

# report bayern

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Mai 2010

# ersatzkassen

## Zusatzbeiträge

### Einseitige finanzielle Belastung der Versicherten steigt

Der Gesundheitsfonds wirkt: Zusatzbeiträge werden nunmehr von mehreren gesetzlichen Krankenkassen erhoben. Bei der letzten Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber entschieden, diese neue Finanzierungsquelle der gesetzlichen Krankenversicherung zu erschließen. Und es war nur eine Frage der Zeit, wann es soweit ist, denn der Fonds startete bereits mit einer finanziellen Unterdeckung.

Es ist politisch gewollt, dass mindestens fünf Prozent der GKV-Ausgaben von den Versicherten alleine über die Zusatzbeiträge getragen werden. Zur Erinnerung: Der allgemeine Beitragssatz wird erst dann angehoben, wenn die Fondsausgaben in zwei aufeinanderfolgenden Jahren nicht mehr zu 95 Prozent gedeckt werden. Anders ausgedrückt: Die Bundesregierung wird den allgemeinen Beitragssatz erst dann erhöhen, wenn das GKV-Defizit zwei Jahre lang mehr als fünf Prozent ausmacht.

Angesichts des für 2010 prognostizierten Fondsvolumens in Höhe von 171,1 Mrd. Euro und einer Finanzierungslücke von 2,8 Mrd. Euro beläuft sich die Unterdeckung in diesem Jahr auf 1,6 Prozent. Rein rechnerisch müsste die Deckungslücke in diesem und im kommenden

#### In dieser Ausgabe:

- Krankenschutz muss bezahlbar bleiben
- Pay for Performance  
Qualitätsorientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung
- Neue Qualitätsmaßnahme in der Rheumatherapie
- Selbsthilfeförderung durch die Ersatzkassen nimmt weiterhin zu

Jahr bei über 8,5 Mrd. Euro liegen, damit die Bundesregierung den allgemeinen Beitragssatz anhebt. Um so viel Geld aufzubringen, müssten die Versicherten zwei Jahre lang einen durchschnittlichen Zusatzbeitrag in Höhe von fast 14 Euro monatlich bezahlen.

Die ohnehin dramatische Finanzlage der gesetzlichen Krankenkassen wird sich im Jahr 2011 weiter zuspitzen. Der Steuerzuschuss des Bundes wird von 15,7 auf 13,3 Mrd. Euro reduziert. Das Darlehen an die GKV aus dem Jahr 2009 in Höhe von 2,3 Mrd. Euro muss nach derzeitigem Stand zurückgezahlt werden. Bei stagnierenden Einnahmen und steigenden Ausgaben um drei Prozent, muss im Jahr 2011 mit einem Defizit von mindestens 11,1 Mrd. Euro oder einem durchschnittlichen monatlichen Zusatzbeitrag in Höhe von über 18,40 Euro gerechnet werden.

Um dieses Szenario zu verhindern und ihre Versicherten vor einer steigenden einseitigen Belastung zu schützen, haben die Ersatzkassen der Politik konkrete Vorschläge zur Stabilisierung der GKV-Finzen unterbreitet. Zu den schnell umsetzbaren Maßnahmen gehören unter anderem

- die Reduzierung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel, die zur Einsparung von gut 2,8 Mrd. Euro führen könnte;

- die Begrenzung des Ausgabenanstiegs für die ärztliche Vergütung;
- die Wiedereinführung der Freiwilligkeit von Hausarztverträgen;
- das Einfrieren der Preise im Krankenhaus;
- das Anheben des Herstellerabschlags für patentgeschützte, festbetragsfreie Arzneimittel von sechs auf 12 Prozent in Verbindung mit einem Preismonitorium;
- die Stabilisierung des Apothekenabschlags möglichst auf 2,30 Euro;
- die Weitergabe der Großhandelsrabatte an die GKV;
- die Zahlung eines kostendeckenden Beitrags für die ALG II-Empfänger, was für die GKV zusätzliche Einnahmen in Höhe von 4,3 Mrd. Euro bedeutet.

