswesen – als Stückwerk.

In den vergangenen Jahren ist die Anzahl der geöffneten Krankenkassen von über 600 auf zurzeit 117 gesunken; weitere Fusionen stehen auch für 2011 an.

### KURZ GEMELDET

#### ■ Pflegekasse bezuschusst notwendigen Umbau der Wohnung

Von den rund 57.000 pflegebedürftigen Menschen in Mecklenburg-Vorpommern werden 70 Prozent zu Hause gepflegt. Dies ist häufig nur möglich, weil die Wohnung entsprechend den Bedürfnissen der Pflegepatienten umgebaut wurde. Wer pflegebedürftig ist und deshalb seine Wohnung umbauen lassen muss, kann von seiner Pflegekasse einen Zuschuss von bis zu 2.557 Euro erhalten.

#### ■ Mecklenburg-Vorpommern bei Organspende Spitze

Im Bundesländervergleich steht der Nordosten mit 20 Spendern auf eine Million Einwohner (2009) an der Spitze. Zumeist werden Nieren transplantiert, seltener Herz, Leber und Lunge sowie Gewebe, etwa die Hornhaut des Auges. Dennoch wären 50 Spender pro eine Million Einwohner nötig. In Mecklenburg-Vorpommern warten derzeit etwa 285 Menschen auf eine Organspende, 70 Prozent davon auf eine Niere.

#### ■ Medizinisierung der Kindheit schreitet voran

Laut BARMER GEK Heil- und Hilfsmittel-Report 2010 erhielten rund 4,7 Prozent aller Kinder im Alter bis 13 Jahren Physiotherapie. Gleichzeitig sind unter den häufigsten Diagnosen im Verordnungszeitraum die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems zu finden, wovon Rückenbeschwerden rund 47 Prozent ausmachen. Noch auffälliger: Rund 29 Prozent der Kinder mit entsprechender Diagnose erhalten Physiotherapie, 51 Prozent auch Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac oder Paracetamol. Hier drängt sich die Frage auf, inwieweit die Gründe für die Zunahme dieser Beschwerden auch im sozialen Umfeld und in erzieherischen Defiziten zu suchen sind.

## Zulassungen für Hilfsmittel: vdek wird Präqualifizierungsstelle

Mit der sogenannten Präqualifizierung wird das bisherige Zulassungsgeschäft im Hilfsmittelbereich neu strukturiert.

Der vdek hat Anfang Mai beim GKV-Spitzenverband einen Antrag auf Benennung als Präqualifizierungsstelle gestellt. Geplant ist, nach Benennung durch den GKV-Spitzenverband die Tätigkeit als Präqualifizierungsstelle aufzunehmen.

Wichtige Informationen zum Präqualifizierungsverfahren finden Sie auf der Internetseite der vdek-Verbandszentrale in den aktuellen Fragen und Antworten (unter:

[http://www.vdek.com/vertragspartner/sonstige-vertragspartner/Hilfsmittelversorgung\\_-\\_PQS/index.htm](http://www.vdek.com/vertragspartner/sonstige-vertragspartner/Hilfsmittelversorgung_-_PQS/index.htm)).

Als Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich können Sie

bei uns die Präqualifizierung Ihres Unternehmens beantragen – und das einfach, kompetent, kundennah, flexibel und zu einem fairen Preis.

Erste Anträge auf Präqualifizierung können nach der Entscheidung über die Benennung durch den GKV-Spitzenverband beim vdek voraussichtlich ab Januar 2011 gestellt werden. Unter [www.pqs-hilfsmittel.de](http://www.pqs-hilfsmittel.de) werden dazu umfassende Informationen bereitgestellt. Interessierte Leistungserbringer können sich dort neben dem Antragsformular für die Präqualifizierung beim vdek u. a. auch über das zu entrichtende Entgelt informieren.



Ansprechpartnerin in der vdek-Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern ist Frau Daniela Schröder. Sie können sie telefonisch unter 0385-5216-115 erreichen oder per E-Mail unter: [daniela.schroeder@pqs-hilfsmittel.de](mailto:daniela.schroeder@pqs-hilfsmittel.de).



### WEIHNACHTSGRUSS

#### Liebe Leserinnen und Leser,

das Jahr 2010 neigt sich seinem Ende entgegen. Es war geprägt von vielen Ereignissen, die unser Leben nachhaltig geprägt haben. Als Vertreter eines großen Krankenkassenverbandes denke ich dabei natürlich zuerst an das beschlossene Gesetz zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Sie finden in diesem

Heft im Leitartikel und auch auf den Seiten vier bis sechs dazu einige Kommentierungen aus unserer Sicht.

2010 – das war aber auch die Konjunkturbelebung nach der Wirtschaftskrise, das „Lena-Fieber“, der dritte Platz bei der Fußballweltmeisterschaft der Männer oder die aktuellen WikiLeaks-Enthüllungen mit den bekannten, politisch brisanten Inhalten.

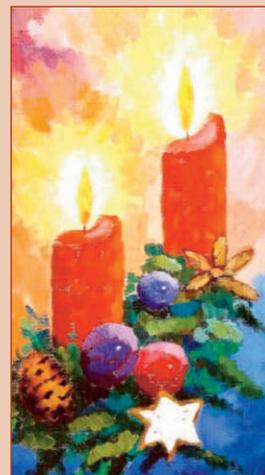
Und natürlich hatte jeder von uns in diesem Jahr auch seine ganz persönlichen Höhepunkte oder vielleicht auch Zeiten, in denen es nicht so gut lief. Gleich wie, aus diesen Erlebnissen und Erfahrungen können Sie Kraft schöpfen, um mit neuen Kräften ins Jahr 2011 zu starten. Oder wie es Mark Twain einmal so treffend ausgedrückt hat: Gib jedem Tag die Chance, der schönste Deines Lebens zu werden.

In diesem Sinn wünsche ich Ihnen und Ihren Familien ein frohes, gesundes und erholsames Weihnachtsfest sowie alles Gute fürs neue Jahr.

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Karl Nagel  
Leiter der vdek-Landesvertretung



#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Mecklenburg-Vorpommern des vdek  
Werderstraße 74a · 19055 Schwerin  
Telefon: 03 85 / 52 16-100  
Telefax: 03 85 / 52 16-111  
Verantwortlich: Karl Nagel  
Redaktion: Dr. Bernd Gröbler  
E-Mail: [LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com](mailto:LV-Mecklenburg-Vorpommern@vdek.com)