

report hessen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2008

ersatzkassen

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz: **Selbsthilfeförderung neu geregelt**

Mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 wurde auch die Neuregelung der Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen beschlossen. Diese Neuregelung ist zum 01.01.2008 in Kraft getreten.

Der Gesetzgeber hat nun in § 20 c SGB V Sozialgesetzbuch V (siehe Kasten) geregelt, dass die gesetzlichen Krankenkassen einen gesetzlich festgelegten Betrag für die Selbsthilfeförderung ausgeben müssen. Dieser Betrag beläuft sich im Jahr 2008 auf 0,56 Euro je Versicherten. Neu ist, dass Mittel der GKV-Selbsthilfeförderung, die im Förderjahr nicht verausgabt werden, automatisch dem Fördervolumen der neuen kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung des Folgejahres zuzuschlagen sind.

Dieser ist von vornherein ein Anteil von mindestens 50 Prozent der jährlichen Fördermittel zur Verfügung zu stellen.

Während über die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung ausschließlich „pauschal“ gefördert wird, erfolgt die kassenindividuelle Förderung ausschließlich projektbezogen.

In dieser Ausgabe:

- **GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz**
Selbsthilfeförderung neu geregelt
- **Kommentar**
Vom Sinn und Unsinn der Bürokratie
- **Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen**
Kranken- und Pflegekassenverbände in Hessen gehen künftig gemeinsam gegen schwarze Schafe vor
- **Modell-Pflegestützpunkte**
Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf
- **Landesbasisfallwert 2008**

Die gesetzlichen Krankenkassen in Hessen haben frühzeitig begonnen, die Umsetzung des Gesetzesauftrags vorzubereiten. Dazu gehörte auch die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung in Hessen (ARGE). Damit war es möglich, zum Jahresbeginn 2008 die neue Selbsthilfeförderung reibungslos umzusetzen.

Um das Verfahren zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung in Hessen möglichst

transparent und für die Antragsteller wenig aufwendig zu gestalten, haben sich die Krankenkassen und ihre Verbände in Hessen auf das sogenannte „Ein-Ansprechpartner-Modell“ verständigt (siehe nebenstehenden Kasten).

Dies bedeutete für die Selbsthilfegruppen, Selbsthilfe-Landesorganisation und Selbsthilfekontaktstellen in Hessen, dass sie für die Pauschalförderung 2008 nur einen Antrag bei der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Selbsthilfe in Hessen zu stellen brauchte.

Wie vom Gesetzgeber vorgesehen, wurden auch die vier legitimierten VertreterInnen der Selbsthilfe frühzeitig in das Verfahren einbezogen. D. h. eine erste Sitzung mit den VertreterInnen der Selbsthilfe erfolgte bereits Anfang Dezember 2007 in Bad Homburg.

Die VertreterInnen der Selbsthilfe haben – wie in allen anderen Bundesländern und auf der Bundes-

„Ein-Ansprechpartner-Modell“ der Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Selbsthilfe in Hessen:

- „ARGE“-Anschrift
GKV-Selbsthilfeförderung Hessen
Postfach 1533, 61285 Bad Homburg
- „ARGE“-Telefonnummer
0800 – 0201112
(Anrufe sind kostenfrei)
- „ARGE“-Faxnummer
0800 – 0201222
(Faxversand ist kostenfrei)
- „ARGE“-Homepage
www.gkv-selbsthilfefoerderung-he.de

ebene auch – in der Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfeförderung in Hessen eine beratende Funktion.

DER KOMMENTAR



Dr. Hubert Schindler,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hessen

Vom Sinn und vom Unsinn der Bürokratie, oder nachgefragt: Ist es gerecht, wenn sich jeder nimmt, was er bekommen kann?