Im Interesse ihrer Versicherten erwarten die Ersatzkassen für das Jahr 2010 umfangreiche Reformmaßnahmen, die helfen könnten, das GKV-Defizit in diesem Jahr auszugleichen und das drohende Defizit 2011 abzuwenden.

## DER KOMMENTAR



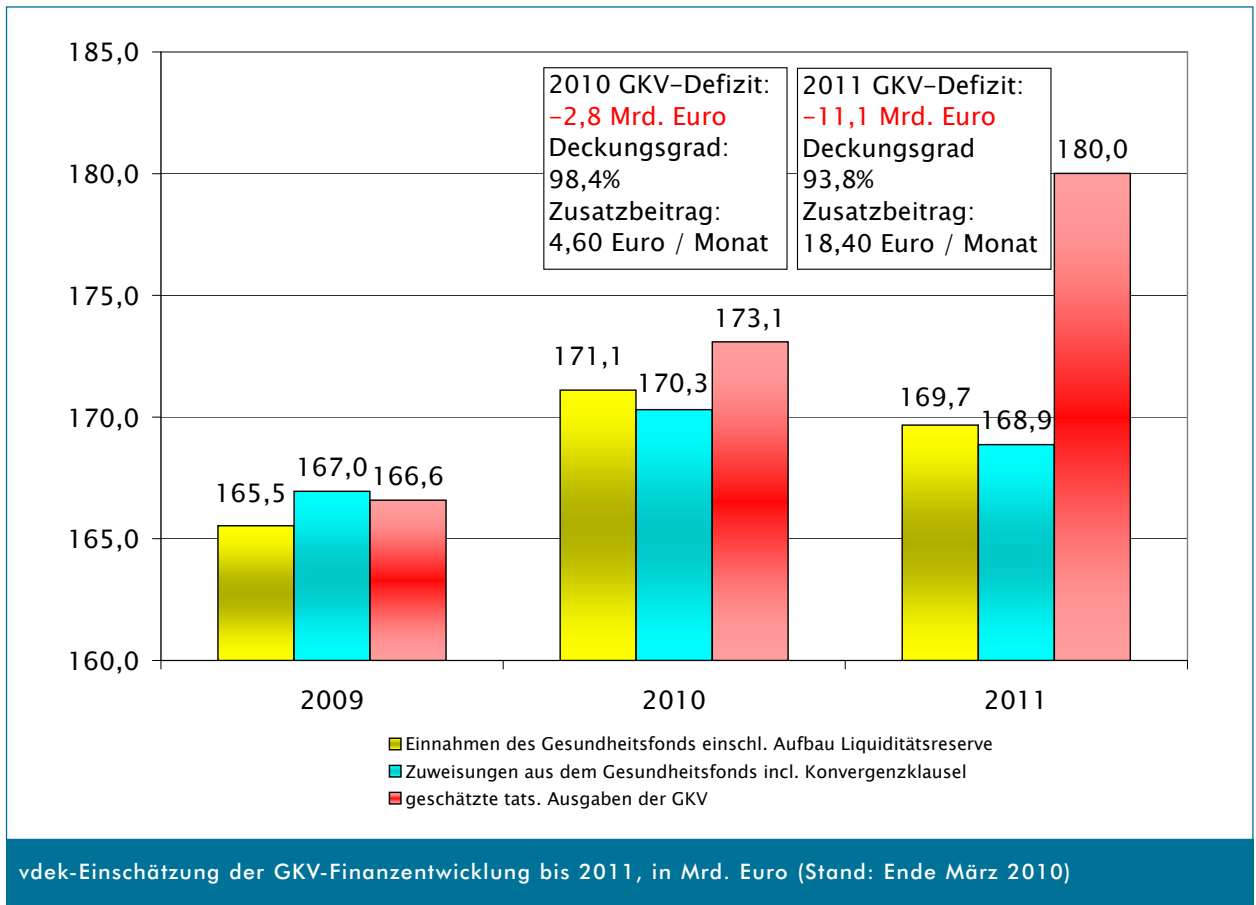
Dr. Ralf Langejürgen,  
Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern

### Es ist soweit, aber niemand merkt es

Sollten sich die düsteren Prognosen zur Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung bewahrheiten, werden Zusatzbeiträge bereits zum Jahresende flächendeckend in Deutschland erhoben. Was bedeutet das für die Versicherten konkret?

