C 21156 F

ersatzkasse report.

vdek Die Ersatzkassen

IN DIESER AUSGABE **HaLT IN BAYERN** Ein Präventionsprojekt für junge Rauschtrinker | **REHA UND VORSORGE** Neue Schiedsstelle | **9,2 MILLIARDEN EURO** für die Krankenhäuser | **VDEK-ARZTLOTSE** seit einem Jahr erfolgreich im Netz

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2013

VDEK

Familienfreundlich

FOTO BARMER GEK

Der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) hat für seine familienfreundliche Personalpolitik das Zertifikat zum „audit berufundfamilie“ erhalten. Das von der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung initiierte Qualitätszertifikat prämiert seit 1998 Unternehmen, Institutionen und Hochschulen, deren familienfreundliche Unternehmensführung die Vereinbarkeit von Familie und Beruf besonders fördert. Zuvor hatte sich der vdek einem Auditierungsverfahren unterzogen und bestehende Potenziale betriebsinterner Familienfreundlichkeit analysieren lassen – mit Erfolg. Rund 580 Mitarbeiter des Verbandes profitieren von flexiblen Arbeitszeitregelungen, individuellen Teilzeitmodellen sowie einem unternehmensinternen Ansprechpartner zum Thema Beruf und Familie. Weitere Angebote wie Eltern-Kind-Zimmer oder die Einrichtung temporärer Heimarbeitsplätze bei Betreuungsengpässen, sind in Planung.

GESETZLICHE KRANKENKASSEN

Individuelle Beitragssätze – präziser, sinnvoller, gerechter

Gesundheitsfonds, einheitlicher Beitragssatz und der Zusatzbeitrag haben falsche Anreize im Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung gesetzt. Aus Fehlern sollte man lernen und zur Beitragssatzautonomie der Krankenkassen zurückkehren.

Durch die Etablierung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Beginn des Jahres 2009 wurde die Beitragssatzautonomie der Krankenkassen abgeschafft. Seither gibt es lediglich einen bundeseinheitlichen Beitragssatz, der staatlicherseits festgesetzt wird. Unter diesen grundsätzlich veränderten Bedingungen überweisen die Krankenkassen die Beiträge ihrer Mitglieder an den Gesundheitsfonds und erhalten im Gegenzug eine je nach Versichertenklientel differenzierte Zuweisung aus dem Fonds. Reicht die Zuweisung für die Versorgung der Versicherten nicht aus, muss die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erheben, der direkt bei den Versicherten erhoben wird und allein von den Mitgliedern zu tragen ist.

Vor den unweigerlich auftretenden Problemen dieser Konstruktion haben Kritiker schon bei Einführung des neuen Finanzierungsmodells gewarnt. Insbesondere die Einführung des Finanzierungsinstruments Zusatzbeitrag hat zu erheblichen Unwuchten im System der gesetzlichen Krankenkassen geführt. Eine Krankenkasse mit Zusatzbeitrag verliert schnell junge, gesunde und gut verdienende Mitglieder. Folglich verschlechtert sich die Versichertenstruktur rapide, die Ausgaben steigen und der Finanzdruck nimmt zu. Die betroffene Krankenkasse gerät mehr oder weniger unweigerlich in eine Abwärtsspirale. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass die gesetzlichen Krankenkassen in den zurückliegenden Jahren alles daran gesetzt haben, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden.

Falsche Anreize im Wettbewerb

Gesundheitsfonds, einheitlicher Beitragssatz und vor allem der Zusatzbeitrag haben falsche Anreize im Wettbewerb der Gesetzlichen Krankenversicherungen gesetzt. In seinem Mittelpunkt stand vielfach nicht mehr die Organisation und Finanzierung einer bestmöglichen medizinischen Versorgung, sondern die Vermeidung des Zusatzbeitrages. Ein spezielles Versorgungsprojekt im Bereich der integrierten oder sektorenübergreifenden Versorgung

→

KOMMENTAR

Das Versicher-tengeld den Versicherten!

FOTO vdek

von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

Wieder einmal hat sich der Staat bei den Krankenkassen bedient, um den Haushalt zu sanieren: Der Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds ist 2013 um 2,5 Milliarden Euro gekürzt worden und soll im kommenden Jahr um weitere 3,5 Milliarden Euro abgeschmolzen werden. Eigentlich war der Steuerzuschuss mal dafür gedacht versicherungsfremde Leistungen der GKV zu kompensieren. Jetzt werden die Beitragsgelder der Versicherten zum Stopfen von Haushaltslöchern missbraucht.

Hauptproblem ist, dass durch die Einführung einer staatlichen Kapitalsammelstelle à la Gesundheitsfonds und durch die staatliche Kompetenz zur Festsetzung eines Einheitsbeitragssatzes, immer wieder massive Unwuchten im Finanzierungssystem der GKV entstehen.

Die Antwort auf dieses Dilemma kann eigentlich nur die Rückkehr zu den individuellen Beitragssätzen der gesetzlichen Krankenkassen sein. Und dabei spielt es in der letzten Konsequenz überhaupt keine Rolle, ob mit oder ohne Einschaltung eines Fonds. Entscheidend ist, dass Beitragsgelder in Zukunft wieder nach dem konkreten Bedarf erhoben werden und wieder allein dem eigentlichen Zweck der Gesetzlichen Krankenversicherung dienen, nämlich der medizinischen Versorgung der Versicherten und ihrer Familienmitglieder.

→

zu starten, ist zum Teil mit erheblichen Aufwänden und finanziellen Risiken für die Kassen verbunden. Die knappen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und der drohende Zusatzbeitrag machen solche Projekte oftmals zunichte.

Der erfreuliche konjunkturelle Aufschwung der vergangenen beiden Jahre führte dazu, dass die Zahl der sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätze zunahm und das Beitragsaufkommen der Krankenkassen anstieg. Die Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung entspannte sich. Die negativen Wirkungen des Zusatzbeitrages wurden abgemildert. Und schließlich konnten die meisten betroffenen Krankenkassen den Zusatzbeitrag wieder abschaffen. Was jedoch bleibt, ist das zentrale Strukturelement des neuen Finanzierungsmodells der Gesetzlichen Krankenversicherung – der einheitliche Beitragssatz.

In Zeiten des Wirtschaftsaufschwungs verursacht der starre einheitliche Beitragssatz steigende Überschüsse sowohl bei den Krankenkassen als auch im Gesundheitsfonds. Das angebliche Geldhorten in der Gesetzlichen Krankenversicherung machte Schlagzeilen und absurde Diskussionen über die Verwendung der Finanzreserven wurden geführt. Darüber hinaus nutzte die Bundesregierung die Überschüsse im Gesundheitsfonds zur Sanierung des Staatshaushaltes, indem sie die Steuerzuschüsse zur Finanzierung der versichertenfremden Leistungen in der GKV um mehrere Milliarden Euro kürzte.

»Die Ersatzkassen plädieren für die Rückkehr zur Beitragssatzautonomie.«

Bei den derzeitigen Überschüssen im Gesundheitsfonds und bei den Krankenkassen handelt es sich um die Versicherungsbeiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Dieses Geld gehört den Beitragszahlern und sollte entweder für eine bessere medizinische Versorgung ausgegeben oder zurückgezahlt werden. Im alten Finanzierungssystem konnten die Krankenkassen die überschüssigen Mittel dem Beitragszahler zurückgeben, indem sie ihre Beiträge senkten. Zwar gibt es auch heute die Möglichkeit der Prämienausschüttung an die Versicherten, aber doch verbunden mit Nachteilen gegenüber den Möglichkeiten zur Zeit der Beitragssatzautonomie. Zum einen muss der Versicherte die erhaltene Prämie als Einkommen versteuern. Zum anderen entsteht ein nicht unbeträchtlicher Verwaltungsaufwand (Briefe an Versicherte, Überweisungen u.ä.).

Korrekturen notwendig

Aus den in den letzten Jahren gemachten Erfahrungen mit dem neuen System sollte man lernen. Daher plädieren die Ersatzkassen für die Rückkehr zu kassenindividuellen Beitragssätzen. Die Vorteile des alten Finanzierungssystems liegen auf der Hand. Die Beitragserhebung konnte passgenauer und bedarfsgerechter erfolgen. Überschüsse im Gesundheitsfonds kamen unmittelbar bei den Krankenkassen an. Der kassenindividuelle Beitragssatz schafft zudem mehr Gestaltungsspielräume für innovative Versorgungsangebote, die speziell auf die Bedürfnisse der Versicherten der jeweiligen Kasse zugeschnitten sind. Die GKV-Finanzierung mittels flexibler kassenindividueller Beitragssätze könnte feiner justiert werden und Zusatzbeiträge wären überflüssig.

Die Wiederherstellung der Beitragssatzautonomie der Krankenkassen bedeutet nicht zwangsläufig die Abschaffung des Gesundheitsfonds. Als technische Lösung bietet sich ein allgemeiner Basisbeitragssatz an, der den durchschnittlichen Finanzbedarf abbildet. Die Krankenkassen könnten den allgemeinen Basisbeitragssatz, der unterjährig angepasst werden könnte, an den Gesundheitsfonds abführen. Dieser würde die erhaltenen Beiträge und Steuerzuschüsse mittels des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs an die Kassen verteilen.

MEINUNG

Über ihre Beiträge sollen die Krankenkassen selbst entscheiden

Max Straubinger (CSU), Mitglied des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen Bundestag, plädiert in seinem Gastbeitrag dafür, dass die Finanzhoheit wieder den Krankenkassen zurückgegeben werden soll.

