

report hessen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2005

ersatzkassen

Nach der Wahl:

Koalition vertagt Gesundheitsreform

Bürgerversicherung und Gesundheitsprämie – im Wahlkampf 2005 heftig umstritten – in den Koalitionsverhandlungen letztlich wegen der großen Differenzen ausgeklammert.

Nach wochenlangen Verhandlungen wurde der Öffentlichkeit ein Koalitionsvertrag vorgestellt, der auf rund 190 Seiten zur Zukunft der Gesundheitspolitik in Deutschland und den dringend erforderlichen Strukturveränderungen nichts Genaues aussagt.

Obwohl oder vielleicht eher deshalb, weil die Probleme offensichtlich, unüberhör- und -sehbar sind, haben sich die Koalitionäre frühzeitig für eine Verschiebung dieses wichtigen Themas auf das kommende Jahr verständigt.

Jedem der Akteure muss klar sein, dass strukturelle Veränderungen keinen Aufschub mehr dulden. Kostensteigerungen z. B. bei der Arzneimittelversorgung und damit verbunden zunehmende Belastungen der Versicherten, soweit sie als Patienten höhere Selbstbeteiligungen aufwenden müssen, machen dies überdeutlich. Vertragsärzte kla-

In dieser Ausgabe:

- **Nach der Wahl**
Koalition vertagt Gesundheitsreform
- **Landesbasisfallwert**
Kompromiss nach Schiedsentscheid
- **Pauschalförderung für Krankenhäuser**
Abkopplung vom Bettenbezug
- **Kampagne gegen die rigide Honorarpolitik**
Ärzteaktionen ohne Sinn und Verstand?

gen, angesichts der steigenden Arzneimittelpreise, ihrer Verantwortung bei der Einhaltung der Obergrenze der Arzneimittelausgaben nicht mehr gerecht werden zu können. Letztlich bleibt auch die Krankenhausversorgung mit ihrem klinischen Alltag nicht verschont.

Die Politik wird in Teilbereichen bereits wieder von der Realität überholt. Greifbar wird dies z.B. auch durch

- Streikmaßnahmen der Ärzteschaft,
- Streiks in Krankenhäusern,
- davon eilende Kosten bei der Arzneimittelversorgung
- sprunghafte Gewinnsteigerungen in der Pharmaindustrie
- zunehmende Zugangsproblematik für gesetzlich Krankenversicherte bei Spezialisten
- Diskussionen um die Neuordnung der ärztlichen Honorare.

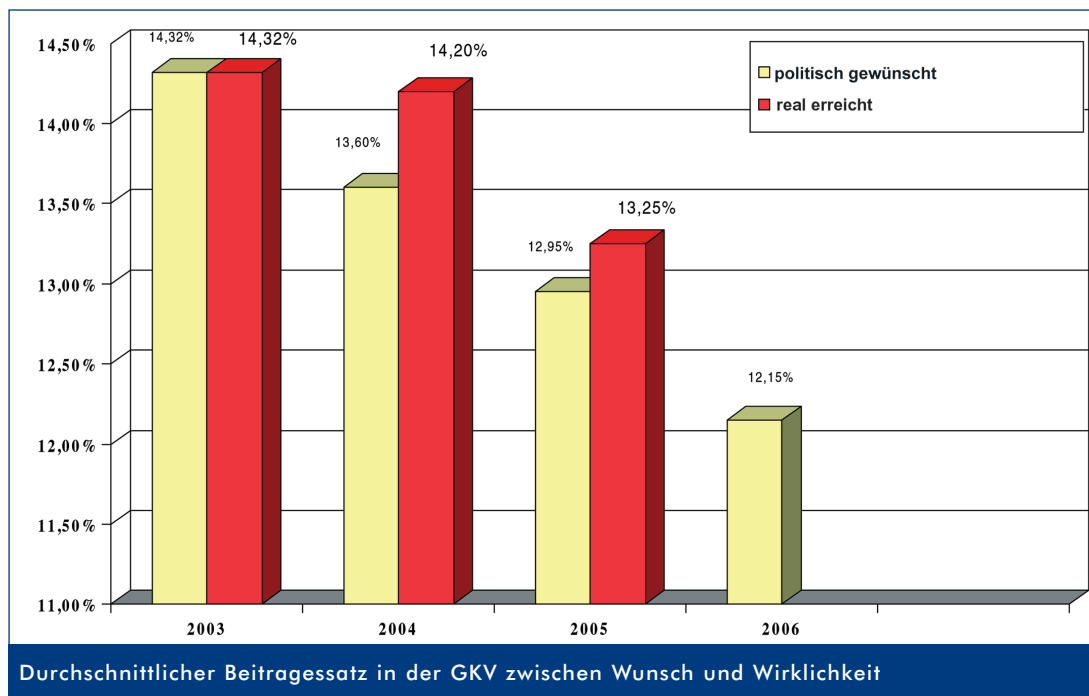
Es ist allerhöchste Zeit, dass sich die Koalitionäre im Interesse der beitragszahlenden Versicherten und Arbeitgeber und erst recht auch der zuzahlungsbelasteten Patienten im Krankheitsfalle schnellstmöglich zu einer Strukturveränderung in der Gesetzlichen Krankenversicherung durchringen. Dies auch im Kontext mit den massiven Abwanderungen von jährlich ca. 200.000 Gutverdienenden in die Private Assekuranz. Abgesehen von den grundsätzlichen Entscheidungen, wie sie im Wahlkampf zur Diskussion standen – Bürgerversicherung vers. Kopfprämie – könnte mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze, wie sie seit geraumer Zeit von den Ersatzkassen empfohlen wird, zeitnah ein „alter Zopf“ abgeschnitten werden. Dies würde bedeuten, dass künftig jeder abhängig Beschäftigte in der GKV umfassend versichert bleibt. Gutverdienenden

wird nämlich immer noch – europaweit einmalig – in Deutschland die Möglichkeit geboten, sich ab einem bestimmten Einkommen aus der Solidarität der GKV, d.h. der Solidarität mit 90 % der Bevölkerung, zu verabschieden.

Diese eigeninteressengeleitete Abwanderung verschärft die Einnahmeprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung in erheblichem Maße.

Die Verhandler in der großen Koalition haben bereits Beschlüsse gefaßt, die zu massiven Belastungen der GKV führen können. Allein die vorgesehene Erhöhung der Mehrwertsteuer auf 19 % würde bei Überwälzung auf die GKV zu einer Mehrbelastung von ca. 900 Millionen Euro führen. Darüber hinaus würde die Streichung der staatlichen Zuschüsse für versicherungsfremde Leistungen, die grundsätzlich vollständig aus Steuermitteln zu bezahlen sind, eine weitere Mehrbelastung von 4,2 Milliarden Euro darstellen, die ohne Erhöhung der GKV-Beiträge nicht zu kompensieren sind. Mit der angekündigten Streichung der Milliarden aus dem Steuertopf würde ab dem Jahr 2007 ein politischer Rückschritt in die Zeit vor der Gesundheitsreform 2004 (GMG) erfolgen. Anstatt Versicherte und Arbeitgeber durch sachgerechte Zuordnung der Finanzierungsverantwortung von versicherungsfremden Leistungen zu entlasten, würde hier das Gegenteil erreicht. Gleiches würde bei Überwälzung der Mehrwertsteuer-Milliarden auf Versicherte und

Arbeitgeber geschehen, anstatt diese durch einen ermäßigten Mehrwertsteuersatz zu entlasten. Beide Positionen, Steuererhöhung und Rückzug aus der Steuerfinanzierung, würde die erreichte Senkung des paritätisch finanzierten Krankenkassenbeitrags wieder zur Hälfte zu Nichte machen. Von einer nachhaltigen Senkung der Lohnnebenkosten kann dann keine Rede mehr sein.



Landesbasisfallwert 2005

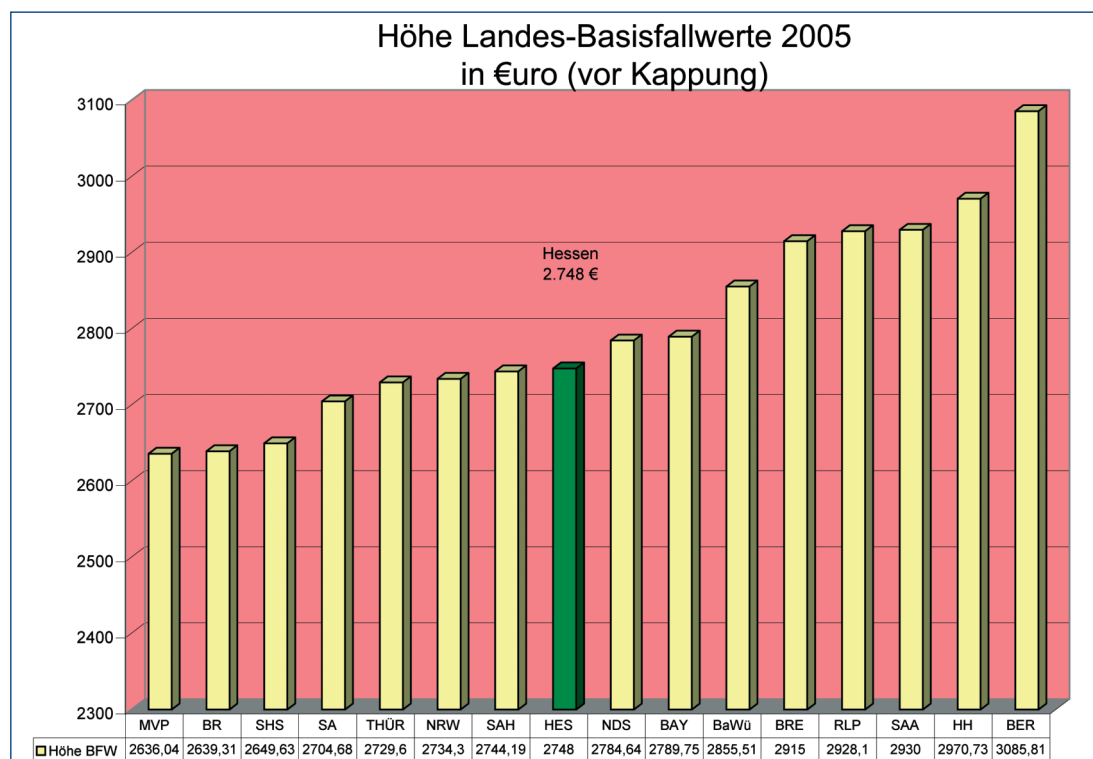
Kompromiss nach Schiedsentscheid – Vermittlung durch die Hessische Landesregierung