Seit Einführung der Selbsthilfeförderung durch die GKV wird er gefordert, der Topf, genauer der Selbsthilfefördertopf. Nun ist er da und alle könnten zufrieden sein. Zufrieden sein? Weit gefehlt! Es mehren sich die Stimmen derer, die nach der verwaltungsarmen unbürokratischen Methode der Pauschalförderung weniger Pauschalmittel zur Verfügung haben, als sie in den Vorjahren durch fleißiges Schreiben von Anträgen an jede Kassenart einsammeln konnten. Eine solche Lage verlangt natürlich nach Objektivierung, um die verfügbaren Mittel, aus der Solidargemeinschaft der Versicherten geschöpft, sachgerecht zu verteilen. Objektivieren heißt Erfassen. Erfassen heißt dokumentieren. Dokumentieren bringt Licht in Sachverhalte, aber

dies auch erst nach Auswertung und Bewertung. Dies dann am besten von allen Beteiligten, weil dann keine Legitimitätsprobleme entstehen. Jeglicher Aufwand frisst natürlich Mittel aus dem Fördervolumen. Am Ende lassen sich dann allerdings mit einem geordneten Verwaltungsverfahren die verbliebenen Fördermittel sachgerecht steuern. Wie viel von den übrig gebliebenen Fördermitteln dann in Relation zu den geltend gemachten Aufwendungen einer jeder Selbsthilfegruppe noch zufließen – wer kann es wissen? Und was, wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass die eine Selbsthilfegruppe gewachsen, die andere geschrumpft ist und von daher die eine mehr Mittel brauchte, die andere weniger? Es wird deutlich, dass das Thema wirklich nicht spaßig ist.