Text: Max Straubinger, MdB

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2009 wurde ein einheitlicher Beitragssatz, von derzeit 15,5 Prozent, für die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) von der Politik bestimmt. Das Grundkonzept sah vor, dass Kassen, die mit der zentralen Finanzzuweisung ihre Gesundheitsausgaben sowie Verwaltungs- und Krankengeldkosten nicht decken konnten, einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Dieser einkommensunabhängige Zusatzbeitrag sollte den Wettbewerb der Kassen forcieren. Tatsächlich mussten einige Kassen einen Zusatzbeitrag erheben, was zu starken Verlusten an Versicherten führte. Ob für die Erhebung des Zusatzbeitrages ursächlich die Verwaltungsstruktur oder das Management der Kassen oder eine unzureichende Finanzzuweisung aus dem Fonds verantwortlich war, wurde nicht evaluiert.

Mittlerweile können aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung sowie der getätigten Reformen im Gesundheitswesen unter einer christlich-liberalen Bundesregierung alle Kassen auf die Erhebung eines Zusatzbeitrages verzichten. Die Maßnahmen des Arzneimittelneuordnungsgesetzes (AMNOG) mit der Einführung der Nutzenbewertung für neue Arzneimittel, der Zwangsrabatt für Arzneimittel oder die Neuordnung der Großhandelszuschläge und andere Sparmaßnahmen haben ihre Wirkung entfaltet.

Somit findet derzeit kein Preiswettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen statt. Auch haben sich aufgrund der

FOTO Henning Schacht – berlinpressphoto.de

MAX STRAUBINGER, MdB

zunehmenden sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnisse und des Beitragssatz immense Rücklagen im Fonds sowie bei einzelnen Krankenkassen gebildet. Diese hohen Rücklagen bilden enorme Begehrlichkeiten.

Angesichts dieser Ergebnisse muss die Frage gestellt werden, ob dieser einheitliche von der Politik festgesetzte Beitragssatzes die richtige Grundlage für die Finanzierung eines auf Wettbewerb angelegten Gesundheitssystems sein kann. Ich glaube Nein. Hierzu möchte ich nachfolgend fünf Gründe darlegen:

(1) Die zentrale Zuweisung der Finanzmittel an die Kassen orientiert sich nicht am Versorgungsbedarf der einzelnen Kassen und den regionalen Versorgungsstrukturen.

(2) Durch den zu hohen Beitragssatz werden derzeit im Fonds und bei den Kassen doppelte Rücklagen gebildet. Damit wird Geld von den Mitgliedern erhoben, welches für die Versorgung nicht zur Verfügung steht.

(3) Die zentrale Finanzzuweisung lässt den Krankenkassen keine Möglichkeit mit z.B. Selektivverträgen neue Innovationen in der Gesundheitsversorgung für die Versicherten zu gestalten, da sie sich nicht in Gefahr bringen wollen, einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Damit wird ein versorgungsunfreundlicher Wettbewerb unter den Kassen in Gang gesetzt.

(4) Zudem führt die nicht sachgerechte Verteilung aus dem Fonds dazu, dass einzelne Kassen den Mitgliedern eine Prämie auszahlen können. Diese Finanzmittel fehlen dann in den anderen Regionen für die Versorgung.

(5) Bislang ist man nicht bereit einen so niedrigen Beitragssatz festzusetzen, dass alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben müssten. Denn dann müssten alle Mitglieder einen einkommensunabhängigen Zusatzbeitrag zahlen, welcher einen Sozialausgleich erforderlich machen würde. Der bürokratische Aufwand wäre enorm, da der Direkteinzug beim jeweiligen Mitglied erfolgen bzw. Erstattungen direkt mit dem einzelnen Mitglied abgerechnet werden müssten.

Angesichts dieser Entwicklung komme ich zu der Auffassung, dass die Finanzhoheit wieder den Kassen zurückgegeben werden soll. Damit wird der Wettbewerb gestärkt, die Versorgungsinitiativen können gesteigert werden, eine zu hohe Rücklagenbildung wird verhindert und die Beiträge würden sich schneller den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Sinne der Mitglieder anpassen.

Ein Präventionsprojekt für junge Rauschtrinker

Das Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit erweist sich als eine wirksame Maßnahme zur Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs unter den Jugendlichen und ist eine Erfolgsgeschichte.

Text: Marco Stürmer, Mara Wurdak und Jörg Wolstein

Das alkoholspezifische Präventionsprojekt HaLT – Hart am Limit wurde auf Initiative des Bayerischen Gesundheitsministeriums Ende 2007 mit dem Ziel gestartet, eine möglichst flächendeckende Implementierung von speziellen Aktivitäten zur Suchtprävention im Freistaat zu erreichen.

HaLT – Hart am Limit verfolgt eine kombinierte duale Präventionsstrategie, auf deren Grundlage Maßnahmen der Verhaltens- und der Verhältnisprävention im regionalen Kontext umgesetzt werden.

Zwei Bausteine des Projekts

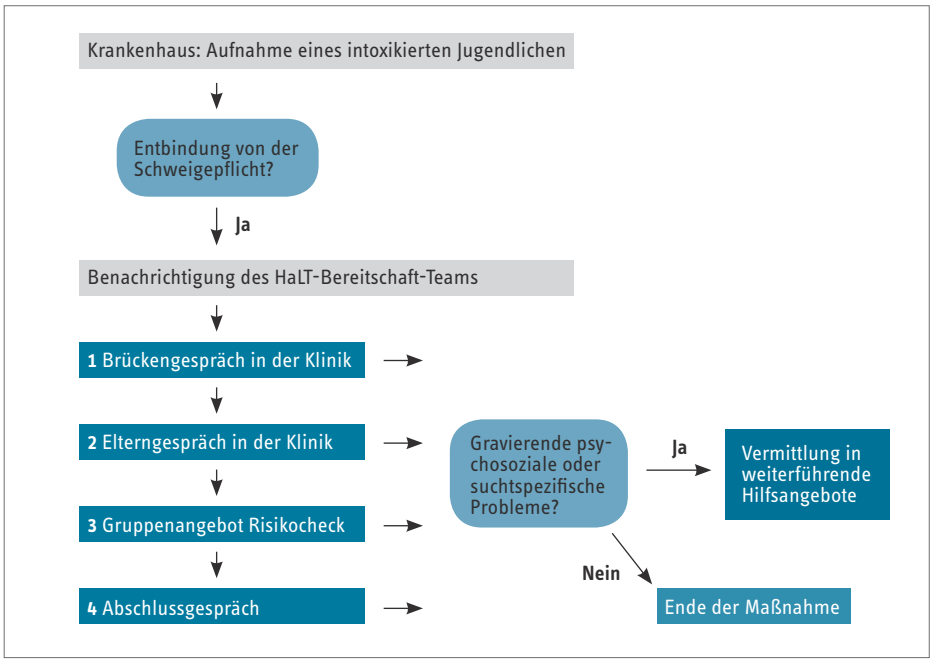
Der proaktive Projektteil zielt darauf ab, die Zahl der Alkoholvergiftungen bei Jugendlichen insgesamt zu minimieren. Dabei stehen der Aufbau von kommunalen Präventionsnetzwerken, die konsequente Umsetzung des Jugendschutzes, die Bündelung präventiver Einzelaktivitäten zu einer Schwerpunktstrategie und eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung der Bevölkerung im Vordergrund. Methodisch ist dieser Baustein des Präventionskonzeptes der universellen und strukturellen Prävention zuzuordnen.

Der zweite reaktive Projektbaustein ist methodisch in den Bereich der indizierten Prävention einzuordnen. Die reaktiven Strategien greifen dann, wenn Jugendliche aufgrund einer akuten Alkoholintoxikation stationär behandelt werden müssen. Dazu findet eine Kurzintervention mit den betroffenen Jugendlichen direkt im Krankenhaus am Morgen nach der Einlieferung statt. Zudem erhalten die Eltern in dieser Situation ein Beratungsangebot, das unter anderem praktische Hinweise für eine zielführende Kommunikation mit den Jugendlichen zum Thema Alkoholkonsum gibt. Einige Zeit nach der Entlassung findet der sogenannte Risikocheck statt, eine erlebnispädagogische Gruppenintervention, die wesentliche Inhalte der Kurzintervention aufgreift und in der Gruppensituation mit anderen betroffenen Kindern und Jugendlichen vertieft. Die Maßnahme endet mit einem Abschlussgespräch.

Erfolgreiche Implementierung

Derzeit beteiligen sich 44 kreisfreie Städte und Landkreise in allen sieben bayerischen Regierungsbezirken am HaLT-Projekt. Bayern hat damit bundesweit die höchste Anzahl aktiver HaLT-Standorte. Die Strategie einer dezentralen Durchführung mit zentraler Koordination durch die Bayerische Akademie für Sucht- und Gesundheitsfragen hat sich bewährt und wurde auch in anderen Bundesländern übernommen.

Die 44 bayerischen HaLT-Standorte sind im proaktiven Baustein in über 90 Netzwerken organisiert und arbeiten im reaktiven Projektteil mit über 160 Kooperationspartnern wie Kliniken, Polizei sowie Jugend- und Gesundheitsämtern zusammen. Regelmäßige Schulungen und Befragungen der teilnehmenden Zentren durch die zentrale Koordination dienen der Qualitätssicherung.



GRAFIK vdek

ABLAUF der HaLT-Präventionsmaßnahmen

Gesicherte Projektfinanzierung

An der Finanzierung beteiligen sich das Bayerische Gesundheitsministerium, die Kommunen sowie die freien Träger der HaLT-Projekte. Für spezifische Maßnahmen im proaktiven Projektteil stellte der Bayerische Landtag zudem im Jahr 2010 zusätzliche Fördermittel zur Verfügung.

Auch zahlreiche kooperierende Krankenkassen tragen zur Finanzierung der Präventionsmaßnahmen bei. So konnte eine Rahmenvereinbarung mit der vdek-Landesvertretung Bayern Anfang 2011 abgeschlossen werden, die den HaLT-Projekten Abrechnungen für Interventionen im reaktiven Projektteil mit den Ersatzkassen ermöglicht. Aufgrund der positiven Erfahrungen wurde diese Rahmenvereinbarung bereits Ende 2012 um weitere zwei Jahre verlängert.

Auswertung der bisherigen Erfahrungen

Auf der Grundlage der regelmäßigen Projektmonitorings zum Status quo und der Befragungen von betroffenen Jugendlichen, ihrer Eltern sowie HaLT-Präventionsfachkräften und Kooperationspartnern wurde der ersten vier Jahre des Projekts evaluiert.

Im Erhebungszeitraum von 2008 bis 2011 nahmen etwa 4.200 Jugendliche zumindest eines der Beratungsangebote des reaktiven Projektteils wahr. Zudem konnten bei etwa 80 Prozent der Kurzinterventionen im Krankenhaus auch die Eltern mit einem Beratungsgespräch unterstützt werden.

Überwiegend wurden die Jugendlichen aufgrund der akuten gesundheitlichen Gefährdung durch die Alkoholvergiftung in eine Klinik eingewiesen. Mittel- oder langfristige Risiken ließen sich in der Regel in dieser Gruppe jedoch nicht finden, sodass die Intervention durch die HaLT-Mitarbeiter ausreichend war. Für etwa 500 Jugendliche wurde im Rahmen des HaLT-Projekts die Aufnahme einer weiterführenden Beratung empfohlen oder eine entsprechende Vermittlung durchgeführt. Ziel war es, in diesen Fällen zu klären, ob eine gravierende psychosoziale oder suchtbezogene Problematik vorliegt und gegebenenfalls weiterführende Hilfen in die Wege zu leiten sind. Viele dieser Jugendlichen hätten ohne das Präventionsprojekt zu einem solch frühen Zeitpunkt möglicherweise keinen Zugang zum Hilfesystem bekommen. Somit erfüllt das HaLT-Projekt auch wichtige diagnostische und interventionssteuerende Funktionen.

Effekte der Kurzintervention

Die Wirksamkeit einer Kurzintervention am Krankenbett wurde im Rahmen der Nachbefragungsuntersuchung – ein bis zwei Jahre nach dem Krankenhausaufenthalt – nachgewiesen. 79 Prozent der Jugendlichen gaben an, inzwischen seltener betrunken zu sein. Zudem hatte sich ihr Konsumverhalten bis zum Zeitpunkt der Nachbefragung nicht stärker ausgeprägt als das einer repräsentativen Vergleichsstichprobe aus einer Schülerbefragung. Für Risikocheck-Teilnehmer ergab sich zudem zum Nachbefragungszeitpunkt eine signifikante Verringerung der riskanten Trinkerlebnisse, was die Bedeutung einer derartigen Zusatzintervention unterstreicht.

Die Eltern benoteten das Projekt durchschnittlich mit der Schulnote gut. Neun von zehn Eltern würden eine Teilnahme am Präventionsprojekt weiterempfehlen. Auch Präventionsfachkräfte der HaLT-Zentren, Mitarbeiter der kooperierenden Kliniken und politische Entscheidungsträger bewerteten das Projekt mit gut. 88 Prozent der Klinikmitarbeiter und 90 Prozent der politischen Entscheidungsträger würden das Projekt an Experten aus dem eigenen Fachgebiet weiterempfehlen. Alle politischen Entscheidungsträger gaben an, dass sie das Projekt weiterhin unterstützen möchten.

Fazit:

Nach vier Jahren Laufzeit steht fest: Das Projekt ist eine erfolgreiche und wirksame Präventionsmaßnahme gegen den riskanten Alkoholkonsum bei Jugendlichen.

GRAFIK vdek

HaLT-STANDORTE in Bayern

REHA UND VORSORGE

Neue Schiedsstelle in Bayern

Im August 2011 hat der Gesetzgeber die Etablierung von Landesschiedsstellen für die Vergütungsvereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Trägern von Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen geregelt. Das Bayerische Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit hat von seiner Verordnungskompetenz Gebrauch gemacht und die Bayerische Reha-Schiedsstellenverordnung mit Wirkung zum 1. April 2012 verabschiedet. In den Verhandlungen einigten sich die Krankenkassenverbände und der Verband der Privatkrankenanstalten sowie die Bayerische Krankenhausgesellschaft über die Reha-Schiedsstellenvereinbarung Bayern, die am 1. November 2012 in Kraft trat.

Für die Krankenkassen in Bayern sind die gesetzlichen Neuregelungen im Bereich der Rehabilitation mit nicht unbeträchtlichen finanziellen Risiken verbunden. Im bayerischen Reha- und Vorsorgebereich herrscht seit Jahren ein Anbietermarkt mit stark ausgeprägten Überkapazitäten. Etwa 390 stationäre Reha-Kliniken sowie rund 100 ambulante Reha-Einrichtungen sind im Freistaat etabliert. Eine Vielzahl dieser Einrichtungen erbringen Leistungen in mehreren unterschiedlichen Fachabteilungen, für die jeweils individuelle Vergütungen verhandelt werden. Infolge eines Urteils des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 2002 sind die Krankenkassen einem faktischen Kontrahierungszwang unterworfen. Das heißt, sie müssen mit allen Anbietern Verträge schließen und ihre Leistungen vergüten. Im Ergebnis unterhalten die Krankenkassen deutlich mehr Vertragsbeziehungen zu Rehabilitationseinrichtungen als die Träger der Deutschen Rentenversicherung, obwohl diese deutlich mehr Leistungen zur medizinischen Rehabilitation beanspruchen.

In den Vergütungsverhandlungen konnten die Krankenkassen bislang über die Preisgestaltung der erbrachten Leistungen mittelbar auf die Entwicklungen in dem überversorgten Rehabilitationsmarkt einigermaßen Einfluss nehmen, indem sie dafür sorgten, dass die Qualitätsaspekte im Mittelpunkt der Vertragsbeziehungen gestellt wurden. Die Errichtung der Reha-Schiedsstelle ändert die Lage grundsätzlich. Die Anbieter der medizinischen Rehabilitation und Vorsorge können jederzeit die Vergütungsverhandlungen für gescheitert erklären und ein Schiedsverfahren einleiten. Die Krankenkassen rechnen damit, dass infolge dessen die Ausgaben im Reha- und Vorsorgebereich in den kommenden Jahren möglicherweise deutlich steigen werden. Eine sinnvolle Verknüpfung von Preis und Qualität der Leistung wird in Schiedsverfahren wohl absehbar nicht erreicht. Gleichzeitig werden mehr Bürokratie verursacht und personelle Ressourcen gebunden. Daher stellt sich die Frage, ob die Reha-Schiedsstelle wirklich ein geeignetes Instrument sind, um den Rehabilitations- und Vorsorgemarkt sinnvoll und qualitätsorientiert zu gestalten.

LANDESBASISFALLWERT

9,2 Milliarden Euro für die Krankenhäuser in Bayern

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände und die Bayerische Krankenhausgesellschaft haben sich über den landesweiten Basisfallwert 2013 geeinigt. Er beträgt 3.100,00 Euro. Wegen der geltenden Ausgleichsmechanismen beläuft sich der abgerechnete Basisfallwert auf 3.090,00 Euro.

Diese Erhöhung bringt den Krankenhäusern in Bayern – zusammen mit den bereits im Herbst 2012 vereinbarten Sondermitteln zur Deckung der Lohn- und Gehaltssteigerungen im stationären Bereich – rund 462 Millionen Euro mehr als im Vorjahr. Damit werden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Krankenhäuser erneut nachhaltig verbessert und eine hochqualitative medizinische Versorgung im Krankenhaus für die Patienten in allen Regionen Bayerns sichergestellt.

Seit der Einführung des neuen Vergütungssystems im stationären Sektor stieg der Landesbasisfallwert in Bayern von 2.710,50 auf 3.090,00 Euro. Das entspricht einem Zuwachs von insgesamt rd. 14 Prozent. Als Preis für eine Krankenhausbehandlung mit einem durchschnittlichen Aufwand bestimmt der Landesbasiswert letztendlich die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen für die stationäre Behandlung ihrer Versicherten. 2013 wird das Ausgabevolumen in Bayern voraussichtlich rund 9,2 Milliarden Euro erreichen.

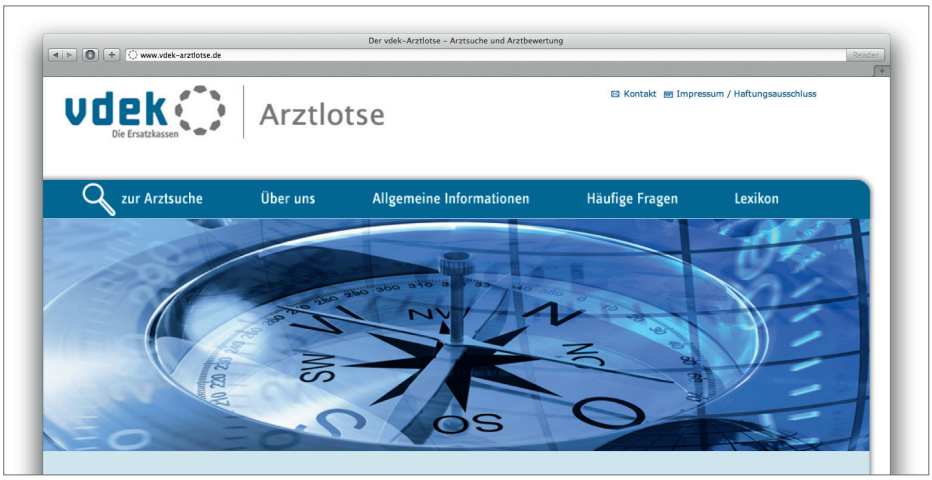
Jahr	Abgerechneter Landesbasisfallwert (mit Ausgleichen)	Steigerung zum Vorjahr in Euro	Steigerung zum Vorjahr in %
2005	2.710,50 €		
2006	2.737,07 €	26,57 €	0,98 %
2007	2.787,19 €	50,12 €	1,83 %
2008	2.806,14 €	18,95 €	0,68 %
2009	2.935,49 €	129,35 €	4,61 %
2010	2.982,50 €	47,01 €	1,60 %
2011	2.982,60 €	0,10 €	0,00 %
2012	3.036,02 €	53,42 €	1,79 %
2013	3.090,00 €	53,98 €	1,78 %

PREISENTWICKLUNG im bayerischen Krankenhaussektor

VDEK-ARZTLOTSE

Seit einem Jahr erfolgreich im Netz

Über das Internetportal www.vdek-arztlotse.de können Versicherte gezielt nach Ärzten, Zahnärzten, psychologischen Therapeuten mit kassenärztlicher Zulassung sowie Notfallambulanzen in Deutschland suchen und diese nach dem Schulnotensystem bewerten.



GRAFIK vdek

Vor rund einem Jahr wurde vom vdek der digitale Arztlotse im Internet frei geschaltet. Schon jetzt lässt sich feststellen: Die mit dem neuen Online-Portal verbundenen Zielsetzungen konnten erreicht werden. Das zeigt eine erste Auswertung des Nutzungsverhaltenes durch den Verband der Ersatzkassen. Seit dem Start haben 9.500 Patienten ihre Ärzte nach dem Schulnotensystem bewertet. Etwa 87 Prozent (8.300 Patienten) nutzten das Freitextfeld, um ihre eigenen Bewertungen zu begründen.

Wenn es um die ärztliche Versorgung geht, spielen für die Patienten neben einer guten medizinischen Behandlung insbesondere Kriterien wie Zeitmanagement der Praxis, Einfühlungsvermögen und Kinderfreundlichkeit eine wesentliche Rolle. Das mit 10.450 Einträgen am häufigsten kommentierte Thema ist die Wartezeit in der Arztpraxis, gefolgt von den Rubriken „Personal“ und „Arzt“. Nutzer lobten beispielsweise kurze Wartezeiten, freundliches Personal und einen engagierten Arzt. An anderen Stellen aber ist auch von schwieriger Terminvergabe und langen Wartezeiten zu lesen. Auffällig ist auch die hohe Zahl an Bewertungen zu den Stichworten „Kinder“, „Frauen“, „Zahnarzt“ und „Angst“. Hier ging es vor allem um die Kompetenz und das Einfühlungsvermögen des Arztes und des Praxisteams.

Im Durchschnitt geben die Patienten ihren Ärzten gute Noten: So verteilten in der Gesamtbewertung rund 70 Prozent (6.600 Patienten) die Note 1 oder 2, etwa zwölf Prozent (1.100 Patienten) die Note 5 oder 6. Das Internetportal www.vdek-arztlotse.de bietet mit 240.000 Adressen ein flächendeckendes Ärzteverzeichnis. Das Portal verfügt zudem über umfangreiche Informationen zu Praxismerkmalen wie Sprechzeiten, Barrierefreiheit, Facharzt- und Teilgebietsbezeichnungen sowie Spezialisierungen oder Programmen für chronisch Kranke (DMP).

AMBULANTE HOSPIZE

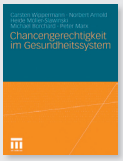
Förderung durch die Ersatzkassen kräftig gestiegen

Seit 2002 fördern die Ersatzkassen die ambulanten Hospizdienste in Bayern. Die Gesamtförderung belief sich in diesem Jahr auf rund 1,46 Millionen Euro. Sie hat sich seit 2002 um das 4,7fache erhöht. Die Zahl der geförderten Hospizdienste stieg von 26 im Jahr 2002 auf 86 im Jahr 2012, das bedeutet eine Steigerung um das 3,3fache. Durchschnittlich bekam ein ambulantes Hospiz in Bayern von den Ersatzkassen eine Förderung in Höhe von rund 17 Tausend Euro. Im Jahr 2002 war es knapp 12 Tausend Euro. Die Steigerung der durchschnittlichen Förderung pro Hospiz erhöhte sich hiermit um das 1,43fache.
Mit der Förderung der ambulanten Hospizdienste ermöglichen die Ersatzkassen den Sterbenskranken, die letzte Phase ihres Lebens in vertrauter Umgebung zu verbringen. Die Ersatzkassenversicherten und ihre Angehörigen können die Sterbebegleitung kostenfrei bei einem ambulanten Hospizdienst anfordern, auch wenn bereits Leistungen aus der Pflegeversicherung bezogen werden. Die Pflegeleistungen werden dadurch nicht beeinträchtigt. Ambulante Hospizdienste erbringen palliativ-medizinische Beratung von Sterbenskranken und ihren Angehörigen. Zu ihren Aufgaben gehören die Gewinnung, Schulung, Koordination und Unterstützung der ehrenamtlich tätigen Personen für die Sterbebegleitung. Um seitens der gesetzlichen Krankenkassen gefördert zu werden, soll ein ambulanter Hospizdienst mit palliativ-medizinisch erfahrenen Pflegediensten und Ärzten zusammenarbeiten und von einer Krankenschwester, einem Krankenpfleger oder einer anderen fachlich qualifizierten Person geleitet werden. Der Leiter eines ambulanten Hospizdienstes soll über eine mehrjährige Erfahrung in der palliativ-medizinischen Pflege verfügen.

BÜCHER

Milieu-Studie zur Gesundheit

Gesundheit schätzen die meisten Menschen als ein besonders hohes Gut. Im Lebensalltag führt diese Einstellung jedoch häufig nicht zu einer entsprechenden Lebensweise. Diese Diskrepanz zwischen der hohen Wertschätzung von Gesundheit einerseits und der geringen Bereitschaft zum gesunden Lebenswandel andererseits, erweist sich in hohem Maße als milieuabhängig. Den Ursachen für die stark differenzierte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens und deren Ursachen geht die Studie zur Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem nach.



Wippermann, Arnold, Möller-Slawinski, Borchard und Marx
Chancengerechtigkeit im Gesundheitssystem
2011, 316 S., € 34,95, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

Geschichte des Gesundheitsfonds

Mit Wirkung vom 1. Januar 2009 wurde durch die Einführung des Gesundheitsfonds die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine institutionell völlig neue Grundlage gestellt: Zum ersten Mal in der Geschichte der GKV übernahm der Staat durch die staatliche Festsetzung des Beitragssatzes die Verantwortung für die Finanzierung der GKV. Der Autor liefert eine umfassende Analyse der Entstehung und Einführung des Gesundheitsfonds, dessen Weiterentwicklung und Auswirkungen.

Holger Pressel
Der Gesundheitsfonds: Entstehung – Einführung – Weiterentwicklung – Folgen
2012, 272 S., € 39,95, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien, Wiesbaden

NEUE BROSCHÜRE

Ein Kompass für Patienten

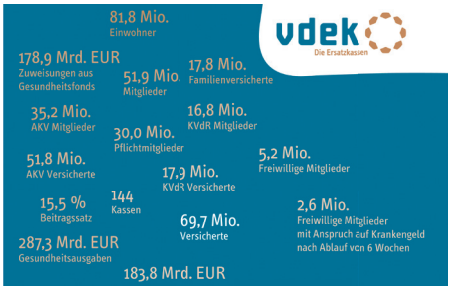
FOTO SMUG

Kurz nach dem Inkrafttreten des neuen Patientenrechtegesetzes ist erstmalig eine umfassende Übersicht über die Patientenberatung in Bayern veröffentlicht worden.
Die Broschüre „Patientenberatung in Bayern – eine Übersicht“ ist ein gemeinsames Werk des Runden Tisches Patientenrechte, an dem alle wesentlichen Akteure des bayerischen Gesundheitswesens mitwirken.
Die Broschüre, die die bayerische Patientenbeauftragte, Frau Dr. Gabriele Hartl, initiiert hat, enthält neben einem Stichwortverzeichnis der häufig nachgefragten Themen und der dazu beratenden Stellen auch eine Zusammenstellung von Beratungsangeboten bei Aids, Krebs, Psychischer Erkrankung und Sucht. Zudem sind Hinweise auf Beratungsangebote für Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftige sowie spezifische Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund enthalten.
Im Freistaat gibt es ein breites Angebot an Beratungseinrichtungen für Patientinnen und Patienten. Die Beratungsangebote unterscheiden sich jedoch hinsichtlich ihrer Schwerpunkte und der Art der Beratung. Ziel des neuen Wegweisers ist es, Transparenz zu schaffen. Erhältlich ist die Broschüre in allen bayerischen Apotheken. Sie steht auch zum Download unter der Internetadresse www.patientenportal.bayern.de bereit.

VDEK

Basisdaten 2012/2013

FOTO vdek



Wie haben sich die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich in den letzten fünf Jahren entwickelt? Welche Zuzahlungsregelungen gibt es 2013? Wie viele Menschen erhalten Pflegeleistungen? Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten sind der aktuellen Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2013“ zu entnehmen.
In insgesamt fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Einnahmen/Ausgaben, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) werden neben Finanz- und Versichertendaten auch die jeweiligen Leistungserbringerbereiche mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten.
Die Broschüre steht auf der vdek-Internetseite zum Download zur Verfügung: http://www.vdek.com/presse/daten/index.htm

IMPRESSUM

Herausgeber
Landesvertretung Bayern des vdek
Arnulfstr. 201 a, 80634 München
Telefon 0 89 / 55 25 51-0
Telefax 0 89 / 55 25 51-14
E-Mail LV_Bayern@vdek.com
Redaktion Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich Dr. Ralf Langejürgen
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-4045