Die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die Hessische Krankenhausgesellschaft (HKG), hatten aufgrund gesetzlicher Bestimmungen 2005 erstmals die Aufgabe zu bewältigen, den landesweit geltenden Basisfallwert für 2005 zu vereinbaren. Zu diesem Zweck wurde die HKG seitens der Verbände der Krankenkassen in Hessen bereits im September 2004 aufgefordert, gemeinsame Verhandlungen zu beginnen. Die Verhandlungen, die lt. Gesetzesvorgabe bis zum 31.10.2004 hätten abgeschlossen sein sollen, gestalteten sich sehr schwierig; dies war aber auch zu erwarten. Nach neun Verhandlungsrunden und zwei zusätzlichen Spitzengesprächen kam es dennoch zum Scheitern der Verhandlungen. Dieses Scheitern erklärten beide Seiten unabhängig vonei-

inander am 04.02.2005. Die Forderungen der HKG lagen bei einem Basisfallwert in Höhe von 3.453,88 Euro; dem standen die Vorstellungen der Verbände der Krankenkassen in Hessen mit 2.283,14 Euro entgegen. Zur Festsetzung des Landesbasisfallwertes wurde die Krankenhaus-Schiedsstelle angerufen.

Die Krankenhaus-Schiedsstelle hat nach mehrstündiger Sitzung am 22.03.2005 den Landesbasisfallwert auf 2.694,75 Euro (nach Kappung) festgesetzt. Dieser Schiedsspruch hätte aus Sicht der Verbände der Krankenkassen in Hessen von der Hessischen Landesaufsicht genehmigt werden können, fand jedoch bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft keinerlei Akzeptanz. Deshalb erfolgte eine Vorsprache der HKG beim

Hessischen Sozialministerium (HSM) mit dem Ziel, eine Genehmigung des Schiedsspruchs durch die Genehmigungsbehörde abzuwenden, andernfalls den Rechtsweg zu beschreiten. Insofern bestand Anlass zu befürchten, dass sich im Anschluss an eine Genehmigung eine längere, öffentlichkeitswirksame, juristische Auseinandersetzung, angeschlossen hätte. Um diese Drohung zu untermauern, hat die Krankenhaussseite bereits in den ersten Tagen nach der Schiedsstellenentscheidung mittels örtlicher und überregionaler Medien versucht, die Öffentlichkeit zu verunsichern, in dem



Grafik 2: Mit dem Landesbasisfallwert 2005 für Hessen wird ein Mittelfeldplatz belegt. Die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes ist ein wichtiger Schritt bei der Umwandlung des Krankenhausentgelts weg von der Selbstkostendeckung mit tagesgleichen Pflegesätzen hin zu pauschalierten Entgelten mit Bezug auf die zu behandelnde Erkrankung/Verletzung, den DRG*)

*) DRG = Diagnosis Related Groups

Kappungsbetrag 2005: Dieser Korrekturmechanismus bedeutet, dass die Summe aller Krankenhausbudgets die für Hessen errechnete Ausgabenobergrenze nicht überschreitet. Der „Kappungsbetrag“ ist die Differenz zwischen der Erlössumme nach § 10 Abs. 2 Satz 5 Krankenhausentgelt Gesetz (KHEntgG) und der Obergrenze nach § 4 Abs. 6 (KHEntgG); soweit nicht alle krankenhaushausindividuellen Budgetvereinbarungen für 2005 vorliegen, handelt es sich – wie für 2005 – um einen „Schätzbetrag“.

die Gefährdung der stationären Versorgung der Bevölkerung insbesondere durch die Gefahr von massenhaften Krankenhausschließungen aufgrund der Schiedsstellenentscheidung aufgezeigt wurde. Dies ist besonders fragwürdig, weil mit dem Umstieg auf das DRG-System ohnehin mit dem Wegfall der Bedarfsnotwendigkeit von ca. 30 % der Krankenhäuser in Deutschland gerechnet wird. Im Übrigen liegt das Ergebnis des Hessischen Schiedsamtes des Landesbasisfallwertes bezogen auf die alten Bundesländer zwischen dem von Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen (Grafik 2) und ist damit keinesfalls eine Katastrophe.

Um einen längeren Rechtsstreit zu vermeiden, wurden die Verbände der Krankenkassen durch das Hessische Sozialministerium aufgefordert, unter deren Vermittlung, gemeinsam mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft in weiteren Verhandlungsrunden nach außergerichtlichen Lösungsmöglichkeiten zu suchen. Hierzu schlug das HSM einen Kompromiss vor. Unter Zurückstellung erheblicher Bedenken stimmten die Krankenkassen in Hessen letztlich am 03.06.2005 dem Kompromissvorschlag des Hessischen Sozialministeriums zu. Erst

nach mehreren Vorstandssitzungen im Hause der Hessischen Krankenhausgesellschaft stimmte am 15.06.2005 auch diese dem Kompromiss zu.

Der nun beiderseits akzeptierten Betrag von 2.748,00 Euro (vor Kappung) stellt mit einem Betrag nach Kappung in Höhe von 2.737,99 Euro die Grundlage für die in 2005 zu führenden Verhandlungen mit den Krankenhäusern in Hessen dar.

Es bleibt zu hoffen, dass der vermittelnde Eingriff der Landesregierung in die Selbstverwaltung bei den schwierigen Verhandlungen um den Landesbasisfallwert ein Einzelfall und auf das Jahr 2005 beschränkt bleibt.

Die Verbände der Krankenkassen in Hessen und die HKG sind am 24.11.05 in die Verhandlungen des Landesbasisfallwertes 2006 eingestiegen. Ob es gelingt, das gegenseitig erklärte Ziel, auf Ebene der Selbstverwaltung eine Verhandlungslösung zu erreichen, ohne die Schiedsstelle bzw. das HSM als Konfliktlöser einzuschalten, wird der weitere Fortgang der Verhandlungen zeigen.

DER LANDESBASISFALLWERT

Die Höhe des landeseinheitlichen Basisfallwertes für die stationäre Versorgung war erstmals für das Jahr 2005 zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen eines Bundeslandes zu vereinbaren. So ist gem. § 10 Krankenhausentgelt-Gesetz zu verfahren. Ziel dieses landeseinheitlichen Basisfallwertes ist, zumindest in dem jeweiligen Bundesland nach Beendigung der so genannten Konvergenzphase gleiche Preise für gleiche Leistungen zu erreichen.

Um den Übergang vom individuellen Basisfallwert auf den Landesbasisfallwert schrittweise und somit gleitend vornehmen zu können, hat der Gesetzgeber bestimmt, die individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser des jeweiligen Landes in der so genannten Konvergenzphase, die sich bis zum Jahre 2009 erstreckt, schrittweise aneinander heranzuführen. Nach einer langjährigen Übergangszeit ist dann ab dem Jahre 2010 der so genannte Landesbasisfallwert für alle Krankenhäuser – auch in Hessen – verbindlich.

Die für den Leistungsteil einer Fallpauschale maßgebende Bewertungsrelation (Case-Mix = CM), die bundes einheitlich festgelegt ist und an die jeweils neuesten Erkenntnisse angepasst wird, bestimmt im Zusammenhang mit dem Basisfallwert den für die einzelnen Leistung zu zahlenden Betrag, die so genannte Fallpauschale.

Ausgenommen von diesem Verfahren sind psychiatrische Krankenhäuser; ferner gibt es eine Vielzahl von Ausnahmen.

Vor diesem Hintergrund kommt dem Landesbasisfallwert eine sehr große Bedeutung zu. Dies gilt gleichermaßen für die Krankenhäuser wie auch die Krankenkassen in Hessen. Bei der Bemessung des Landesbasisfallwertes 2005 gilt das Budget 2004 als Ausgangsgröße. Zusätzlich waren viele gesetzliche Korrekturfaktoren zu berücksichtigen. Der Landesbasisfallwert wird für jedes Jahr neu vereinbart bzw. festgesetzt.

Pauschal-Förderung für Krankenhäuser in Hessen

Abkoppelung vom Bettenbezug

Mit der Pauschalförderung finanzieren Krankenhäuser die Wiederbeschaffung kurzfristiger Anlagegüter. Diese haben eine durchschnittliche Nutzungsdauer zwischen drei und 15 Jahren. Darüber hinaus wird auch die Wiederbeschaffung von mittel- und langfristigen Anlagegütern mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als 15 Jahren finanziert.

In der Vergangenheit war es für Krankenhäuser aufgrund der Anbindung der Pauschalförderung an die Bettenzahl unattraktiv, Betten abzubauen, die aufgrund der Veränderung von Leistungsstrukturen eigentlich nicht mehr gebraucht wurden.

Der Abbau von Krankenhausbetten im Sinne einer bedarfsgerechten Krankenhausplanung ist im Übrigen schon immer problematisch gewesen, da dieses Thema emotional besetzt ist und Ängste geweckt werden. Allerdings ist aus Gründen der Wirtschaftlichkeit der Versorgung die Kapazitätsreduzierung notwendig und nicht zuletzt durch die Absenkung der Krankenhausverweildauern in Richtung auf internationales Niveau sachlich gerechtfertigt.

Die Einführung einer modifizierten Förderpraxis tat deshalb Not und wurde in Hessen in Zusammenarbeit von Landesregierung mit der Hessischen Krankenhausesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen in Hessen entwickelt. Sie wurde 1999 eingeführt und damit auf den Prüfstand gestellt.

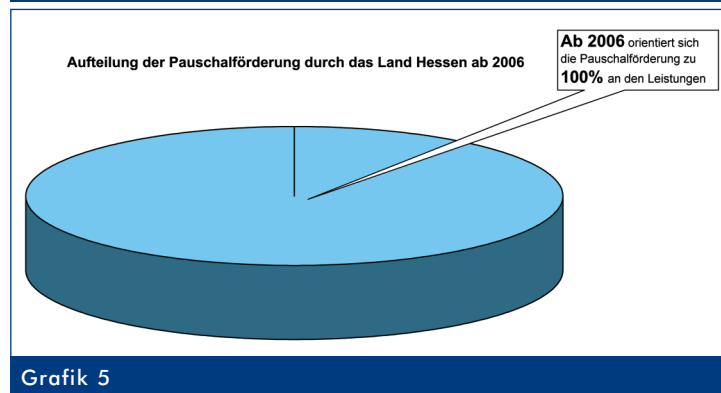
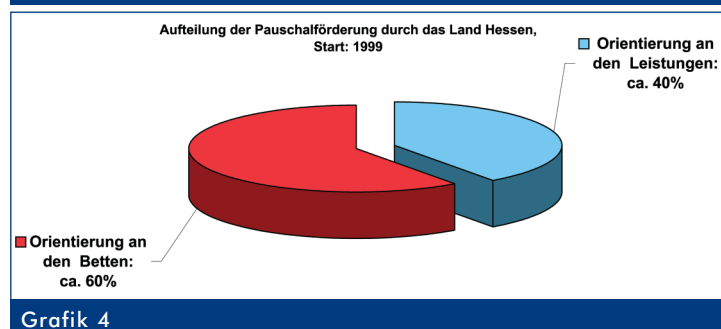
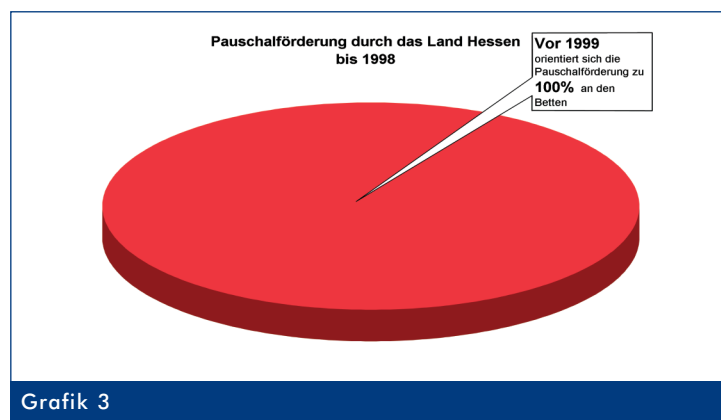
Der Landeskrankenhauseusschuss als oberstes Planungsgremium in Hessen hatte bereits im Mai 1997 eine Grundsatzentscheidung zur Änderung der Pauschalförderung gefasst. Das Ziel bestand darin, durch die Einführung eines Leistungsbezuges die alleinige Bettenanbindung abzulösen.

In den Diskussionen im Landeskrankenhauseusschuss haben die Verbände der Krankenkassen in Hessen und insbesondere die VdAK/AEV-Landesvertretung Hessen nachdrücklich die Auffassung vertreten, auf Grund der bevorstehenden Einführung des DRG-Entgeltsystems müsste bereits 1999 ein Anteil von mindestens 70 % der Pauschalförderung leistungsbezogen verteilt werden.

Nach schwierigen Verhandlungen konnte im März 1998 das neue Konzept zur Investitionsförderung verabschiedet werden. Seit dem Jahr 1999 werden dementsprechend ca. 40 % der o.a. Fördermittel entsprechend der Fallzahl und somit leistungsbezogen zugewiesen (Grafik 4).

Für die Folgejahre wurden nicht nur die bettenbezogenen Pauschalförderbeträge sondern auch die gesamten Fördermittel auf Grundlage der 1999 bestehenden Bettenkapazitäten festgeschrieben. Damit konnte eine krankenhauserplanerische Anpassung der Bettenkapazitäten ohne Verlust von Fördermitteln ermöglicht werden.

Mit der Aussicht auf Einführung der DRG's hatte sich auch die Hessische Landesregierung zum Ziel



gesetzt, künftig einen höheren Anteil der Fördermittel unter Berücksichtigung des Leistungsbezugs zuzuweisen. Unter dieser Maßgabe konnte geregelt werden, dass mit jedem abgebauten Bett beziehungsweise jedem aus der Versorgung ausgeschiedenen Krankenhaus dennoch die gesamte Förderung nicht geschmälert wurde. Damit konnte der Anteil von Finanzmitteln anwachsen, der dem Leistungsbezug folgend zur Ausschüttung anstand.

Der zwischenzeitlich in Hessen erfolgte Abbau von Krankenhausbetten hatte somit zur Folge, dass der leistungsbezogene Förderanteil um zehn Prozent aufwachsen konnte und im Jahre 2005 einen Anteil von 44 % des Fördervolumens erreicht hat.

Für die hessischen Krankenhäuser ist aber noch eine weitere dynamische Komponente bezüglich der Fördermittel von praktischer Bedeutung. Das Gesamtfördervolumen von 89,48 Mio. Euro wuchs im Zeitraum von 1999 bis 2005 auf den stattlichen Betrag von 96 Mio. Euro an (siehe Grafik 6). Damit rückte das Land Hessen mit seiner Förderquote bezogen auf die betriebenen Krankenhausbetten im Vergleich zu allen anderen Bundesländern auf Platz 1 vor.

Die beschriebene Förderpraxis wurde mit der Novellierung des § 25 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2002 (HKHG 2002) durch das Finanzausgleichsänderungsgesetz vom 20. Dezember 2004 geändert. Zugleich wurden neben der Umstellung

Förderbetrag pro Bett und Versorgungsstufe	vor 1998	ab 1998	€
Grundversorgung	3.922,00 DM	2.424,00 DM	1.239,00 €
Regelversorgung	4.455,00 DM	2.753,00 DM	1.407,00 €
Schwerpunktversorgung	4.980,00 DM	3.078,00 DM	1.573,00 €
Zentralversorgung	6.009,00 DM	3.714,00 DM	1.898,00 €

Tabelle 1

der Krankenhausplanung auf Leistungsbezug auch die Weichen für eine mittelfristige, gänzliche Abkehr von der bettenbezogenen Pauschalförderung gestellt.

Ab dem Jahr 2006 wird die Förderung anhand gewichteter Fallzahlen der Krankenhäuser ermittelt. Ein Bettenbezug ist ab dem Jahr 2006 somit obsolet (Grafik 5).

Die in das Gesetz aufgenommene Gewichtung soll dafür sorgen, dass einzelne Krankenhäuser aufgrund spezieller Fachabteilungsausrichtungen nicht benachteiligt werden. Der Gewichtungsfaktor ist noch nicht festgelegt. Angedacht ist beispielsweise der Schweregrad der Erkrankungen (im DRG System durch die Bewertungsrelationen (CMI) ausgedrückt) als Gewichtungsfaktor.

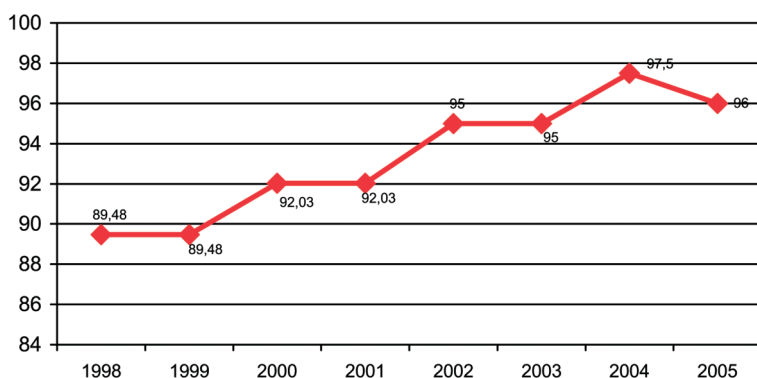
Das Hessische Sozialministerium hat in der Begründung des Finanzausgleichsänderungsgesetz vom 20. Dezember 2004 ausgeführt: „Insgesamt verliert das „Bett“ zunehmend an Bedeutung, entscheidend sind die Leistungen, die im Krankenhaus erbracht werden.“

Der Gesetzgeber hat in Hessen den durch die Änderung des Vergütungssystems bedingten Entwicklungen Rechnung getragen. So werden diese weiterhin rückläufige Verweildauern nach sich ziehen und somit für zunehmende Bettenüberkapazitäten sorgen, die bei Fortschreibung der Krankenhausplanung im Land Hessen kontinuierlich abgebaut werden.

Der Vorgang zeigt, dass es im deutschen System der Gesundheitsversorgung immer wieder gelingt, erfolgreich Ziele zu erreichen, auch wenn am Anfang nicht gleich der große Wurf gefeiert werden kann, sondern ein Kompromiss Grundlage dafür ist, sich in die richtige Richtung auf den Weg zu machen.

Am Ende zählt doch nur der Erfolg.

Haushaltsansätze für die Pauschalförderung in Millionen Euro ja Haushalt



Grafik 6

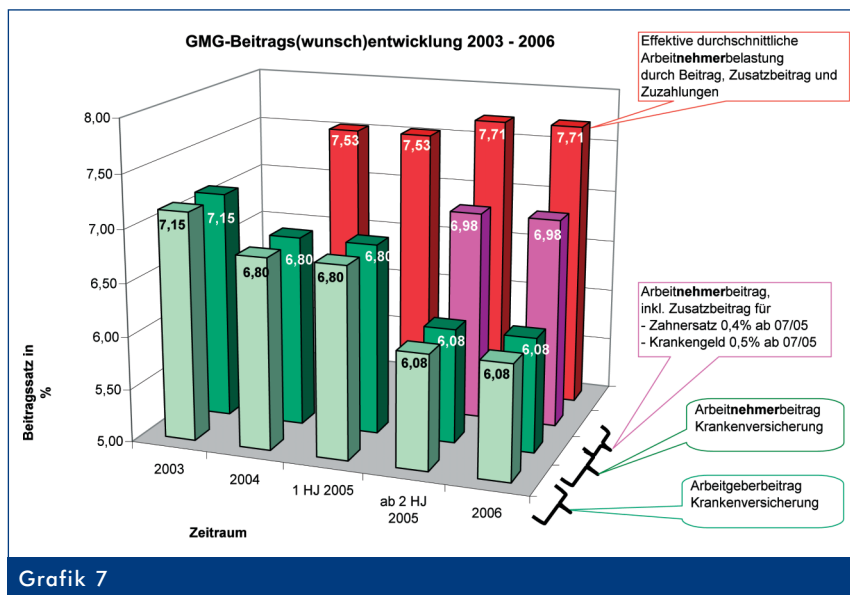
Kampagne gegen die rigide Honorarpolitik der Krankenkassen Ärzteaktionen ohne Sinn und Verstand?

Die hessischen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen haben unter Führung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) zu großer Einigkeit gefunden und zwar im Protest! Da geht es gegen angebliche Kassenwillkür und bürokratische Gängelung, kompromisslose Verhandlungsstrategien und rigide Honorarpolitik der Krankenkassen. Da wird auch den Politikern und Krankenkassen vorgeworfen, sie würden den Einsatz der Ärzte für die Gesundheit der Bevölkerung mit Füßen treten. Und das soll nun die Überzeugung von 12.000 in Hessen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sein? Was soll für die Zukunft unseres Gemeinwesens dabei herauskommen, wenn eine akademische Elite glaubt, derart geifernd die vermeintliche Realität ihres Lebens darstellen zu müssen? Ist es die Flucht vor der Verantwortung, die der Ärzteschaft in einer demokratisch verfassten Gesellschaft zugewachsen ist? Ist es ein Fluchtversuch aus der jahrzehntelangen Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit von erbrachten und veranlassten medizinischen Leistungen?

Wer will mit derart überemotionalisierten Verlautbarungen ernst genommen werden, die anstehenden Probleme in der Gesundheitsversorgung lösen zu können?

Welchen Sinn soll es machen, alle zu beschimpfen, die man braucht, um die Versorgungsstrukturen zukunftssicher auszubauen und die Arbeitsmöglichkeiten für Ärzte so zu gestalten, dass die Patienten für ihr Geld ein Höchstmaß an Effizienz erhalten? Haben die Verantwortlichen in der Ärzteschaft überhaupt verstanden, dass sie mit ihrer Stimmungsmache gegen die Krankenkassen in der Tat das Boot zum Kentern bringen, in dem auch sie sitzen?

Man kann durchaus hinterfragen, ob mit der Senkung von Krankenkassenbeiträgen die Grenzbelastung des Faktors Arbeit so reduziert werden kann, dass neue sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze entstehen.



Man kann auch durchaus der Auffassung sein, dass Kranke nicht weitere finanzielle Lasten aufgebürdet bekommen sollen.

Hilfreich ist aber immer, Fakten zur Grundlage seiner Überlegungen und seines Handelns zu machen. Fakten sind:

1. dass seit über zehn Jahren die verfügbaren Finanzmittel in den Familienhaushalten rückläufig sind
2. dass auch andere Industrieländer, die geringere Aufwendungen für die Gesundheitsversorgung vorweisen, nach Problemlösungen zur Beherrschung der Kostensteigerungen suchen
3. dass bei politisch Verantwortlichen, bei den Krankenkassen wie auch in der Ärzteschaft unterschiedliche Auffassungen und Einschätzungen zur Lösung der Probleme bestehen, die allerdings eines strukturierten Diskurses bedürfen

Vor diesen Hintergründen hat sich eine parlamentarische Mehrheit gefunden, die das Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz verabschiedet hat, demzufolge u.a. die Krankenkassen die Gesamtvergütungen für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten weiterhin nicht über Grundlohn steigen lassen dürfen. Dies gilt ebenso für die Verwaltungskosten.

Wer dies ändern will muss dafür parlamentarische Mehrheiten gewinnen und nicht den Ausstieg proben.

Wer die Kassen beschimpft, dass sie eine rigide Honorarpolitik praktizieren, hat die gesetzlichen Rahmenbedingungen nicht verstanden, weder die aktuellen, noch die bisherigen. Wer meint, medienwirksam gegen die Krankenkassen agieren zu müssen, muss sich fragen lassen, was das für einen Sinn machen soll.

Die GMG-bedingte gestiegene Belastung der Kranken, und mit diesen haben ja die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten vorrangig zu tun, lässt sich aus Grafik 7 ablesen.

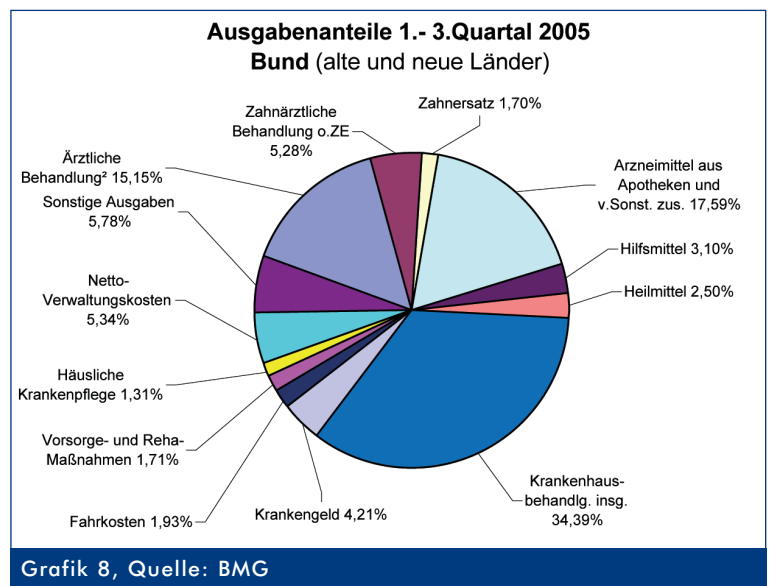
Ziel des Gesetzgebers war, von 2003 auf 2004 den durchschnittlichen paritätischen Beitragssatz für Arbeitgeber einerseits (hellgrüne Säule) und Versicherte andererseits (dunkelgrüne Säule) um zunächst 0,35 % Beitragspunkte abzusenken. Dies wurde erkaufte durch höhere Selbstbeteiligung im Krankheitsfall im Umfang von ca. 9 Mrd. Euro für die Versicherten und Senkung von Arzneimittelausgaben mit einer Belastung der pharmazeutischen Industrie im Umfang von ca. 1 Mrd. Euro.

Die Zwangssenkung der paritätisch finanzierten Beiträge um 0,9 Beitragspunkte zum 01. Juli 2005 mit der gleichzeitigen Belastung der Versicherten durch Sonderbeiträge für Zahnersatz und das Finanzvolumen des Krankengeldes hat die Belastungsschere zwischen Arbeitgebern und Versicherten deutlich geöffnet. Wer krank ist, trägt die größte Last (dunkelrote Säulen).

Das Ziel des durchschnittlichen paritätischen Beitragssatzes von 12,15 % war angesichts der Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt, der gestiegenen Ausgaben in der Krankenhausversorgung, des

Krankentransport- und Rettungsdienstes sowie der Arzneimittel nicht zu erreichen. Derzeit liegt dieser Satz bei 13,23 %. Wer jetzt noch höhere Mehrwertsteuern auf diese Beitragssätze überwälzen will und auch die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen auf Null bringen will, macht die bislang erreichte Senkung der paritätischen Beitragssätze zur Hälfte zunichte!

Hier hilft es nur, gemeinsam Verantwortung zu übernehmen und nicht an einem Sommertag zum Baden zu gehen und über Privatrechnungen zu philosophieren, an Dezembertagen das Licht in der Praxis herunter zu fahren und mit Spaziergängen nach versickerten Finanzmitteln zu suchen.



Die aktuellen Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung sind aus dem Kuchenendiagramm des Bundesministeriums für Gesundheit (Grafik 8) ersichtlich. Wer sein „Kuchenstück“ vergrößern will, muss sich etwas Konstruktives einfallen lassen. So haben zum Beispiel die Ersatzkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Hessen mit ihren flächendeckenden Hausarztverträgen bereits beachtliche Weichenstellungen für die Zukunft vorgenommen.

**Wir wünschen unseren
Leserinnen und Lesern ein
erfolgreiches Jahr 2006!**

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Hessen des VdAK/AEV

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

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

E-Mail: LV_Hessen@vdak-aev.de

Redaktion: Meinhard Johannides · Verantwortlich: Dr. Hubert Schindler