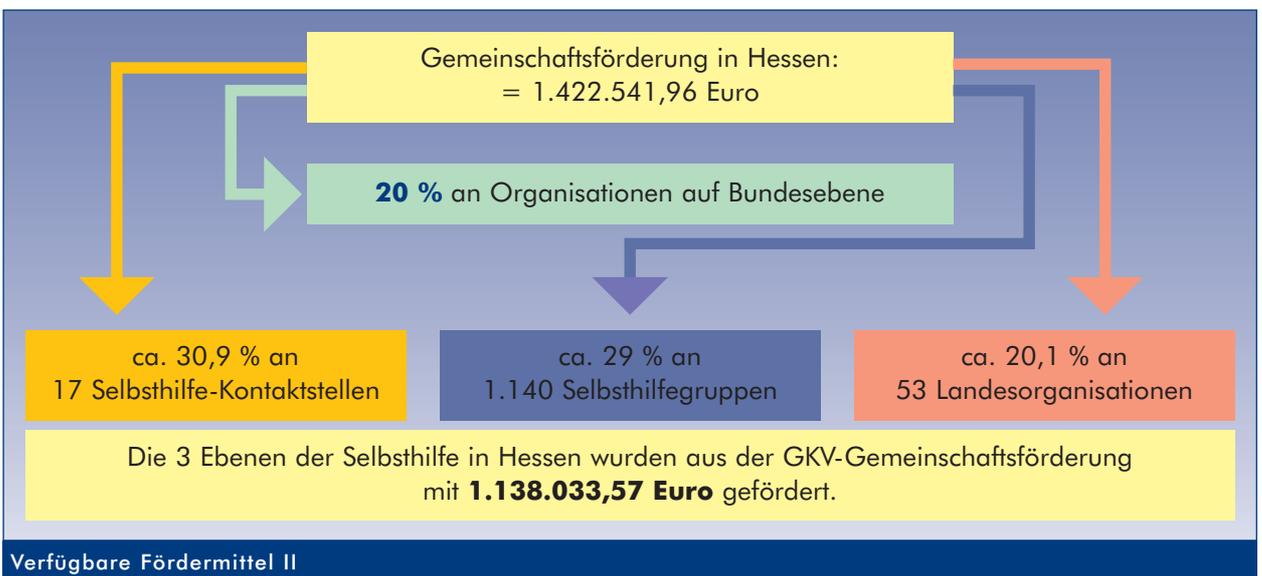
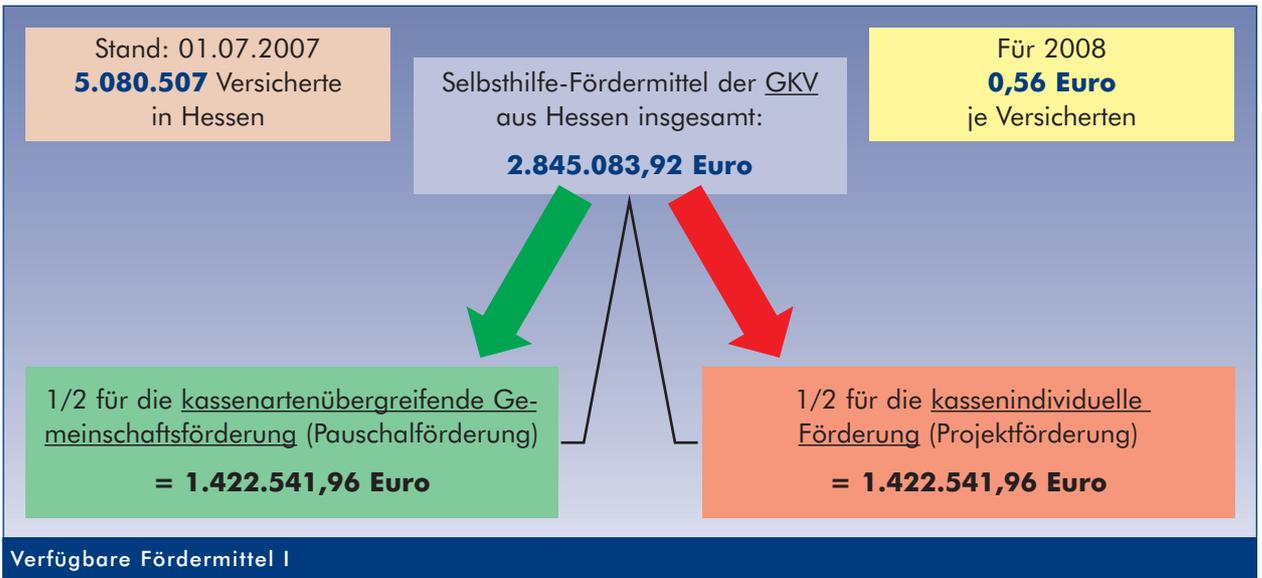
Einzelne Selbsthilfegruppen machen bereits geltend, es sei zu mühsam, die Möglichkeit der Projektförderung zu nutzen, wodurch besonderen Bedürfnissen Rechnung getragen werden kann, weil damit Finanzmittel für besondere Aktivitäten zur Verfügung stehen. Hier erscheint es schon zumutbar, sich mit den unverändert gebliebenen Förderrichtlinien zu befassen und entsprechende Anträge zu stellen. Letztlich muss es doch so sein, dass jede Selbsthilfegruppe soviel an Fördermitteln über die Pauschalförderung erhält, wie sie zweckgebunden benötigt. Das wird bei der einen Gruppe etwas mehr, bei der anderen etwas weniger sein, und so wird es ja auch gemacht. Dass nicht mit dem Füllhorn ausgeschüttet werden kann, verbietet schon die gesetzliche Grundregel der GKV, bei Leistungen das Maß des Notwendigen nicht zu überschreiten. Es wird manche erstaunen, aber in den meisten Gesprächen mit Selbsthilfegruppen stellt sich heraus, dass Förderanträge mit Augenmaß gestellt werden. Wir sind gehalten, warnenden Hinweisen nachzugehen, das tun wir auch. Aber wir werden auch die Selbsthilfegruppen nicht ohne Not mit Dokubögen überschütten und wir werden vor allem die Selbsthilfebewegung von unnötiger Bürokratie freihalten.

AUSZUG AUS DEM GESETZESTEXT SGB V:

§ 20 c Abs. 3

¹ Die Ausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände für die Wahrnehmung der Aufgaben nach Absatz 1 Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,55 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen. ² Für die Förderung auf der Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. ³

Mindestens 50 vom Hundert der in Satz 1 bestimmten Mittel sind für kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung aufzubringen. ⁴ Über die Vergabe der Fördermittel aus der Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassen oder ihre Verbände auf den jeweiligen Fördererebenen gemeinsam nach Maßgabe der in Absatz 2 Satz 1 genannten Grundsätze und nach Beratung mit den zur Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe jeweils maßgeblichen Vertretungen von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen. ⁵ Erreicht eine Krankenkasse den in Satz 1 genannten Betrag der Förderung in einem Jahr nicht, hat sie die nicht verausgabten Fördermittel im Folgejahr zusätzlich für die Gemeinschaftsförderung zur Verfügung zu stellen.



Neuregelungen in der Pflegeversicherung:

Die jahrelang diskutierte Reform der Pflegeversicherung ist mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zum 01.07.2008 in Kraft treten.

Neben einer Erhöhung des monatlichen Beitrags um 0,25 % bringt sie für die Pflegebedürftigen zahlreiche materiell-rechtliche Leistungsverbesserungen mit sich. Das Begutachtungsverfahren wird grundlegend verändert, Strukturregelungen und Qualitätssicherung werden den aktuellen Entwicklungen angepasst. Transparenz ist das Ziel der Neuregelungen.

Erstmals seit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1995 werden die monatlichen Zahlungsbeträge für die Pflegesachleistung und das Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen erhöht. Die Erhöhungen erfolgen in drei Stufen, wobei die erste Stufe bereits zum 01.07.2008 in Kraft getreten ist. Weitere Anpassungsschritte sollen zum 01.01.2010 und 01.01.2012 erfolgen. Unverändert bleiben die Leistungsbeträge im Bereich der vollstationären Pflege in den Pflegestufen I und II (siehe Tabellen auf Seite 5). Ab dem Jahr 2014 prüft die Bundesregierung alle drei Jahre die Notwendigkeit und Höhe einer Leistungsanpassung.

Politisch bis zuletzt heftig umstritten wurde nun doch eine – allerdings unbezahlte – Pflegezeit eingeführt.

Eine deutliche Verbesserung erfahren Pflegebedürftige, deren Alltagskompetenz aufgrund einer Demenzerkrankung, einer psychischen Erkrankung oder einer geistigen Behinderung dauerhaft eingeschränkt ist. Sie erhalten ab 01.07.2008 auch dann eine Betreuungsleistung, wenn sie nicht in einer Pflegestufe eingestuft sind. Der monatliche Zahlungsbetrag beträgt mindestens 100 Euro. Dieser Betrag wird auf bis zu 200 Euro aufgestockt, wenn der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) den Mehrbedarf in einem Gutachten bestätigt.

Auch das Verwaltungsverfahren bei der Pflegebegutachtung wurde mit der Gesetzesänderung verändert. So müssen Entscheidungen künftig im Regelfall innerhalb von fünf Wochen beim Antragsteller vorliegen; Begutachtungen durch den MDK bei angekündigter Pflegezeit innerhalb von zwei Wochen erfolgen. Begutachtungen bei Antragstellern, die sich im Krankenhaus, in Rehabilitationseinrichtungen, Hospizen oder in der Palliativversorgung befinden, innerhalb von einer Woche.

Mit Wirkung vom 01.01.2009 wird die Pflegeberatung ausgebaut, d.h. Pflegefachkräfte, Sozialversi-

cherungsfachangestellte und Sozialarbeiter, die über die jeweils erforderliche Zusatzqualifikation verfügen, werden als spezielle PflegeberaterInnen eingesetzt. Sie sollen den

- Hilfebedarf systematisch erfassen und analysieren
- einen individuellen Versorgungsplan erstellen
- auf die Durchführung des Versorgungsplans hinwirken
- die Durchführung des Versorgungsplans überwachen und ggf. einer geänderten Bedarfslage anpassen
- den Hilfsprozess auswerten und dokumentieren.

PflegeberaterInnen der Pflegekassen sind auch in den nach Landesrecht bestimmten Pflegestützpunkten einzusetzen.

Die Einrichtung von Pflegestützpunkten nach § 92 c SGB XI obliegt der obersten Landesbehörde. Sie sollen der wohnortnahen Beratung, Betreuung und Versorgung der Versicherten dienen, wobei auf vorhandene Beratungsstrukturen zurückzugreifen ist. Träger der Pflegestützpunkte sind die beteiligten Kosten- und Leistungsträger.

Die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung werden deutlich erweitert. Alle zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen müssen bis Ende 2010 überprüft werden. Ab 2011 erfolgt eine jährliche Regelprüfung durch den MDK, wobei diese Prüfungen grundsätzlich unangemeldet stattfinden. Hierbei ist insbesondere eine Prüfung des Pflegezustandes und der Ergebnisqualität vorgesehen; auch eine Prüfung der Prozess- und Strukturqualität ist möglich. Einrichtungen, die von der Heimaufsicht oder nach anerkannten Verfahren geprüft sind, werden ergänzend – zumindest im Bezug auf die Ergebnisqualität – geprüft. Anlassbezogene Prüfungen wie sie seit Jahren in Hessen vorgenommen werden, werden auch weiterhin umfassend durchgeführt. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden künftig sowohl im Internet als auch in anderer Form – für jedermann nachlesbar – veröffentlicht. Dabei sind bestimmte Anforderungen wie z.B. Verständlichkeit, Übersicht und Vergleichbarkeit, die der GKV-Spitzenverband mit den Vertragspartnern bis Ende September 2008 zu vereinbaren hat, zu berücksichtigen.

All diese Verbesserungen, insbesondere auch die im Bereich der Qualitätssicherung, der Transparenz, der Pflegeberatung und der Pflegestützpunkte, haben ihren Preis. Schätzungen schwanken zwischen 0,5 Mrd. und 1,5 Mrd. Euro jährlich. Diese Mittel stehen für eine direkte Leistungsverbesserung nicht zur Verfügung.

Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen:

Kranken- und Pflegekassenverbände in Hessen gehen künftig gemeinsam gegen schwarze Schafe vor

⇒ Kooperationsvereinbarung zur Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation im Bereich Pflege SGB XI und häusliche Krankenpflege SGB V

Durch manipulatives Verhalten werden der Versicherungsgemeinschaft jedes Jahr erhebliche finanzielle Mittel entzogen. Bereits seit dem Jahr 2000 widmen sich die Ersatzkassen der Manipulationsabwehr. Sie gehen Hinweisen nach, die auf ein Fehlverhalten schließen lassen.

Seit dem 01.01.04 sind die Krankenkassen und die Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 197 a Sozialgesetzbuch V (SGB V) gesetzlich verpflichtet, organisatorische Einheiten einzurichten, „die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen Krankenkasse oder des jeweiligen Verbandes hindeuten“.

Seit Januar 2008 haben die Kranken- und Pflegekassenverbände in Hessen vereinbart in den Bereichen der ambulanten Pflege nach dem SGB XI und

der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V zu kooperieren.

Die Kranken- und Pflegekassen und deren Verbände betrachten es als ihre gemeinsame Aufgabe durch die Umsetzung dieser Vereinbarung, insbesondere durch Geltendmachung und Durchsetzung von Rückforderungs- bzw. Schaden-Ersatzansprüchen, ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Die systematische Zusammenarbeit der Kooperationspartner und deren Verbände wird den gemeinsamen Nutzen erhöhen bzw. von allen beteiligten Kranken- und Pflegekassen gleichermaßen potenziellen Schaden abwenden.

Die Vereinbarungspartner werden insbesondere im Zusammenhang mit Qualitätsprüfungen nach dem SGB XI die Abrechnungen der Leistungserbringer prüfen. In Fällen, in denen es bereits zu Falschabrechnungen oder betrügerischen Handlungen gekommen ist, ist eine vollständige Wiedergutmachung des eingetretenen Schadens – sofern erforderlich auch mit Hilfe der Strafverfolgungsbehörden – durchzusetzen.

Jeder ist aufgerufen, ihm zur Kenntnis gebrachte Unregelmäßigkeiten und Betrügereien an die Verbände der Kranken- und Pflegekassen zu melden. Es muss Aufgabe aller im Gesundheitsbereich tätigen Institutionen sein, Abrechnungs-Manipulation und damit die finanzielle Schädigung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Kranken- und Pflegeversicherten zu verhindern.

Jahr	bis 30.06.2007	seit 01.07.2008	ab 01.01.2010	ab 01.01.2012
Pflegegeld				
Stufe I	205 €	215 €	225 €	235 €
Stufe II	410 €	420 €	430 €	440 €
Stufe III	665 €	675 €	685 €	700 €
ambulante Pflege/ Tagespflege				
Stufe I	384 €	420 €	440 €	450 €
Stufe II	921 €	980 €	1.040 €	1.100 €
Stufe III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.918 €	keine Veränderung	keine Veränderung	keine Veränderung
stationäre Pflege				
Stufe I	1.023 €	keine Veränderung	keine Veränderung	keine Veränderung
Stufe II	1.279 €	keine Veränderung	keine Veränderung	keine Veränderung
Stufe III	1.432 €	1.470 €	1.510 €	1.550 €
Härtefall	1.688 €	1.750 €	1.825 €	1.918 €

Ab 2015 soll eine Dynamisierung alle 3 Jahre erfolgen.

Modell-Pflegestützpunkte:

Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf

Aktive Mitgestaltung durch die Ersatzkassenverbände

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat sich in Hessen für die Einrichtung eines Modell-Pflegestützpunktes im Landkreis Marburg-Biedenkopf entschieden.

Mit der getroffenen Entscheidung ist im Rahmen des Modellvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit zu „Pflegestützpunkten und Pflegeberatern“ in jedem Land ein Pilot-Stützpunkt geplant. Die Zielsetzung des Projekts besteht darin, modellhaft in allen Bundesländern Pflegestützpunkte und Pflegeberatung zu erproben. Der Aufbau des Modell-Pflegestützpunktes in Marburg-Biedenkopf wird mit einer Projektförderung von 30.000,- Euro unterstützt.

In der Modellphase geht es darum erste Erfahrungen über die Implementierung von Pflegestützpunkten zu sammeln, zu dokumentieren und für zukünftige Planungsarbeit in anderen Regionen nutzbar zu machen. Das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) wurde damit beauftragt, die Erprobungsphase an allen Standorten zu begleiten und insgesamt zu koordinieren.

Die Aufgaben des Pflegestützpunktes sind die umfassende sowie unabhängige Auskunft und Beratung zu den Rechten und Pflichten nach dem Sozialgesetzbuch und zur Auswahl und Inanspruchnahme bundes- oder landesrechtlich vorgesehenen Sozialleistungen und sonstigen Hilfsangebote.

Gleichfalls sind sie verantwortlich für die Koordination aller für die wohnortnahe Versorgung und Betreuung in Betracht kommenden gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen und

sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfs- und Unterstützungsangebote einschließlich der Hilfestellung bei der Inanspruchnahme der Leistungen. Auch

die Vernetzung aufeinander abgestimmter pflegerischer und sozialer Versorgungs- und Betreuungsangebote gehören zum Aufgabenspektrum der Pflegestützpunkte.

Innerhalb des im Landkreis Marburg-Biedenkopf eingerichteten Pflegestützpunktes soll ein Beratungs- und Hilfenetzwerk realisiert werden, das bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit offene Fragen von Betroffenen und ihren Angehörigen klärt, bei der Suche nach einem Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung hilft und auf Wunsch ein individuelles Versorgungsarrangement zusammenstellt.

Ziel ist, die Versorgung multimorbider und pflegebedürftiger Menschen so zu verbessern, dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Mit der Errichtung des Pflegestützpunktes wird eine individuelle Pflegebegleitung etabliert, die die zielgerichtete Unterstützung des einzelnen Pflegebedürftigen sicherstellen und gegebenenfalls für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgen soll.

Die Ersatzkassen haben sich dafür ausgesprochen, das Modellprojekt im Landkreis Marburg-Biedenkopf aktiv mitzugestalten. Auf der Grundlage der Ergebnisse müssen dann Entscheidungen zum Bedarf und der Struktur von Pflegestützpunkten getroffen werden. Wichtig ist es, dass eine vernetzte, integrierte und integrierende Versorgungsstruktur für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen entsteht. Auf die bewährten Strukturen und Angebote durch die Kassen muss dabei zurückgegriffen werden.

Die Ersatzkassen begrüßen es, dass es nun den Ländern überlassen werden soll, bei Bedarf Pflegestützpunkte aufzubauen. Sie appellieren an die Länder, gemeinsam mit den Kassen Bestandsaufnahmen über die Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige zu machen. Zudem sollten die Ergebnisse aus den Modellversuchen in den Ländern zu den Pflegestützpunkten abgewartet werden, bevor neue Strukturen aufgebaut werden.



Landesbasisfallwert 2008

Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene haben es nach zähem Ringen und intensiven Verhandlungen geschafft, eine gemeinsame Vereinbarung zum Landesbasisfallwert 2008 abzuschließen. Somit ist es nun seit Einführung des DRG Systems im Jahr 2005 bei den zu führenden Verhandlungen zur Findung eines Landesbasisfallwertes zum zweiten Mal gelungen, eine Vereinbarung ohne Einschaltung der Schiedsstelle zu treffen.

Hierzu war es natürlich für beide Seiten notwendig, von den Erwartungen und Zielstellungen ein Stück weit abzugehen. Dies war für beide Vertragsparteien ein schmerzlicher Prozess, da einerseits eine deutliche Absenkung des Landesbasisfallwertes u. a. aufgrund steigender Fallzahlen und rasant steigender Kosten für die sogenannten Zusatzentgelte nach § 6 des KHEntgG gefordert wurde und andererseits aus Sicht der hessischen Krankengesellschaft ein deutlicher Anstieg des Basisfallwertes gerechtfertigt war.

Wenn man diese Ausgangslage wertet, zeugt der gefundene Kompromiss davon, dass die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene in der Lage sind, trotz diametral auseinanderklaffender Interessen, eine gemeinsame Gesprächsebene zu finden und

auf sachlicher Basis konsensorientierte Verhandlungen zu führen. Es tritt somit eine gewisse Normalität an die Stelle der anfänglichen Problemstellungen. Man könnte auch mit einem Augenzwinkern unterstellen, dass die Zielstellung ein lernendes Entgeltsystem zu kreieren demnach auch bei den Verantwortlichen im Lande Wirkung zeigt.

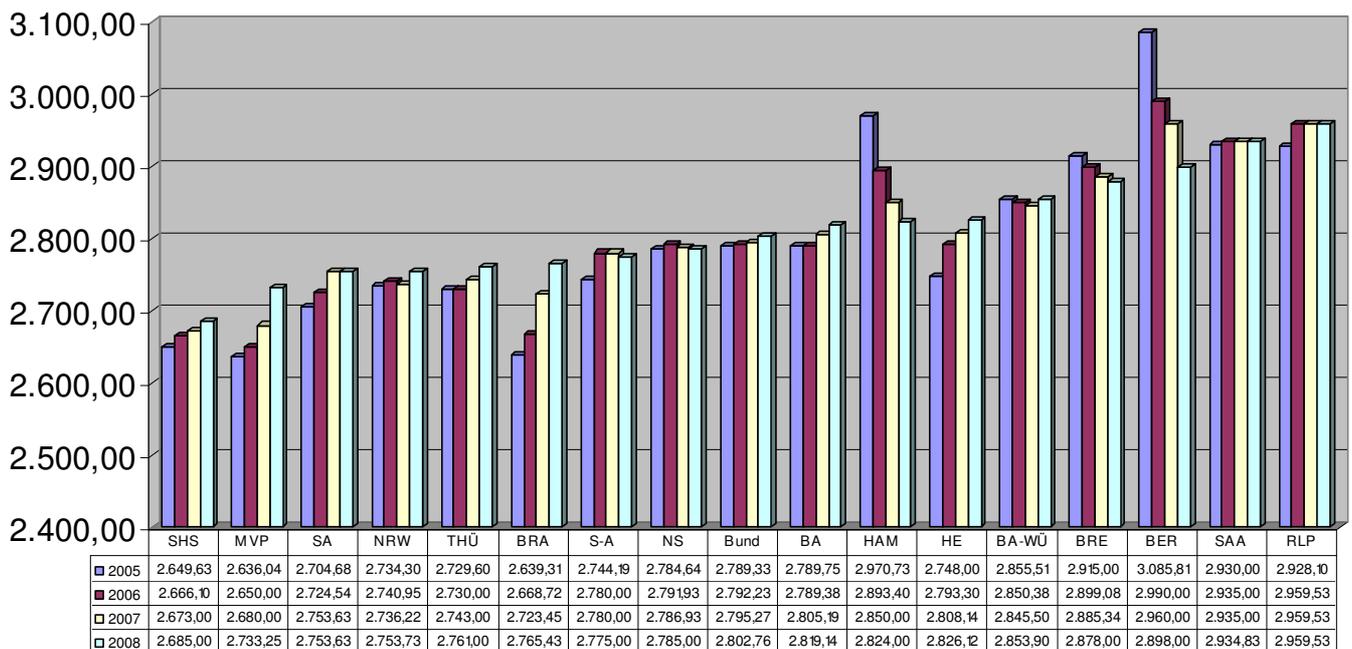
Der erneute Erfolg, eine Vereinbarung unter Dach und Fach gebracht zu haben, spricht für die Handlungsfähigkeit der Akteure auf Landesebene.

Gleichwohl gibt es kein Entrinnen aus der Diskussion um einen Bundesbasisfallwert, denn mit Einführung des Gesundheitsfonds und gleichen GKV-Beiträgen für alle Versicherte sind unterschiedliche Landesbasisfallwerte im System schwer zu rechtfertigen.

Ferner ist festzustellen, dass die anfängliche Streubreite der einzelnen Basisfallwerte mittlerweile stark abgenommen hat. So sind zwei „herausragende Werte“ im Zeitverlauf auf ein „normales Maß“ zurückgeführt worden.

Insgesamt sind die Basisfallwerte näher aneinandergerückt. Der rechnerische Bundesbasisfallwert ist von 2.789,33 € im Jahr 2005 auf 2.802,76 €

Basisfallwerte ohne Ausgleich



Basisfallwerte 2008 im bundesweiten Vergleich –
Der hessische Basisfallwert ist im Bundesranking wie abgebildet platziert:

im Jahr 2008 gestiegen. Dieser „moderate Anstieg“ sagt aber nichts über die teilweise drastischen Veränderungen in einzelnen Ländern aus. So ist der Basisfallwert für Hessen von 2005 bis 2008 um 2,84 %, entsprechend 78,12 € gestie-

gen. Korrigiert man diesen Wert um den Fehlschätzungsbetrag in Höhe von knapp 28 €, der aus der schwierigen Phase der Umstellung des Systems resultierte, reduziert sich die Steigerung auf 1,81 %.

Auch Treffpunkt für die Selbsthilfegruppen

Programm & Wegweiser

Hessische Gesundheitstage

18. – 23. August 2008 in Wiesbaden

20. August, 17.00 Uhr in den Kurhaus-Kolonnaden
**Wiesbadener Gesundheitsforum:
 Die Gesundheitswirtschaft
 zwischen Patientenversorgung
 und Weltmarkt**

18. – 23. August
Vorträge und Patientenseminare

22. + 23. August auf dem Schlossplatz
**Großer Gesundheitsmarkt
 mit Tests und Check - Up's**

Gesundheit ... wir tun was!

u.a. gefördert durch:

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. **AEV** AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Schirmherr: Roland Koch, Hessischer Ministerpräsident

www.wiesbaden.de/hessische-gesundheitstage

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

Walter-Kolb-Str. 9-11m · 60594 Frankfurt/Main

Telefon: 0 69 / 96 21 68-20 · Telefax: 0 69 / 96 21 68-21

E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de

Redaktion: Meinhard Johannides · Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler