S C

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2008

Gesundheitsfonds – teurer, aber nicht besser

Eine der Voraussetzungen für die Etablierung des Gesundheitsfonds ab dem 1. Januar 2009 ist die Festsetzung des einheitlichen allgemeinen Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Bundesregierung. Im Startjahr des Gesundheitsfonds soll der allgemeine Beitragssatz so festgelegt werden, dass die Beitragseinnahmen zusammen mit dem Steuerzuschuss des Bundes die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen decken. Der zur Zeit von den Arbeitnehmern allein bezahlte Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkten fließt in den künftigen allgemeinen Beitragssatz hinein, wird aber weiterhin nicht zu Lasten der Arbeitgeber gehen.

Einseitige Mehrbelastung der Arbeitnehmer

Die finanzielle Ausstattung des Gesundheitsfonds zu 100 Prozent gilt aber nur bei seinem Start. Es ist vorgesehen, dass diese Quote im weiteren Verlauf bis auf 95 Prozent absinken darf, ohne

In dieser Ausgabe:

- Ärztliche Versorgung in Bayern Üppig und teuer
- Krankenhäuser in Bayern
 Finanzlage ist weit besser als behauptet



dadurch die Erhöhung des allgemeinen Beitragssatzes auszulösen. An dieser Stelle tritt der Zusatzbeitrag als eine GKV-Finanzquelle auf. Legt man dieser Regelung die GKV-Ausgaben des Jahres 2007 in Höhe von 153,62 Mrd. Euro zugrunde, bedeutet es eine einseitige Belastung der Arbeitnehmer (die Arbeitgeber sind an der Finanzierung des Zusatzbeitrages nicht beteiligt) bis zu 7,68 Milliarden Euro im Jahr.

Teilt man diese Summe durch die Zahl der GKV-Beitragszahler (50.588.630 am 1. Juli 2007), ergibt sich eine Mehrbelastung in Höhe von bis zu 152 Euro im Jahr oder 12,67 Euro pro Monat. Das heißt aber nicht, dass beim Erreichen dieser Schmerzgrenze der allgemeine Beitragssatz von der Bundesregierung erhöht wird. Er soll erst dann erhöht werden, wenn im laufenden Jahr und im darauf folgenden Jahr die voraussichtlichen Ausgaben der Krankenkassen nicht zu mindest 95 Prozent aus dem Gesundheitsfonds gedeckt werden können. Ein einmaliges Unterschreiten der 95-Prozent-Grenze im Jahr führt noch nicht zur Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes.

Dauerlast des Zusatzbeitrags

Eines steht aber fest: Diese einseitige Mehrbelastung der GKV-Beitragszahler durch den Zusatzbeitrag ist von Dauer. Diese Belastung wird eine Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes in Zukunft nicht lindern können, weil sich die Bundesregierung bei ihrer Kalkulation des allgemeinen Beitragssatzes auf die 95-Prozent-Grenze orientieren wird. Nur bis zu dieser Höhe werden die Ausgaben der Krankenkassen unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds durch den allgemeinen Beitragssatz und den Steuerzuschuss finanziert werden. Die Ausgabensteigerungen, die erfahrungsgemäß bei drei Prozent im Jahr liegen, werden auch voll auf den Zusatzbeitrag durchschlagen.

Die oben errechneten 12,67 Euro pro Monat ist eine theoretische Durchschnittsgröße. In der Praxis sollen acht Euro davon von allen Mitgliedern einer Krankenkasse bezahlt werden. Erst bei einem höheren Zusatzbeitrag wirkt die Härtefallregelung. Diese sieht vor, dass die Belastung durch den Zusatzbeitrag die Höhe von einem Prozent der beitragspflichtigen Ein-

DER KOMMENTAR



Dr. Ralf Langejürgen, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern

Hohe Rechnung für falsche Politik

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen, dass sich Deutschland weltweit das dritt teuerste Gesundheitswesen leistet und dass dieses Gesundheitswesen aber gleichzeitig nicht zu den effizientesten der Welt gehört. Strukturelle Probleme wie medizinische Über-, Unter- und Fehlversorgung sind aber auf der aktuellen Tagesordnung der Gesundheitspolitik unberücksichtigt. Zweifelsohne vorhandene Qualitätsdefizite und Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitssystem werden von den Gesundheitspolitikern im Bund und im Lande geflissentlich übersehen. Stattdessen wird die Gesundheitspolitik auf den simplen Slogan reduziert: "Mehr Geld ins System!"

Das ist eine Kapitulationserklärung. Und sie kommt uns teuer zu stehen. Bereits zu Beginn der Reform erhöhte die Politik die GKV-Beitragssätze durchschnittlich

um 0,5 Prozentpunkte. Dem folgte die zusätzliche Belastung der GKV durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer. Und nun ein Feuerwerk von milliardenschweren Geschenken an die Ärzteschaft (gerade noch rechtzeitig vor den Landtagswahlen in Bayern) und an die Krankenhäuser (es grüßt die Bundestagswahl 2009). Übrigens, in Zeiten der Wahlkämpfe ist jedem Gesundheitspolitiker ein einfacher GKV-Beitragssatzrechner zu empfehlen: Eine den Medizinern versprochene Milliarde Euro kostet den Beitragszahler 0,1 Beitragssatzpunkte.

Schon jetzt erreichen die Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung Spitzenwerte. Mit dem Gesundheitsfonds wird die Kostenspirale nach oben gehen. Ob es auf die von den Wissenschaftlern kalkulierten 15,5 oder auf die von den Praktikern erwarteten kostendeckenden 15,8 Prozent hinausläuft, wird sich zeigen. Fest steht: Die Bundesregierung verteuert die gesetzliche Krankenversicherung, verbessert sie aber nicht! Die hohe Rechnung für eine falsche Politik werden die Versicherten bezahlen müssen.

nahmen nicht übersteigen darf. Unter den heutigen Bedingungen bedeutet es, dass der Zusatzbeitrag maximal bis auf 36 Euro pro Monat steigen kann.

Sozial ungerecht

An dieser Stelle sei eine Nebenbemerkung zu der Acht-Euro-Regelung erlaubt. Sie trifft gerade diejenigen hart, die am allerwenigsten haben - Sozialhilfeempfänger, Empfänger von Arbeitslosengeld II, Grundrentenbezieher, Beschäftigte mit einem Monatsverdienst von weniger als 800 Euro. Für die Empfänger der Sozialhilfe oder des Arbeitslosengeldes II sind acht Euro im Monat mehr als zwei Prozent des Regelsatzes, obwohl die Höhe des Zusatzbeitrags per Gesetz auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens begrenzt ist! Bei einem Zusatzbeitrag von 10 Euro im Monat zahlt ein Sozialhilfeempfänger mehr als zwei Prozent seiner Einnahmen, während Durchschnittsverdiener mit etwa einem halben Prozent belastet werden. So viel zum Thema soziale Gerechtigkeit im Gesundheitsfonds.

Die Gefahr der Kasseninsolvenz

Doch auch die Durchschnittsverdiener geraten unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds mehr und mehr unter Druck, weil die durch die Härtefälle verursachten Einnahmeausfälle einer Krankenkasse von den übrigen Mitgliedern ausgeglichen werden müssen. Folge: Der Zusatzbeitrag steigt. Als Reaktion werden besserverdienende Mitglieder die Krankenkasse verlassen. Und diese gerät in einen Teufelskreis: Beim Verlust der Besserverdienenden wird sie gezwungen sein, den Zusatzbeitrag nochmals zu erhöhen. Die Zahl der Härtefälle wird sich vergrößern, die Besserverdienenden werden ihre Mitgliedschaft kündigen. Und eine weitere Zusatzbeitragserhöhung wird notwendig sein. Das Ende der Geschichte: Alle Mitglieder dieser Kasse werden zu Härtefällen werden. Die Zuteilungen aus dem Gesundheitsfonds werden die Ausgaben nicht decken. Die Krankenkasse muss geschlossen werden.

GKV-Reform - Verteuerung ohne Verbesserung

Die Zwischenbilanz der laufenden Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ist für die GKV-Mitglieder eindeutig negativ: Sie müssen mehr und zunehmend mehr aus eigener Tasche für die medizinische Versorgung zahlen, die in ihrem Umfang und ihrer Qualität eigentlich fast unverändert bleibt. Zur Erinnerung: Die Gesundheitsreform begann mit einem gesetzlich verordneten Beitragssatzanstieg in Höhe von 0,5 Prozentpunkten. In der Zwischenzeit liegt der durchschnittliche Beitragssatz bei 14,92 Prozent (14,02 Pro-

zent paritätisch finanziert plus 0,9 Prozent Sonderbeitrag). Die einseitige Mehrbelastung der Beitragszahler durch den Zusatzbeitrag wird zunehmen und die paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber wird zu Lasten der Ersteren weiter aufgeweicht. Es stellt sich nunmehr die Frage: Wie teuer wird die gesetzliche Krankenversicherung ab dem 1. Januar 2009?

Diese Frage haben die Sachverständigen bereits vor zwei Jahren bei einer öffentlichen Anhörung im Deutschen Bundestag vom 6. bis 14. November 2006 beantwortet. Der allgemeine GKV-Beitragssatz werde bis 2009 auf 15,3 bis 15,4 Prozent ansteigen. Die Ersatzkassenverbände warnten zudem in der Anhörung, dass in dieser Berechnung weder die Mehrausgaben für die neuen, mit der Reform verbundenen Leistungen noch die möglichen Kostensteigerungen bei Kliniken und Ärzten berücksichtigt worden seien.

Überhörte Warnungen

Die vor zwei Jahren geäußerte Kritik der Ersatzkassenverbände an der Gesundheitsreform hat ihre Richtigkeit auch heute: Die eigentlichen Probleme des Gesundheitswesens, nämlich die auf 16 bis 20 Mrd. Euro geschätzte Finanzierungslücke der GKV, Qualitätsdefizite und strukturelle Probleme im deutschen Gesundheitswesen (Über-, Unter und Fehlversorgung), bleiben ungelöst. Ohne notwendige Reformmaßnahmen wird die GKV für die Beitragszahler teurer, aber für die Patienten nicht besser. Bereits im September 2006 haben die Ersatzkassenverbände gewarnt: Ohne Reformmaßnahmen würde der kostendeckende durchschnittliche GKV-Beitragssatz 2009 auf 15,9 Prozent steigen.

Diese zwei Jahre alte Prognose wird durch die aktuellen Expertenschätzungen leider bestätigt. Die Spannung steigt. Jetzt ist die Bundesregierung am Zug. Die Ersatzkassenverbände erwarten von der Bundesregierung eine kostendeckende Beitragssatzfestsetzung. Dies würde bedeuten, dass der bevorstehende Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes von Arbeitgebern und Arbeitnehmern je zur Hälfte finanziert wird. Sollte der künftige allgemeine Beitragssatz nicht kostendeckend sein, würde es eine zusätzlich einseitige Mehrbelastung für die Arbeitnehmer geben, die diese über den Zusatzbeitrag zu bezahlen hätten.

Im Vorreformjahr 2006 lag der durchschnittliche GKV-Beitragssatz bei 14,22 Prozent (13,22 plus 0,9). Im Jahr Eins des Gesundheitsfonds dürfte er kostendeckend nicht unter 15,8 Prozent liegen. Der hohe Preis für das Herzstück der Gesundheitsreform – den Gesundheitsfonds – ist der Anstieg des allgemeinen Beitragssatzes um 1,58 Prozentpunkte.

Ärztliche Versorgung in Bayern

Üppig und teuer

Die ärztliche Versorgung in Bayern ist üppig und teuer. Die Zahl der niedergelassenen Ärzte wuchs von 19.879 im Jahr 2000 auf 21.521 im vergangenen Jahr. Das ist ein Zuwachs von 8,26 Prozent binnen sieben Jahre, während die Bevölkerungszahl in diesen Jahren nur um 1,33 Prozent zunahm. Folglich sank die Zahl der Einwohner pro niedergelassenem Arzt in diesem Zeitraum von 640 auf 580. Bundesweit liegt diese Zahl bei 649. Damit ist die vertragsärztliche Versorgungsdichte in Bayern fast 12 Prozent höher als der bundesweite Durchschnitt. Nur in den Stadtstaaten ist die Versorgungsdichte größer als in Bayern. Doch die bayerische Landeshauptstadt München lässt beim Vergleich alle Stadtstaaten erblassen: Sie belegt nämlich nach Starnberg und Freiburg in Breisgau bundesweit Platz drei in der Rangliste der vertragsärztlichen Versorgungsdichte.

Zwecks der Bedarfsplanung bei der ärztlichen Versorgung ist Bayern in 79 Planungsbereiche aufgeteilt. Der Versorgungsgrad der einzelnen Planungsbereiche lässt sich nach den geltenden Kriterien beurteilen und mit den anderen Planungsbereichen vergleichen. Ein Versorgungsgrad von 100 Prozent zeigt, dass die Ist-Zahl der niedergelassenen Ärzte in diesem Planungsbereich der Soll-Zahl entspricht. Steigt der Versorgungsgrad über die 110-Prozent-Grenze hinaus, herrscht in dem Planungsbereich Überversorgung. Von Unterversorgung spricht man erst dann, wenn bei Hausärzten die 75-Prozent-Grenze und bei Fachärzten die 50-Prozent-Grenze unterschritten wird.

Hausärztliche Versorgungsdichte nimmt zu

Seit Beginn des Jahres 2008 sind 49 von 79 hausärztlichen Planungsbereichen im Bayern wegen der
Überversorgung für Neuzulassungen gesperrt. Das
entspricht einer Quote von 62 Prozent. Vor zwei Jahren lag diese Quote bei lediglich 36,7 Prozent. Die
hausärztliche Versorgungsdichte nimmt in Bayern
rasant zu. Nur in der Bundeshauptstadt Berlin ist der
hausärztliche Versorgungsgrad höher als in Bayern.
Unter den ersten Zehn in der bundesweiten Rangliste
befinden sich außer den erwähnten Planungsbezirken
Starnberg (Platz eins) und München (Platz drei) die
Landkreise Garmisch-Partenkirchen (mit 133 Prozent
Platz vier), Berchtesgadener Land (mit 133 Prozent
Platz fünf) und Regensburg (mit 128 Prozent Platz
sechs).

Nur bei Kinderärzten liegt der bayerische Versorgungsgrad im Bundesdurchschnitt. Alle anderen fachärztlichen Gruppen weisen einen höheren Versor-

gungsgrad aus. Bayern nimmt Platz eins beim Versorgungsgrad mit Anästhesisten und Orthopäden sowie Platz zwei bei Psychotherapeuten ein. Zu den Kuriositäten gehört die Versorgungsdichte mit Anästhesisten in Eichstätt (573 Prozent) und Dingolfing-Landau (448 Prozent). Das heißt, in diesen Planungsbereichen gibt es fast sechsmal (Eichstätt) bzw. viereinhalbmal (Dingolfing-Landau) zu viele Anästhesisten als nötig.

Groteske Überversorgung

Die Situation bei den fachärztlich tätigen Internisten ist grotesk: Starnberg (mit 535 Prozent bundesweit Platz zwei), Lichtenfels (mit 448 Prozent Platz vier), Kronach (mit 424 Prozent Platz sechs), Memmingen-Landkreis Unterallgäu (mit 406 Prozent Platz neun) und Garmisch-Patenkirchen (mit 401 Prozent Platz elf).

Nicht weniger grotesk ist die Lage bei Psychotherapeuten: Dachau (mit 580 Prozent Platz zwei), Starnberg (mit 464 Prozent Platz drei) und Garmisch-Patenkirchen (mit 421 Prozent Platz acht). Doppelt soviele als notwendig gibt es Augenärzte in Waldnaab und Würzburg. In Kitzingen und Hassberge sind 2,6-mal mehr Nervenärzte über dem Soll niedergelassen.

Anomalien der Versorgungsdichte

Der Begriff Überversorgung ist eigentlich zu schwach, um den realen vertragsärztlichen Versorgungsgrad in den Planungsbereichen Starnberg und Garmisch-Patenkirchen zum Ausdruck zu bringen. Bundesweit liegt Starnberg auf Platz eins bei Hausärzten (Versorgungsgrad 150 Prozent), Platz zwei bei HNO-Ärzte (236 Prozent) und bei fachärztlich tätigen Internisten (535 Prozent) sowie Platz drei bei Psychotherapeuten (464 Prozent). Garmisch-Patenkirchen nimmt bundesweit Platz drei bei Kinderärzten (273 Prozent), Platz vier bei Orthopäden (252 Prozent) und bei Hausärzten (133 Prozent), Platz acht bei Psychotherapeuten (421 Prozent) und Platz elf bei fachärztlich tätigen Internisten (401 Prozent) ein.

Nur jeweils in einem Planungsbereich wurde in Bayern Unterversorgung festgestellt: bei Hautärzten in Eichstätt (45 Prozent), bei Kinderärzten in Bad Kissingen (49 Prozent), Nervenärzten in Tirschenreuth (kein Arzt) und Radiologen in Fürth (kein Arzt).

Honorare der Spitzenklasse

Nicht nur bei der Versorgungsdichte, sondern auch bei den vertragsärztlichen Honoraren nimmt Bayern einen Spitzenplatz in der Bundesrepublik ein. Im Jahr 2005 zahlten die gesetzlichen Krankenkassen für jedes Mitglied – ob krank oder gesund – 601 Euro für die vertragsärztliche Versorgung. In den übrigen Altbundesländern wurden aber durchschnittlich nur 538 Euro bezahlt. Das bedeutet, dass das Vergütungsniveau in Bayern um fast 12 Prozent über dem Durchschnitt der alten Bundesländer liegt.

Der Honorarumsatz eines Hausarztes in Bayern lag im vierten Quartal 2007 bei 52.930 Euro und eines Facharztes bei 47.928 Euro. Hochgerechnet ergibt sich bei den Hausärzten ein durchschnittlicher Jahreshonorarumsatz von 211.720 Euro und bei den Fachärzten von 191.712 Euro. Diese Beträge resultieren nur aus den Kassenleistungen. Nicht berücksichtigt werden dabei weitere Einnahmen aus Sonderverträgen, zusätzlichen Privatleistungen sowie der Honorarumsatz aus der Behandlung der privat Versicherten.

Die Honorare der bayerischen Vertragsärzte wuchsen in den vergangenen Jahren konsequent an. Im Jahr 2006 zahlten die gesetzlichen Krankenkassen für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns insgesamt 4.716 Millionen Euro. Im Jahr 1999 waren es 3.578 Millionen. Es ergibt sich ein Zuwachs von 32 Prozent in nur sieben Jahren.

Laut OECD erwirtschaften niedergelassene Ärzte in Bayern ein Jahreseinkommen, das 15 Prozent über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt. In den Jahren 1999 bis 2006 stieg der Umsatz je Hausarzt in Bayern um 25 Prozent (Bundesdurchschnitt: plus rund 10 Prozent) und der der Fachärzte um 16,4 Prozent.

Quersubventionierung über andere Bundesländer

Die Ersatzkassen geben in Bayern mehr Geld pro Mitglied für die vertragsärztliche Versorgung aus als in allen anderen Bundesländern mit Ausnahme der Hansestadt Hamburg. Seit 2001 stieg die vertragsärztliche Gesamtvergütung der Ersatzkassen in Bayern je Mitglied stärker als die Grundlöhne. Das Mehr an Honoraren musste über Betragssatzerhöhungen finanziert werden, die auch die Ersatzkassenversicherten in den anderen Bundesländern trafen.

Der Einwand, die Ersatzkassen sollten mehr Geld in Bayern ausgeben, da ihr Beitragsaufkommen hier höher als in den anderen Bundesländern ist, stimmt nicht. Der durchschnittliche Brutto-Jahresverdienst der Arbeiter in Bayern lag 2006 mit 30.816 Euro auf dem 10. Platz bundesweit, der der Angestellten mit 44.040 Euro auf Platz vier. So lagen Löhne und Gehälter in Baden-Württemberg und Hessen seit Beginn des Jahrhunderts höher als in Bayern. Die vertragsärztliche Versorgung in diesen Bundesländern ist aber nicht teurer als in Bayern.

Für alle Krankenkassen mit einem bundesweit einheitlichen Beitragssatz – nicht nur für die Ersatzkassen – bedeutet dies, dass mit den Beitragsgeldern aus Hessen und Baden-Württemberg die vertragsärztliche Versorgung in Bayern teilweise quer subventioniert wird. Die Rufe der bayerischen Ärzteschaft nach mehr Geld können die Ersatzkassen ihren Versicherten in den anderen Bundesländern nicht vermitteln, denn Bayern hat bereits die höchste vertragsärztliche Versorgungsdichte und das höchste Honorarniveau unter den Flächenstaaten in der Bundesrepublik.

Arztgruppe	Versorgungsgrad (%)		Rang	Von 79 Planungsbereichen	
	Bundesdurchschnitt	Bayern	(von 17)	überversorgt	unterversorgt
Hausärzte	107,6	111,9	2	30	0
Anästhesisten	153,9	215,9	1	79	0
Augenärzte	117,9	121,7	5	59	0
Chirurgen	166,5	178,0	8	77	0
Fachärzt. Internisten	190,8	218,1	4	79	0
Frauenärzte	120,0	125,9	4	69	0
HNO-Ärzte	125,2	132,2	5	70	0
Hautärzte	131,0	139,7	5	75	1
Kinderärzte	129,0	128,9	9	75	1
Nervenärzte	125,0	130,0	5	75	1
Orthopäden	126,0	146,5	1	78	0
Psychotherapeuten	150,2	178,3	2	78	0
Radiologen	146,0	163,6	5	73	1
Urologen	128,1	132,1	9	76	0

Ärztliche Versorgungsdichte in Bayern

Quelle: Ärzteatlas 2007, WIdO

Krankenhäuser in Bayern

Finanzlage ist weit besser als behauptet

Die Einführung des Fallpauschalenvergütungssystems (DRG-System) in den deutschen Krankenhäusern im Jahr 2003 stellt eine Zäsur in ihrer Entwicklung dar. Damit begann ein politisch gewollter Preis- und Qualitätswettbewerb unter den Krankenhäusern, der zur Konsolidierung und Konzentration in diesem medizinischen Versorgungsbereich führen sollte. Dieser Prozess ist für manche Krankenhäuser schmerzhaft, aber insgesamt unvermeidlich. Die fünf Jahre andauernde Anpassung ist noch nicht abgeschlossen. Dennoch man kann mit Fug und Recht sagen, die Entscheidung war richtig.

Betrachtet man die Entwicklung der bayerischen Krankenhauslandschaft unter den DRG-Bedingungen, stellt man mit Erleichterung fest, dass weder das Krankenhaussterben noch der Zusammenbruch der stationären medizinischen Versorgung eingetreten ist, wovor die Reformgegner seinerzeit unermüdlich gewarnt hatten.

Bayerns Krankenhauslandschaft im Wandel

Laut Krankenhausplan ging die Zahl der Krankenhäuser in Bayern von 349 (2003) auf 341 (2008) zurück. Ein moderates Minus von 2,3 Prozent. Während sich die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser in diesem Zeitraum um 7,4 Prozent und der freigemeinnützigen um 10,9 Prozent verringerte, nahm die Zahl der privaten Krankenhäuser um 23,4 Prozent zu. Ähnlich verlief auch die Entwicklung der Bettenzahl. Beim Rückgang von insgesamt 8,3 Prozent verzeichneten die öffentlichen Krankenhäuser ein Minus von 10,4 Prozent und die freigemeinnützigen ein Minus von 17,6 Prozent. Die Zahl der Betten in privaten Krankenhäusern stieg um sage und schreibe gut 52 Prozent. Dieser Trend zeigt, dass die privaten Klinikbetreiber mit den bisher erreichten Umsatzrenditen von mehr als sechs Prozent zufrieden sind und weiterhin mit erfolgreichen Investitionen rechnen.

Dass die Wirtschaftlichkeitsreserven in bayerischen Krankenhäusern nicht erschöpft sind, dafür sprechen die folgenden Zahlen. So ist die Krankenhaushäufigkeit (das ist die Zahl der Krankenhausbehandlungen pro 1.000 Einwohner) in Bayern seit Jahren rückläufig. Sie ging von 202,9 (2003) auf 191,7 (2006) um 5,5 Prozent zurück. Ebenso bemerkenswert ist die kontinuierliche Verkürzung der Verweildauer (das ist die Anzahl der Tage, die ein Patient im Krankenhaus verbringt). Sie verringerte sich von 8,7 (2003) auf 8,3 (2006) Tage, was einem Minus von 4,6 Prozent entspricht. Folglich sank der Bedarf an Krankenhausbetten, was an der Statistik der Bettenauslastung abzulesen ist. Sie sank von 77,7 (2003) auf 75,8 Prozent

(2006). Damit liegt Bayern bei der Bettenauslastung im Krankenhaus unter dem bundesweiten Durchschnitt. Aus fachlicher Sicht, so der bayerische Krankenhausplan, ist für die Krankenhausversorgung generell eine Bettennutzung von 85 Prozent anzustreben.

Unbegründet wie die Unkenrufe über das Krankenhaussterben bei der Einführung der DRGs sind die seit diesem Sommer kursierenden Lobbyistenwarnungen von einem vermeintlich drohenden finanziellen Kollaps der bayerischen Krankenhäuser.

Wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser verbessert sich weiter

Das Gegenteil ist der Fall. Seit der Einführung der Fallpauschalen hat sich die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser in Deutschland weiter positiv entwickelt. Nach Angaben des Deutschen Krankenhausinstituts stieg in der Zeit zwischen 2003 und 2006 der Anteil der Krankenhäuser, die einen Jahresüberschuss erwirtschafteten, von 39,5 auf 55,3 Prozent. Der Anteil der Krankenhäuser mit einem ausgeglichenen Ergebnis blieb konstant (zwischen 14,6 und 14,9 Prozent). Und der Anteil der Krankenhäuser mit einem Verlust sank von 44 auf 28 Prozent.

Diese Tendenz wird auch von den Verfassern des "4. Berichts zur Lage der Krankenhäuser in Deutschland bei Einführung der Fallpauschalen" bestätigt, der im Auftrag der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf der Basis der Krankenhausumfragen jährlich erscheint. Auf der Basis einer repräsentativen Umfrage bei den Krankenhäusern stellt der Bericht fest, dass sich die wirtschaftliche Situation der stationären Einrichtungen im Vergleich zur Ausgangslage im Jahr 2003 grundsätzlich verbessert habe.

Das einzige Bundesland, das am Erstellen des Berichts nicht beteiligt ist, ist der Freistaat Bayern. Es ist sehr schade, dass bayerische Krankenhäuser keinen Beitrag zur Schaffung der Transparenz im laufenden Reformprozess leisten. Dennoch sind die Aussagen des Berichts auch für Bayerns Krankenhäuser gültig.

Überproportionale GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich

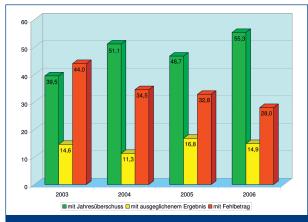
Vor der Einführung des DRG-Systems lagen die GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich bei 46,15 Mrd. Euro. Sie stiegen um 10 Prozent auf 50,79 Mrd. Euro im Jahr 2007. Die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen wuchsen dagegen nur um sieben Prozent in diesem Zeitraum. In den Jahren 2003 bis 2007

lagen die Veränderungsraten der GKV-Ausgaben im Krankenhausbereich wesentlich höher als die der Grundlohnsummenentwicklung. Daher sind die Klagen der Krankenhausfunktionäre, die Einnahmen der Krankenhäuser wären durch die Steigerungsrate der Grundlohnsumme gedrosselt, schlicht falsch. Die oben genannten Zahlen zeigen zu welch hohem Preis für die gesetzliche Krankenversicherung der Transformationsprozess im Krankenhaussektor seit Jahren verläuft.

Überwiegend Gewinner in der Konvergenzphase

Das Kernelement des DRG-Systems ist der Basisfallwert. Die individuellen Basisfallwerte einzelner Krankenhäuser konvergieren in den Jahren 2005 bis 2009 zu einem einheitlichen landesweitem Basisfallwert. Die Krankenhäuser, deren individueller Basisfallwert höher liegt als der landesweite, gehören zu den sogenannten "Verlierern" des neuen Vergütungssystems. Ursprünglich ging der Gesetzgeber davon aus, dass die Zahl der "Verlierer" durch die Zahl der "Gewinner" der Konvergenzphase kompensiert wird, so dass die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen eigentlich nicht steigen dürften.

Nunmehr stellt man fest, dass die Konvergenzphase keineswegs für die gesetzliche Krankenversicherung kostenneutral verläuft. Per Saldo hat die Mehrheit der Krankenhäuser von der Konvergenz profitiert. In den Jahren 2006 und 2007 haben etwa 60 Prozent der Krankenhäuser mehr Finanzmittel erhalten als im Jahr zuvor. Die Ursache dafür liegt darin, dass der landesweite Basisfallwert das Preisniveau über alle Krankenhäuser des Landes nicht korrekt abbildet, sondern höher liegt. Als Folge erhalten die Krankenhäuser mit einem individuellen Basisfallwert, der unter dem landesweiten Basisfallwert liegt, erheblich mehr Geld ohne dafür mehr Leistungen zu erbringen. Das DRG-System hat in Bayern nicht zu Einsparungen bei den Krankenkassen, sondern zur Steigerung der Einnah-



Wirtschaftliche Jahresergebnisse der Krankenhäuser in Deutschland (Anteile in Prozent)

men der Krankenhäuser um ca. 2,2% von 2005 auf 2006 geführt.

Neue Geschäftsfelder

Neben der Vergütung der medizinischen Leistungen nach DRG-Fallpauschalen besteht für Krankenhäuser die Möglichkeit, Erlöse über individuelle Entgelte zu erwirtschaften. Mit 9,6 Prozent hat Bayern bundesweit den höchsten Erlösanteil bei individuellen Entgelten. Neben den Fallpauschalen und individuellen Entgelte stehen den Krankenhäusern zusätzliche Einnahmequellen zur Verfügung wie ambulantes Operieren, ambulante Behandlung im Krankenhaus, medizinische Versorgungszentren sowie die integrierte Versorgung.

Diese neuen Geschäftsfelder werden seit Jahren von Krankenhäusern erfolgreich erschlossen. Allein durch den kontinuierlichen Anstieg der ambulanten Operationen im Krankenhaus haben sie von 2002 auf 2006 rund 190 Prozent mehr Erlöse erzielt. Viele Krankenhäuser nutzen die Möglichkeit der integrierten Versorgung (IV). In Bayern bestehen derzeit mehr als 360 IV-Verträge. Leistungen der integrierten Versorgung werden grundsätzlich neben der ambulanten und stationären Versorgung abgerechnet. Für medizinische Leistungen der integrierten Versorgung gaben die Krankenkassen im 1. Quartal 2008 aut 715 Mio. Euro aus. Bundesweit sind über die Hälfte der IV-Verträge direkt mit den Krankenhäusern geschlossen. Durch die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) expandieren Krankenhäuser derzeit im ambulanten Bereich. Die Gesamtzahl der MVZ in Deutschland stieg 2007 um 42 Prozent an und erreichte fast ein Tausend, 167 davon befinden sich in Bayern. Ein Drittel der MVZs wird von Krankenhäusern oder deren Trägern betrieben.

Für Schwarzmalerei kein Grund

Zusammenfassend muss man feststellen: Die globalen Ausgaben der Krankenkassen im stationären Bereich sind unter den DRG-Bedingungen überproportional gestiegen. In der Konvergenzphase gibt es unter den Krankenhäusern mehr "Gewinner" als "Verlierer". Für Krankenhäuser gibt es eine Vielzahl von zusätzlichen Einnahmenquellen außerhalb des DRG-Systems. Seit der Vergütungsreform 2003 haben sich die Möglichkeiten für Krankenhäuser, durch wirkungsvolles Krankenhausmanagement Gewinne zu erwirtschaften, nachhaltig verbessert. Und diese Möglichkeiten werden genutzt. Die neue Realität zu leugnen oder schlecht zu reden, ist verantwortungslos. Ein verstärkter Qualitäts- und Preiswettbewerb unter den Krankenhäusern ist voll im Gange. Wer zukunftsorientierte Strukturen schaffen will, ist gut beraten, sich dem Anpassungsprozess zu stellen.

LESENSWERT

Pflegeversicherung in Frage und Antwort



Versicherungspflicht, Beitragsbemessung, Pflegeleistungen von Michael Schmidt und Günter Merkel. Beck-Rechtsberater im dtv, Band 50619. 4. Auflage 2007, XII, 184 S., kart., € 8,50, ISBN 978-3-406-56185-6. Verlag C. H. Beck, München.

Dieser Rechtsberater informiert über alle relevanten rechtlichen Aspekte rund um Pflege und Pflegeversicherung. Die rechtlichen Aspekte sind einfach aufbereitet und in einer verständlichen Sprache dargestellt. Zahlreiche Beispiele, Musterberechnungen und Übersichten machen die Ausführungen anschaulich. Alle wichtigen Fragen sind umfassend beantwortet: Versicherungspflicht, Finanzierung und Organisation, Leistungsberechtigter Personenkreis, Leistungen der Pflegeversicherung, Pflegekassen, Leistungserbringer und Qualitätssicherung sowie andere Leistungen bei Pflegebedürftigkeit.

Demenz – mit dem Vergessen leben



Ein Ratgeber für Betroffene von Elisabeth Stechl, Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Catarina Knüvener. 2008, 136 S., € 15,90, ISBN 978-3-938304-98-3. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Das Jahrbuch legt den Schwerpunkt auf die zu erwartenden Auswirkungen des Gesundheitsfonds. Die Herausgeber haben dazu namhafte Autoren aus Wissenschaft und Praxis gewonnen, die den Gesundheitsfonds und die Veränderung des Risikostrukturausgleichs aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Ergänzt wird

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV Arnulfstr. 201a · 80634 München E-Mail: LV Bayern@VdAK-AEV.de

Telefon: 0 89 – 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 – 55 25 51-14 Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen das Schwerpunktthema durch freie Beiträge und eine CD-ROM mit zentralen Daten zum Risikostrukturausgleich 2005.

Fehlervermeidung und -management in Medizin und Pflege



Fehler vermeiden – erkennen – beheben von Hanspeter Weiss und Gundo Zieres. 2008, 134 S., brosch., € 22,00, ISBN 978-3-937439-97-6. IATROS Verlag & Services GmbH, Dienheim.

Die Medizin hat erkannt, dass sie bei ihrer Arbeit Fehler vermeiden muss. Im Kampf gegen Fehler ist sie aber nur dann erfolgreich, wenn sie sich von richtigen Vorstellungen über die Entstehung von Fehlern leiten lässt. Geht sie von falschen Annahmen über die Verursachung von Fehlern aus, laufen ihre Bemühungen ins Leere. Das Buch will zwei Fragen beantworten: Was wissen wir heute über die Entstehung von Fehlern in der Medizin und welche Vorkehrungen im Kampf gegen die Fehler leiten sich von diesem Wissen ab? Der Titel geht von neueren Erkenntnissen zur Psychologie des menschlichen Fehlverhaltens aus. Es wird schlüssig abgeleitet, dass es dann zum Fehlverhalten kommt, wenn die Menschen mit Anforderungen konfrontiert werden, denen sie nicht gewachsen sind. Deutlich wird aus den Ausführungen, dass die Anforderungen häufig unterschätzt werden: Viele der alltäglichen Aktivitäten der Medizin und Pflege scheinen auf den ersten Blick sehr anspruchslos zu sein. In der Praxis aber verlangen sie allen Beteiligten viel ab. Manchmal für das Individuum auch zu viel: Dann werden sie zur Quelle kleinerer Fehlerrinnsale, die sich zu einem massiven Fehlerstrom vereinen, der den Patientinnen und Patienten Schaden zufügen kann. Obwohl sich das Buch auf Ergebnisse der Kognitionspsychologie stützt, ist es verständlich geschrieben und verzichtet auf die Verwendung des fachspezifischen Jargons. Es liefert einen aktuellen Beitrag zur Fehlervermeidung und zum Fehlermanagement in Medizin und Pflege und fordert eine neue Qualität der Fehlerkultur.