Erstens, der Zusatzbeitrag ist nichts anderes als eine Mini-Kopfpauschale mit gravierenden Folgen für die soziale Balance in unserem Land. Denn diese Mini-Kopfpauschale belastet die Geringverdiener überproportional, weil sie keinen solidarischen Ausgleich kennt. Acht Euro für einen gesetzlich versicherten Studenten oder Rentner wiegen mehr als acht Euro für einen freiwillig versicherten Arbeitnehmer.

Zweitens, der Anteil der Arbeitgeber an dem allgemeinen Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von sieben Prozentpunkten ist de facto eingefroren. Bis zu fünf Prozent des Defizits des Gesundheitsfonds müssen nunmehr die Versicherten über die Zusatzbeiträge alleine tragen. Und dies mindestens zwei Jahre lang. Ob es danach zu einer Anpassung des allgemeinen Beitragssatzes und damit des Arbeitgeberanteils zwangsläufig kommt, ist fraglich. Nach Ablauf dieser Zeitspanne könnte das GKV-Defizit mit einfachen fiskalischen Mitteln leicht unter die Fünfprozentgrenze gedrückt werden.



## Krankenschutz muss bezahlbar bleiben

In den Jahren 2008 und 2009 haben die Patienten jeweils 4,8 Milliarden Euro an Zuzahlungen für medizinische Behandlungen geleistet. In dieser Summe sind u. a. die Praxisgebühr, die Zuzahlungen für Arzneimittel und beim Krankenhausaufenthalt zusammengefasst. 4,8 Milliarden Euro entsprechen mehr als 0,45 Beitragssatzpunkte in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Zuzahlungen könnten in den kommenden Jahren zunehmen, falls die Pläne der Bundesregierung Realität werden. Der Koalitionsvertrag sieht nämlich vor, dass Festzuschüsse und Mehrkostenregelungen im Leistungs- und Vertragsgeschehen der gesetzlichen Krankenversicherung vermehrt eingesetzt werden. Die seit 2005 geltenden Festzuschüsse im Zahnersatzbereich haben gezeigt, dass die ausschließliche Befundorientierung und die Verquickung von vertragszahnärztlicher Versorgung und privater Gebührenordnung dazu geführt haben, dass die Versicherten mit höheren Eigenanteilen belastet worden sind.

Durch einen vermehrten Einsatz von Festzuschüssen und Mehrkostenregelungen müssten die Versicherten weitere medizinische Leistungen in der GKV zukünftig allein zahlen. Die einseitige Belastung der Versicherten durch Eigenbeteiligung oder Leistungsausgrenzung wird weiter zunehmen. Schon heute müssen die Versicherten neben erhöhten Zuzahlungen (0,45 Beitragssatzpunkte) und dem Sonderbeitrag (0,9 Beitragssatzpunkte) bei mehreren Krankenkassen auch noch Zusatzbeiträge leisten.

Die Finanzierungsarchitektur des deutschen Gesundheitswesens hat sich zulasten der Versicherten und Patienten verschoben. Dies führt zu einer Privatisierung des Krankheitsrisikos und gefährdet aufgrund der unterschiedlichen Zahlungsfähigkeit die Gesundheitsversorgung des Versicherten. Die finanzielle Absicherung der Risiken im Krankheitsfall muss auch in Zukunft für den Versicherten bezahlbar bleiben.

## Pay for Performance

### Qualitätsorientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung

Auf einer gemeinsamen Veranstaltung des Verbandes der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) zum Thema „Qualitätsorientierte Vergütung in der ambulanten Versorgung“ diskutierten Vertreter der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Politik und der Patienten in Berlin über eine zielgenauere und gerechtere Honorierung ärztlicher Leistungen. Die Diskussion ist im gewissen Sinne ein Novum. Die Ersatzkassen machten schon zu Beginn der Veranstaltung deutlich, dass es für sie primär darum geht, eine Präzisierung und Fortentwicklung des bisherigen Grundsatzes „Geld soll der Leistung folgen“ zu erreichen. Künftig sollen die qualitativ besseren medizinischen Leistungen auch besser bezahlt werden. Die Interessenvertreter der Ärzte bestätigten diese Position und stellten fest, dass ein starres Festhalten am Prinzip „gleiche Bezahlung für gleiche Arbeit, unabhängig von der Qualität der Leistung“ überholt ist.

#### **Ersatzkassen setzen sich für eine qualitätsorientierte Vergütung ein**

In seinem Statement wies Thomas Ballast, der Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen, darauf hin, dass die Krankenkassen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten rund 32 Milliarden Euro ausgeben. Angesichts dieser beachtlichen Summe haben die Versicherten einen Anspruch darauf zu erfahren, ob die medizinische Versorgung wirklich gut ist. Dies ist derzeit nicht der Fall. Das ist weder gerecht noch fördert es die Qualität und führt dazu, dass ein schlechter Arzt die gleiche Vergütung wie ein guter Arzt erhält. Die Ersatzkassen setzen sich daher für eine qualitätsorientierte Vergütung ein. Sehr gute Ärzte sollen für ihre Leistungen besser vergütet werden als solche, die ihr Handwerk nicht so gut beherrschen. Wer die Qualitätsvereinbarungen erfüllt, erhält einen Vergütungszuschlag, wer sie nicht erfüllt, muss mit einem Abschlag rechnen.

Bei der qualitätsorientierten Vergütung geht es daher ganz wesentlich darum, die Ergebnisqualität zu messen. Leider ist aber die Messung der Leistung in der Medizin nicht so einfach wie in anderen Bereichen. Dazu müssen zunächst verlässliche Qualitätsindikatoren, Qualitätsziele und Auslösealgorithmen festgelegt werden. Das erfordert eine umfangreiche Datenerhebung, bei der natürlich auch der Datenschutz nicht zu kurz kommen darf.

#### **Qualität der Leistung muss dokumentiert werden**

Um die Qualität der medizinischen Leistungen zu bewerten, bedarf es einer ausführlichen einheitlichen Dokumentation von Seiten der Ärzte. Und kaum etwas wird von den Medizinern mit so spitzen Fingern angefasst wie Arbeiten, die als Verwaltungsaufwand wahrgenommen werden und nicht als Arbeit am Patienten. Glücklicherweise gibt es mittlerweile vernünftige Ansätze, die Dokumentationsinhalte und Dokumentationsaufwand in ein vernünftiges Verhältnis bringen.

Die Ersatzkassen wollen darauf hin wirken, dass die Arztwahl künftig verstärkt nach Qualitätskriterien erfolgen kann. Das ist gut für die guten Ärzte, aber auch für die Krankenkassen, da eine qualitativ schlechte Leistung in der Regel auch eine sehr teure Leistung ist. Sie muss eventuell aufwendig nachgebessert werden oder zieht falsche therapeutische Konsequenzen und weitere Behandlungen nach sich.

#### **Spitzenmedizin ist persönliche Qualifikation plus moderne Technik**

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Dr. Axel Munte, verglich in seinem Beitrag die ambulante Spitzenmedizin mit dem Spitzensport. In beiden Fällen kommt es im Wesentlichen auf zwei Dinge an – ein hohes und immer wieder aktualisiertes Fachwissen einerseits und eine gute technische Ausstattung der Praxen. Nur dieses Zusammenspiel von persönlicher Qualifikation und fehlerfreiem Material kann die hohe Qualität der Diagnostik gewährleisten.

Die KVB hat im Interesse der Patienten viele ihrer Qualitätsmaßnahmen im Programm „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ zusammengefasst. Über Teilnahmevoraussetzungen, Leistungen und teilnehmende Ärzte kann sich jeder Patient bei der KVB – so Dr. Munte – objektiv informieren und seinen Arzt entsprechend danach auswählen. So hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ein Qualitätssiegel geschaffen, das langfristig den Patienten mehr Orientierung bei der Auswahl der angebotenen Gesundheitsleistungen bietet.

## Weg von der Nivellierung der Leistungsunterschiede

Herausragende Leistungen müssen nach Auffassung von Dr. Munte sichtbar gemacht werden und dürfen nicht im Einheitsbrei von pauschalierter Vergütung und qualitativen Mindestanforderungen verschwinden. Das steigert die intrinsische Motivation der Kollegen, die auch Anerkennung für ihr besonderes Engagement erfahren wollen. Das ist auch wichtig, um Investitionen in Ausstattung und Ausbildung, die über das Mindestmaß hinausgehen, zu rechtfertigen und zu finanzieren. Statt unter dem Slogan ‚Gleiche Vergütung für gleiche Leistung‘ auf die Nivellierung jeglicher Leistungsunterschiede zu setzen, ist die Logik hinter der qualitätsorientierten Vergütung eine andere, dass nämlich die bessere Leistung und das höhere Engagement auch belohnt werden sollen.

Für die KVB geht es darum, Anreize zu setzen, sich zum Wohl der Patienten ständig um die weitere Steigerung der Behandlungsqualität zu bemühen und hierfür auch honoriert zu werden – materiell wie immateriell.

## Qualität muss messbar sein

Die Hauptschwierigkeit bei allen Versuchen, Vergütung an Qualität zu knüpfen, sah der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, in der Messung der Qualität. Bei medizinischen Leistungen ist sie besonders schwer, aber keineswegs unmöglich. Dass die Qualitätsmessung keine Zukunftsmusik ist, beweisen die in Bayern praktizierten Qualitätsmaßnahmen, die am Rande der Veranstaltung im Detail vorgestellt wurden.

Für die Verknüpfung von Qualität und Vergütung gibt es für die KBV zwei Gründe. Zum einen soll eine bessere Bezahlung für gute Qualität dazu beitragen, dass die Qualität insgesamt immer besser wird. Zum anderen ist es eine Frage der Gerechtigkeit. Wer sich um eine stetig gute Qualität bemüht,

dafür auch Investitionen in Geräte und Fortbildung tätigt, soll auch besser belohnt werden als derjenige, der mittelmäßige Qualität bietet. Insgesamt soll die qualitätsgebundene Vergütung dazu beitragen, eine Qualitätskultur im ambulanten Bereich zu fördern.

## Dargelegte Qualität als Entscheidungshilfe bei der Auswahl

Mit Bedacht und der notwendigen Vorsicht eingesetzt, können Pay-for-Performance-Modelle für alle Beteiligten Vorteile bringen: für die Versicherten, weil sie über die dargelegte Qualität eine Entscheidungshilfe bei der Auswahl der Versorgungsform, der Methode und des Leistungserbringers haben, für Patienten, weil die Qualität insgesamt verbessert wird, für Krankenkassen, weil sie den sinnvollen Einsatz der Gelder nachvollziehen können und für Ärztinnen und Ärzte, weil sie ihre gute Qualität sowohl darstellen können als auch bezahlt bekommen.

Dr. Köhler schloss seine Rede mit einem Lob an den Verband der Ersatzkassen, der Flagge für innovative Ideen im Bereich der Qualitätsförderung und neuer Vergütungsbestandteile zeigt, sowie an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns als Vorreiter in Sachen qualitätsorientierte Vergütung ärztlicher Leistungen.

Die Teilnehmer der Veranstaltung hatten die Möglichkeit, sich über die praktischen Erfahrungen der bereits laufenden Qualitätsmaßnahmen an zahlreichen Ständen zu informieren.



Einigkeit unter den Podiumsteilnehmern: Gutes Geld für gute Leistung

© Lopata / axentis.de

## Neue Qualitätsmaßnahme in der Rheumatherapie

Seit Jahresanfang profitieren die Ersatzkassenversicherten in Bayern, die an Rheuma leiden, von einer optimierten ambulanten Behandlung im Rahmen der Qualitätsmaßnahme „Frühdiagnostik Rheuma“. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Ersatzkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) regelt diese Qualitätsmaßnahme, die ein weiterer Bestandteil des Qualitätsprogramms „Ausgezeichnete Patientenversorgung“ ist.

Dank der Qualitätsmaßnahme können künftig mehr Patienten bei spezialisierten Rheumatologen behandelt werden. Ziel ist es, den Patienten bei einer möglichst frühzeitigen korrekten Diagnose umgehend eine medikamentöse Basistherapie zur Verfügung zu stellen. Angestrebt ist eine Erhöhung des Anteils neuer Patienten je Praxis von derzeit rund fünf auf künftig zehn Prozent pro Quartal.

An der neuen Maßnahme können in Bayern die rund 60 fachärztlich oder hausärztlich tätigen Internisten mit Schwerpunkt Rheumatologie teilnehmen. Teilnahmevoraussetzungen sind eine Mindestzahl von Patienten mit entzündlichem Rheuma sowie eine Mindestzahl an durchgeführten Gelenksonographien, ein definierter Qualitätsstandard des eingesetzten Ultraschallgeräts und eine Wartungspflicht von KVB-akkreditierten Firmen. Mindestens 75 Prozent der von den beteiligten Ärzten ver-

schriebenen Medikamente müssen Basistherapeutika sein, da diese nicht nur die Schmerzen lindern, sondern auch ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern können.

Einen Schwerpunkt der Qualitätsmaßnahme „Frühdiagnostik Rheuma“ stellt die Gelenksonographie dar. Diese Untersuchungsform ermöglicht im Gegensatz zum Röntgen oder dem Drucktest eine sehr zuverlässige und frühe Diagnosestellung bei der Rheumabehandlung. Ärzte, die an der Qualitätsmaßnahme teilnehmen, erhalten für diese Untersuchung einen Zuschlag von rund 24 Euro zum Fallwert des Regelleistungsvolumens. Damit können sie die Gelenksonographie bei unseren Versicherten sicher kostendeckend durchführen.

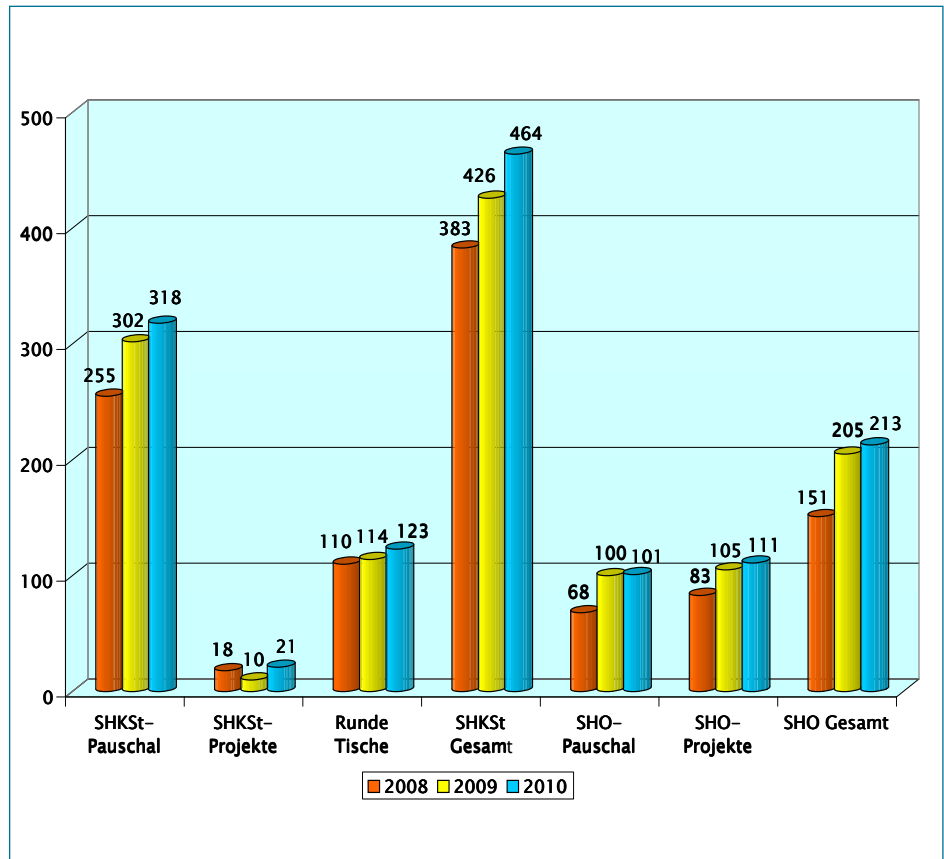
Interessierte Ärzte und Patienten können einen Rheumatologen, der an der Qualitätsmaßnahme „Frühdiagnostik Rheuma“ teilnimmt, unter der Adresse [www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de](http://www.ausgezeichnete-patientenversorgung.de) finden. Dazu müssen sie die Arztsuche am linken Bildschirmrand aufrufen. Dann können sie im neu geöffneten Fenster die Schaltfläche „Suchkriterien ändern“ anklicken und anschließend auf der Folgeseite unter „Besondere Vertragsangebote“ den Punkt „APV Frühdiagnostik Rheuma“ auswählen. Die Suche lässt sich auch auf einen bestimmten Ort oder eine Postleitzahl begrenzen.



Der Vorsitzende der KBV-Vertreterversammlung Dr. Andreas Hellmann (Mitte) und der Leiter der vdek-Landesvertretung Bayern Dr. Ralf Langejürgen (rechts) informieren sich über eine Qualitätsmaßnahme.

## Selbsthilfeförderung durch die Ersatzkassen nimmt weiterhin zu

Im dritten Jahr in Folge nimmt die Förderung der Selbsthilfe seitens der Ersatzkassen in Bayern zu. Sowohl bei der kassenartenübergreifenden als auch bei der kassenindividuellen Förderung ist dieser erfreuliche Trend zu verzeichnen. Die Zuwachsraten liegen dabei über der Grundlohnsteigerung, die für die Ersatzkassen einen Orientierungswert bei den Ausgaben in allen Bereichen darstellt. Da die Förderung der Selbsthilfekontaktstellen fast komplett und die der Selbsthilfeorganisationen größtenteils abgeschlossen ist, sind die folgenden Angaben als vorläufige Zahlen zu verstehen.



Selbsthilfeförderung durch die Ersatzkassen in Bayern, 2008 – 2010

Die Selbsthilfekontaktstellen in Bayern, deren Aufgabe die Unterstützung und die Vernetzung der Selbsthilfegruppen im Lande ist, erhalten 2010 pauschal mehr als 318 Tausend Euro Fördergeld von den Ersatzkassen. Das entspricht einem Zuwachs von 5,3 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Die Projekte der Selbsthilfekontaktstellen werden mit 21 Tausend Euro gefördert. Das ist mehr als eine Verdoppelung im Vergleich zum Jahr 2009. Mit 123 Tausend Euro liegt die Förderung der Runden Tische um acht Prozent über dem Vorjahresniveau. Der durchschnittliche Zuwachs bei der Förderung der Selbsthilfekontaktstellen beläuft sich hiermit auf gut neun Prozent gegenüber 2009.

Obwohl die Entscheidung über die Förderung einiger Selbsthilfeorganisationen noch nicht gefallen ist, sind die gleichen Wachstumstendenzen auch hier festzustellen. Die auf Landesebene tätigen Selbsthilfeorganisationen und Verbände, die ihren Mitgliedern bei der Bewältigung der Krankheitsfolgen helfen und ein dichtes Netzwerk von Selbsthilfegrup-

pen unterhalten, bekommen eine Pauschalförderung durch die Ersatzkassen in Höhe von weit mehr als 100 Tausend Euro. Die Ersatzkassen geben für die Unterstützung der Projekte der Selbsthilfeorganisationen und -verbänden 111 Tausend Euro in diesem Jahr aus. Das ist 5,7 Prozent mehr als im Vorjahr. Die Gesamtförderung steigt um vier Prozent auf 213 Tausend Euro.

Die Förderung der fast 1.700 örtlichen Selbsthilfegruppen hat für die Ersatzkassen einen besonderen Stellenwert. Die vdek-Landesvertretung Bayern wird fast 180 Tausend Euro den Gruppen im Rahmen der kassenartenübergreifenden Förderung zur Verfügung stellen. In der etwa gleichen Höhe wird voraussichtlich auch die kassenindividuelle Förderung liegen. Das Fördervolumen kann derzeit nur geschätzt werden, da die Vergabesitzungen für die Selbsthilfegruppen erst im Frühsommer stattfinden werden.

## BÜCHER

### Gesundheitspolitik in Industrieländern



Ausgabe 12; Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen, Finanzierung und Steuerung, Zugang und Gerechtigkeit.

Hrsg.: Sophia Schlette, Kerstin Blum und Reinhard Busse. 2009, 176 S., Abb., Broschur, € 20,00, ISBN 978-3-86793-053-6.

Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

In Zeiten der Krise wenden sich Industrienationen wieder zunehmend Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen zu. Die Ausgabe 12 der Reihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ betrachtet, wie die Politik nach neuen Wegen sucht, um die Frage nach Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen zu beantworten. Doch vor der Frage nach der Kosteneffizienz stellt sich eine andere Frage: Woher kommt das Geld? Jemand muss für die steigenden Gesundheitsausgaben aufkommen – doch wer?

Sollen private Versicherer oder die Pharmaindustrie stärker belastet werden, wie in Frankreich und Australien? Sollen alle Bürger mehr zahlen, wie in Finnland und Kanada? Oder sollen Menschen ab einem bestimmten Body-Mass-Index höhere Versicherungsbeiträge entrichten, wie im US-Bundesstaat Alabama?

Weitere Themen dieser Ausgabe sind Steuerung in Sozialversicherungssystemen, Zugang und Gerechtigkeit sowie Patientenorientierung, Sicherheit und Qualität.



### Gesundheitssysteme im Wandel

Herbert Rebscher / Stefan Kaufmann (Hrsg.)

Verlag: Economica Verlag; Auflage: 1., 2009 (10. Dezember 2009)  
ISBN 978-3870817701

Viele Gesundheitssysteme sind im Wandel – national wie international. Gewachsene kulturelle und rechtliche Unterschiede erschweren einen Systemvergleich und führen zu vorschnellen Bewertungen und politischen Schlussfolgerungen. Die Deutsch-Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, dessen Hauptgeschäftsführer und Mitherausgeber dieses Buches Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher ist, bietet konkrete Analysen am Bei-

spiel konkreter Instrumente. Die wichtigsten Entscheidungsträger beider Gesundheitssysteme beleuchten die aktuelle gesundheitspolitische Debatte; auch die Einzelinstrumente Risikostrukturausgleich und DRG-Finanzierung im Krankenhausbereich finden ihre Berücksichtigung. Einzelanalysen zu Versorgungsforschung und Innovationsförderung, sowie die Chancen und Perspektiven von Managed-Care-Modellen in beiden Ländern verschaffen einen präzisen Überblick über gemeinsame Problemlagen, vergleichbaren Instrumenteneinsatz und unterschiedliches politisch-strukturelles Umfeld.

### Mythen der Gesundheitspolitik



Hartmut Reiners, Bern Huber Verlag, 1. Auflage 2009, 263 Seiten, € 19,95

Mit einer erfrischenden und klaren Sprache, die keine Werturteile scheut, setzt sich der Autor lebhaft mit den zehn am häufigsten anzutreffenden Mythen über das deutsche Gesundheitswesen auseinander.

Suggestive Bilder wie „Kostenexplosion“ gepaart mit Aussagen, dass die Zahl älterer und damit pflegebedürftiger Menschen steige, der medizinische Fortschritt seinen Preis habe, höhere Lohnnebenkosten den ökonomischen Wettbewerb gefährden würden, sollen dem Bürger vermitteln, für seine Gesundheit tiefer in die Tasche greifen zu müssen.

Hinter diesen Parolen verbergen sich aber handfeste wirtschaftliche und politische Interessen. Keine offenen Lügen, sondern Mythen, die Fakten selektieren und so retuschieren, dass sie allgemeinen Erfahrungen zu entsprechen scheinen.

Die kenntnisreiche Diskussion kommt einem Werkstattbericht über Gesundheitsreformen und ihre politischen Rahmenbedingungen sehr nahe.

#### IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Bayern des vdek  
Arnulfstr. 201 a · 80634 München  
E-Mail: LV\_Bayern@vdek.com  
Telefon: 0 89 / 55 25 51-0  
Telefax: 0 89 / 55 25 51-14  
Redaktion: Dr. Sergej Saizew  
Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen