

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Zusatzbeitrag vermeiden – Finanzierungslücke im Gesundheitsfonds schließen

„Ein Ding, das niemand braucht“, so treffend umschrieb ein scharfsinniger Experte den Gesundheitsfonds, der zum 1. Januar 2009 Realität wird. An diesem Tag beginnt ein neues Zeitalter in der gesetzlichen Krankenversicherung. Ihre Finanzierung wird auf ein Mischsystem umgestellt, das aus drei Quellen gespeist wird, nämlich aus dem einheitlichen allgemeinen Beitrag, der paritätisch von Arbeitnehmern und Arbeitgebern entrichtet wird, dem Steuerzuschuss und dem drohenden Zusatzbeitrag, der nur die Versicherten belastet. Die einzelnen Krankenkassen werden nicht mehr das Beitragsgeld ihrer Mitglieder zur Verfügung haben, um die medizinische Versorgung der Versicherten zu organisieren, sondern mit den Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds zurecht kommen müssen. Aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich kommen zusätzlich die Zuschläge für die Versicherten, die an einer der 80 festgelegten chronischen Krankheiten leiden. Die Finanzplanung 2009 ist für die Krankenkassen ein Rätsel mit vielen Unbekannten. Umso beunruhigender ist für sie die Berliner Gesundheitspolitik der letzten Monate.

In dieser Ausgabe:

- **Bayern – Gesundheitsland Nummer eins**
Interview mit dem bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder
- **Abrechnungsmanipulation**
Rückzahlungen erreichen 407.000 Euro
- **Testsieger**
„Krankenhaus-Google“ der Ersatzkassen

Milliarden Euro für Ärzte

Die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen steigen, beschloss das Bundesgesundheitsministerium. Als erstes wurde die Honorarreform der Ärzte durchgepackt. Danach sollen rund 150.000 niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten 2,5 Mrd. Euro mehr von den Krankenkassen bekommen. In Bayern wurde der Honoraranstieg in einem Schiedsspruch präzisiert: Ein Plus von rund 6 Prozent! 265 Mio. Euro mehr Geld erhalten die ohnehin gut bezahlten bayerischen Ärzte. Durch-

schnittlich macht es 12.000 Euro mehr an Honorar im Jahr. Von solchen Lohn- bzw. Gehaltszuwächsen können die Versicherten, die diese Honorarsteigerung zu finanzieren haben, nur träumen. Ihre medizinische Versorgung wird durch die politisch gewollte Reform der ärztlichen Vergütung nicht besser, nur teurer.

Milliarden Euro für Krankenhäuser

Das Gleiche lässt sich über die Reform der Krankenhausfinanzierung sagen. Über ihre finanziellen Auswirkungen streiten derzeit das Bundesgesundheitsministerium und die Krankenkassen. Während die Politik eine Steigerung der Krankenhausaussgaben in Höhe von 3,5 Mrd. Euro hinzunehmen bereit ist, befürchten die Kassen eine konservativ geschätzte Kostenexplosion im stationären Sektor in den Jahren 2009 und 2010 von bis zu 5 Mrd. Euro. Ähnlich wie die Mehrausgaben im ärztlichen Bereich müssen die zusätzlichen Milliarden für Krankenhäuser von den Versicherten geschultert werden. Durch mehr Geld werden aber die Strukturprobleme der Krankenhäuser nicht gelöst und die Versorgung der Patienten nicht verbessert.

Versicherte zahlen die Zeche

Der Verteilung der großzügigen Gaben an Ärzte und Krankenhäuser folgte die Festlegung des einheitlichen Beitrages zum Gesundheitsfonds. Bereits in den Sommermonaten sickerte die Wunschvorstel-

lung des Bundesgesundheitsministeriums in die Öffentlichkeit durch: Der Gesundheitsfondsbeitrag sollte bei 15,5 Prozent liegen, d.h. gegenüber dem Status quo um 0,6 Prozentpunkte steigen. Doch diese Steigerung reicht gerade mal, um die Geschenke an Ärzte (2,5 Mrd. oder 0,25 Prozentpunkte) und Krankenhäuser (3,5 Mrd. oder 0,35 Prozentpunkte) zu bezahlen. Die gewöhnliche Kosten- und Ausgabendynamik in der gesetzlichen Krankenversicherung bleibt dabei außer Acht. Die Experten warnen bereits jetzt, dass allein die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen 2009 um 2,4 Mrd. Euro steigen werden. Rund 0,7 Mrd. Euro wird z.B. die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kosten.

Politischer Beitragssatz

Die Vertreter der Krankenkassen im Schätzerkreis forderten deshalb, den Beitragssatz auf 15,8 Prozent zu erhöhen, um dem geltenden Gesetz Genüge zu tun. Dieses sieht nämlich vor, dass der Gesundheitsfonds im Startjahr zu 100 Prozent finanziell gedeckt werden soll. Die aus den Vertretern des Bundesgesundheitsministeriums und des Bundesversicherungsamtes bestehende Mehrheit im Schätzerkreis verwarf jedoch die Einschätzung der Krankenkassenseite. Im Ergebnis legte die Bundesregierung auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums den neuen Einheitsbeitrag auf 15,5 Prozent fest. Der Bundestag und der Bundesrat stimmten der Festlegung zu.

DER KOMMENTAR



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

Ein Danaergeschenk

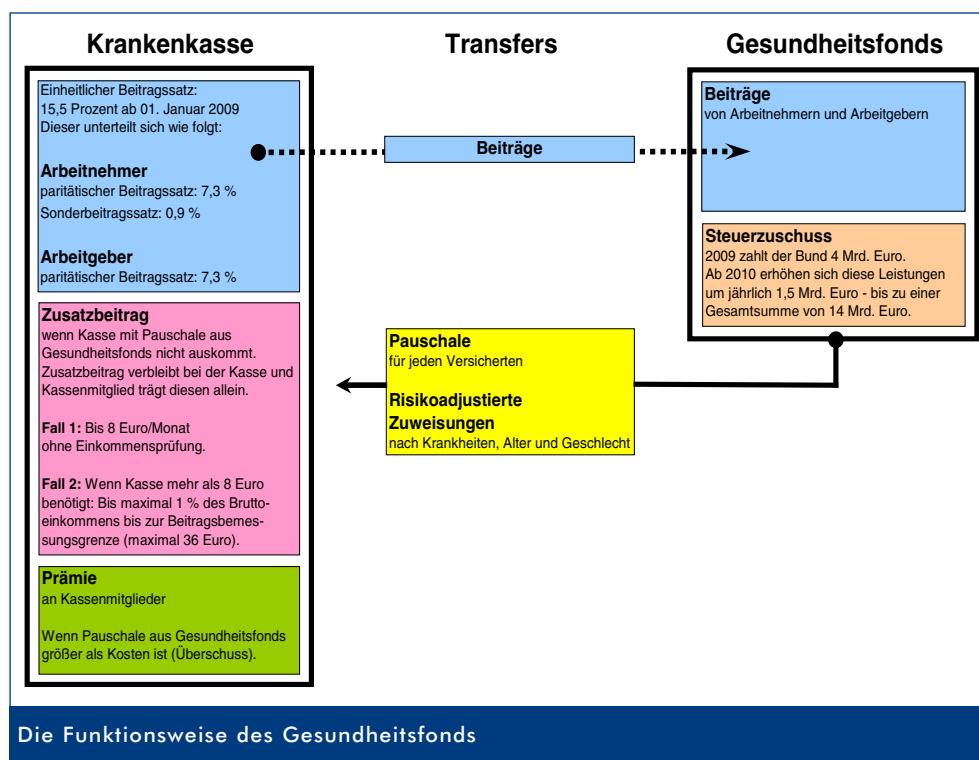
Während Ärzte und Krankenhäuser mit den milliarden schweren Gaben der Bundesregierung in eine weihnachtliche Stimmung versetzt wurden, erhielten die gesetzlich Versicherten zum Jahreswechsel ein Danaergeschenk namens Gesundheitsfonds. Dahinter stecken gleich mehrere böse Überraschungen.

Zum einen macht der Fonds die medizinische Versorgung auf einen Schlag teurer. Der Anstieg des Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte bewirkt eine überproportionale Belastung für die Arbeitnehmer und trifft die Rentner am härtesten von allen Beitragszahlern.

Zum anderen kann das kalkulierte Finanzvolumen des Fonds die Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in vollem Umfang decken. Durch die Unterfinanzierung besteht die Gefahr, dass von einzelnen Kassen Zusatzbeiträge erhoben werden müssen, die dann allein von den Versicherten aufzubringen sind.

Schon jetzt steht fest, die Menschen werden ab Januar 2009 mehr Geld in den Gesundheitsfonds einzahlen, aber keineswegs qualitativ bessere medizinische Leistungen dafür erhalten.

Eine gerechte und sozial ausgewogene Gesundheitspolitik sieht wohl anders aus!



bei den Arbeitnehmern nicht einmal ein Ausgleich zwischen den steigenden Krankenversicherungs- und sinkenden Arbeitslosenversicherungsbeiträgen zustande kommt, werden die Rentner mit der Erhöhung des Beitragssatzes zum Gesundheitsfonds voll belastet.

Unter diesen Umständen soll den Menschen die Zahlung des Zusatzbeitrags zum Gesundheitsfonds möglichst lang erspart bleiben, denn diesen müssen sie allein aus eigener Tasche zahlen. Bei einer Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds drohen den Versicherten schon früh im Jahr 2009 Zusatzbeiträge auf breiter Front. Blicke die 3-Mrd.-Euro-Finanzierungslücke im Gesundheitsfonds offen, würde

Die Ersatzkassen weisen vorsorglich darauf hin, dass durch die Festlegung des „politischen“ Beitragssatzes von 15,5 Prozent eine Finanzierungslücke im Gesundheitsfonds in Höhe von 3 Mrd. Euro entstanden ist. An dieser Stelle soll der scheinbare Widerspruch in der Haltung der Krankenkassen während der letzten Monate erklärt werden. Einerseits kritisierten sie die politisch gewollten Mehrausgaben im ambulanten und stationären Bereich, weil diese Kosten ihre Mitglieder zu tragen haben. Andererseits plädierten sie für einen höheren Einheitsbeitrag zum Gesundheitsfonds, der die Versicherten mehr belasten würde. Es geht um den Zusatzbeitrag und damit um die einseitige finanzielle Belastung der Versicherten, die die Krankenkassen zu vermeiden suchen.

Finanzielle Last des Gesundheitsfonds

Die Einführung des Gesundheitsfonds kommt den gesetzlich Versicherten ohnehin schon zu teuer: Von 15,5 Prozentpunkten des Beitragssatzes tragen die Arbeitnehmer 8,2 und die Arbeitgeber dagegen nur 7,3 Prozentpunkte. Der beschlossene Anstieg des allgemeinen GKV-Beitragssatzes um 0,6 Prozentpunkte wird durch die Absenkung des Beitrages zur Arbeitslosenversicherung – entgegen der Verlautbarungen der Bundesregierung – nicht neutralisiert. Der letztere sinkt zum 1. Januar 2009 nämlich nur um 0,3 Prozentpunkte von 3,3 auf 3,0 Prozent. Eine weitere Absenkung bis auf 2,8 Prozent soll erst später folgen. Während

de jedes Mitglied der gesetzlichen Krankenkassen durchschnittlich einen Zusatzbeitrag von ca. 60 Euro im Jahr zahlen müssen. Daher gilt für die Ersatzkassen: Die Finanzierungslücke muss geschlossen werden.

Mittel zur Entlastung der Versicherten

Die Ersatzkassen schlagen der Politik gleich mehrere Mittel dazu vor. Zum einen könnte der Krankenkassenbeitrag der Bezieher des Arbeitslosengeldes II kostengerecht von derzeit 118 auf 180 Euro im Monat erhöht werden. Dies allein würde die Unterfinanzierung des Gesundheitsfonds mit 2,3 Mrd. Euro teilweise ausgleichen. Zum anderen könnte die Bundesregierung den Mehrwertsteuersatz auf Medikamente wie in den meisten europäischen Ländern reduzieren. Das bringe Einsparungen in Höhe von 3 Mrd. Euro. Würde der Herstellerrabatt auf Arzneimittel von derzeit 6 auf bis zu 16 Prozent erhöht, könnte bis zu 1 Mrd. Euro eingespart werden. Im Krankenhausbereich könnte man die Vergütung der Mehrleistungen in den Kliniken auf die Höhe der variablen Kosten beschränken und damit etwa 1,3 Mrd. Euro einsparen.

Entscheidend ist nunmehr der politische Wille, diese Vorschläge umzusetzen. Die Bundesregierung muss Farbe bekennen. Anstelle einer unsinnigen Politik unter dem Motto „Mehr Geld ins System“ muss eine Gesundheitspolitik im Interesse der Versicherten und Patienten treten.

Bayern – Gesundheitsland Nummer eins

Interview mit dem bayerischen Gesundheitsminister Dr. Markus Söder

▼ EK: Sehr geehrter Herr Dr. Söder, zunächst herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Berufung an die Spitze des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit. Welchen Stellenwert messen Sie dem Themenbereich „Gesundheitsversorgung“ in Ihrer neuen Funktion an der Spitze des bayerischen „Lebensministeriums“ bei?

▲ Dr. Söder: Umwelt und Gesundheit sind zentrale Bereiche der Gesellschaftspolitik. Deswegen spricht Ministerpräsident Horst Seehofer ja vom Lebensministerium. Ich messe daher meinen neuen Aufgabengebieten einen gleich hohen Stellenwert zu.

▼ Welche gesundheitspolitischen Prioritäten sehen Sie für die laufende Legislaturperiode? Gibt es bestimmte Schwerpunkte, die Sie an die Spitze der gesundheitspolitischen Agenda setzen werden?

▲ In Bayern haben wir heute leistungsfähige, wohnortnahe Krankenhäuser, eine flächendeckende ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte

und die freie Arztwahl für Patienten. Die Initiative „Gesund.Leben.Bayern.“ bündelt unsere vielen erfolgreichen Projekte zur Gesundheitsvorsorge. Bayern ist Gesundheitsland Nummer eins. Diese starke Position wollen wir weiter ausbauen, denn die gute medizinische Versorgung der Menschen ist oberstes Ziel.

In den nächsten Jahren brauchen wir aber eine intensive Diskussion darüber, ob wir es zulassen, weiter den Weg in die Staatsmedizin zu gehen, wie es aus Berlin vorgegeben wird. Ich plädiere für mehr Freiheit für Ärzte und Patienten – und den raschen Abbau der ausufernden Bürokratie. Es braucht dazu eine klare bürgerliche Gesundheitspolitik.

▼ Das magische Datum rückt näher – am 1. Januar 2009 soll mit dem Gesundheitsfonds das wohl größte Experiment in der jüngeren Geschichte der deutschen Sozialversicherung starten. Trägt der Gesundheitsfonds zur Lösung der Probleme im deutschen Gesundheitswesen bei? Wird er die Gesundheitsversorgung der Menschen verbessern?

▲ Die bayerische Staatsregierung bleibt dem Fonds gegenüber skeptisch. Es ist sehr wahrscheinlich, dass die Kassen einen Zusatzbeitrag ausweisen müssen. Schließlich geht die drohende Rezession an den Kassen nicht spurlos vorbei. Wir müssen uns wegen der Wirtschaftslage auf fehlende Einnahmen einstellen. Das erhöht jedoch den Wettbewerbsdruck unter den Kassen enorm. Am Ende darf dann dieser Druck nicht an Ärzte und Patienten weitergegeben werden. Denn es kann nicht sein, dass Leistungen verringert werden, nur um den Beitrag stabil zu halten oder keinen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Generell brauchen wir mehr Ehrlichkeit im Gesundheitssystem. Wenn die Gesundheitswirtschaft für uns alle so wichtig ist, braucht es auch die dafür notwendigen Mittel.

▼ Die wirtschaftsnahe, mittelstandsfreundliche und auf eine Stärkung des Wettbewerbs ausgerichtete Politik der bayerischen Staatsregierung hat in den zurückliegenden Jahrzehnten wesentlich zum wirtschaftlichen Erfolg des Freistaats



Dr. Markus Söder, der bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit

und der Bundesrepublik Deutschland beigetragen. Sind Zentralisierung, Vereinheitlichung und Verstaatlichung die geeigneten Rezepte für eine zukunftsorientierte Gesundheitspolitik?

▲ Nein, auf keinen Fall. Eine moderne Gesundheitspolitik muss auf die Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten sein. Leider aber greifen zentralistische Tendenzen auch im Gesundheitswesen immer mehr um sich: Ein Beispiel ist der neu geschaffene Spitzenverband Bund, der dem Bundesgesundheitsministerium den Direktzugriff auf letztlich alle Krankenkassen ermöglicht. Gleiches gilt für die bundesweit einheitliche Vergütung für ärztliche Leistungen, die von der Bundesgesundheitsministerin mit Nachdruck durchgesetzt wurde. Dabei wird nicht berücksichtigt, dass wir Regionen mit unterschiedlichen Lebenshaltungskosten haben. Eine Arztpraxis am Starnberger See

hat einfach andere Kosten zu schultern als eine in Sachsen-Anhalt.

Angesichts der gegenwärtigen Finanzkrise sollten wir nicht vergessen, dass unser Gesundheitswesen einen bedeutsamen Wachstumsmarkt für Deutschland und auch für Bayern darstellt.

▼ Welche Möglichkeiten sehen Sie, die überbordende Bürokratie im Gesundheitswesen einzudämmen bzw. abzubauen?

▲ Mit Bürokratie alles bis ins letzte Detail zu regeln halte ich für falsch und leistungsfeindlich. Wir müssen das vorhandene Regelungsdickicht lichten und die Menschen wieder in ihrer Eigenverantwortung stärken. Letztlich braucht es eine neue Gesundheitspolitik!



*Wir wünschen unseren Lesern
ein gesegnetes Weihnachtsfest
und ein gesundes neues Jahr!*

Abrechnungsmanipulation

Rückzahlungen erreichen 407.000 Euro

Die regionalen Arbeitsausschüsse der Ersatzkassen zur Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation und Betrug im Gesundheitswesen auf Landesebene wurden im Jahr 2004 gemäß § 197 a SGB V gegründet. Ihre Aufgaben umfassen die allgemeine Abrechnungsprüfung, die systematische Untersuchung von Feldern, bei denen eine besondere Gefahr der Abrechnungsmanipulation zu vermuten ist, die Aufbereitung von Einzelfällen, die Zusammenführung von Ermittlungsergebnissen, die Abstimmung von Handlungsempfehlungen und Prüftätigkeiten im Einzelfall sowie die Geltendmachung von Regressansprüchen.

Während der Ermittlung des Gesamtschadens werden die Verhandlungen mit den Strafverfolgungsbehörden, den Leistungserbringern bzw. dessen Rechtsbeistand und den Verbänden und Innungen der Leistungserbringer geführt. Ziel der Untersuchungen ist die Feststellung und die Rückforderung des materiellen Schadens, der

durch die Falschabrechnung von medizinischen Leistungen den Ersatzkassen zugefügt wurde.

Die aufbereiteten Fälle werden anschließend in einer Gesamtübersicht auf Bundesebene zusammengeführt und unter verschiedenen Gesichtspunkten ausgewertet. Dabei werden die berufsgruppenspezifischen Schwerpunkte gebildet, unterschiedliche Manipulationsvarianten aufgedeckt und sachliche Zusammenhänge festgestellt. Aus der Analyse werden die Vorschläge für geeignete Präventivmaßnahmen abgeleitet.

Im diesem Jahr erreichten die Rückzahlungen eine Höhe von 406.607,24 Euro. 2007 waren es gut 404.000 Euro. Im vergangenen Jahr wurden 59 Fälle untersucht, bei denen sich ein Anfangsverdacht bestätigt hatte. 21 Strafanzeigen wurden erstattet. 19 Manipulationsfälle wurden erfolgreich, d.h. mit Geldrückzahlung abgeschlossen.



Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser

Die aufgegriffenen und bearbeiteten Fälle verteilen sich folgendermaßen:

31 Prozent der Fälle waren Heilmittelerbringer,
26 Prozent – Zahnärzte,
22 Prozent – Hilfsmittelerbringer,
8 Prozent – Ärzte,
7 Prozent – Apotheker,
3 Prozent – Pflegedienste,
2 Prozent – Krankentransporter und
1 Prozent – Krankenhäuser.

Jeder Verdachtsfall wird sehr gründlich untersucht, weil es oft schwierig ist, einen Fall versehentlicher, inkorrektur Abrechnung von einem Fall bewusster Manipulation zu unterscheiden. Ihren Versicherten gegenüber sind die Ersatzkassen verpflichtet, dafür zu sorgen, dass die Beitragsgelder für tatsächlich erbrachte medizinische Leistungen ausgegeben werden. Auch für die Leistungserbringer ist die Bekämpfung der Abrechnungsmanipulation von Bedeutung, denn bekämpft werden die berühmten „schwarzen Schafe“, die durch das fehlerhafte Verhalten auch ihrem eigenen Berufsstand schaden.

Testsieger

„Krankenhaus-Google“ der Ersatzkassen

Das Internetsuchportal der Ersatzkassen www.klinik-lotse.de ist nach zwei Jahren Laufzeit Testsieger der Stiftung Warentest. Bei mehr als einer Million Zugriffe pro Monat informieren sich Patienten und Ärzte über Leistungen und Qualität von knapp 2.000 Kliniken in Deutschland. Bettenzahl, Fallzahlen, Geräteausstattung, Spezialisierungen der Krankenhäuser, ambulante, stationäre und therapeutische Angebote, Komplikationsraten und Serviceangebote sind verzeichnet. Wer ein geeignetes Krankenhaus in seiner Umgebung sucht, wird fündig.

So ermöglicht der Thesaurus eine Verknüpfung von umgangssprachlichen Suchbegriffen und medizinischen Fachbegriffen, wie sie in den Diagnose- und Behandlungscodes verwendet werden. Wer etwa nach „Schlaganfall“ sucht, erhält als Ergebnis nur den Teil der in Frage kommenden Diagnosen, in denen dieser Begriff wörtlich vorkommt. Mit dem Vorschlag des Thesaurus, den Fachbegriff „Hirnfarkt“ als alternatives Suchwort zu verwenden, erhält man unkompliziert eine weitere Auswahlliste.

Anders als viele andere Suchmaschinen bildet der www.klinik-lotse.de das Leistungsspektrum der

Krankenhäuser vollständig ab. Um die sehr langen Listen von Krankheiten und Behandlungen übersichtlicher zu gestalten, wurden Sortierfunktionen implementiert. So ist es möglich, die Krankheiten und Behandlungen sowohl nach Fallzahl als auch alphanumerisch nach ihrer Codierung zu sortieren. Darüber hinaus wird dem Nutzer die gesuchte Krankheit oder Behandlung mit der entsprechenden Fallzahl ganz oben in der Liste präsentiert. Ähnliche Krankheiten oder Behandlungen werden ebenfalls angezeigt. Der Nutzer erhält auf diese Weise beispielsweise einen schnellen Überblick nicht nur darüber, ob ein Krankenhaus häufig Hautabszesse an einer bestimmten Körperstelle behandelt, sondern kann auch erkennen, ob das Krankenhaus generell viel Erfahrung in der Behandlung von Hautabszessen hat.

Transparenz und Qualität werden auch weiterhin entscheidende Kriterien der Versicherten, Ärzte und Krankenkassen sein, wenn es um die Auswahl einer Klinik geht. Die erweiterten Recherchemöglichkeiten des www.klinik-lotse.de sind somit auch im Rahmen der Patientenberatung durch die Krankenkassen wichtige Instrumente.

KLINIK LOTSE

vdak Verband der Ersatzkassen e.V.

EKV - Ärzte- Ersatzkassen- Verband e.V.

Willkommen
Neue Suche
Suche ändern
Glossar
Hilfe / FAQ
Links
Impressum
Haftungsausschluss
Kontakt

KLINIK LOTSE

Herzlich Willkommen beim Klinik-Lotsen

Sie müssen ins Krankenhaus und suchen nun die am besten geeignete Klinik in Ihrer Nähe?

Der Klinik-Lotse stellt für Sie alle wesentlichen Informationen aus den Qualitätsberichten der über 2.000 zugelassenen Krankenhäuser für das Jahr 2004 in übersichtlicher Form dar. Die Qualitätsberichte enthalten die Struktur- und Leistungsdaten der Krankenhäuser sowie Angaben zur Qualitätssicherung. Komfortable **Suchfunktionen** ermöglichen Ihnen dabei Vergleichsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen Einrichtungen.

Und damit Sie sich auch ohne medizinischen Vorkenntnisse zurechtfinden, gibt es ein umfangreiches **Stichwortverzeichnis** sowie an vielen Stellen **Hilfen**, die auch die umgangssprachlichen Bezeichnungen angeben.

„Krankenhaus-Google“ der Ersatzkassen

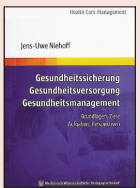
LESENSWERT

Das Gesundheitssystem in Deutschland



Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise von Michael Simon. Lehrbuch Gesundheitswissenschaften. 2., vollständig überarbeitete Auflage 2008, 406 S., 33 Abb., 70 Tab., Kt., € 29,95, ISBN 978-3-456-84483-1. Verlag Hans Huber, Bern.

Das Buch leistet einen Beitrag zu mehr Transparenz des deutschen Gesundheitswesens und bietet eine allgemein verständliche Einführung in die gegenwärtige Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und seiner wichtigsten Teilsysteme. Die Darstellung bezieht die Neuregelungen durch die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) mit ein. Alle Versorgungsbereiche werden allgemein verständlich und nicht nur „von oben“, sondern auch aus Sicht der Patienten und Versicherten dargestellt. Das Buch eignet sich daher besonders als Basis-Einführung für Studierende, Journalisten und Politiker.



Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement

Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven von Jens-Uwe Niehoff. Schriftenreihe: Health Care Management. 2008, VIII, 252 S., Abb., Tab., Softcover, € 39,95, ISBN 978-3-939069-48-5. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Die Sicherstellung der allgemein zugänglichen, wirksamen und rationalen Gesundheitsversorgung wird mehr und mehr zu einer komplexen und fachlich eigenständigen Aufgabe, die über den politischen Willen hinaus vor allem auch sachkundiges Management erfordert. Seit den frühen 1990er Jahren ist das Management von Gesundheitsdienstleistungen zudem einem politischen Gestaltungswillen ausgesetzt, der auch den Bruch mit der Krankenversorgung nach dem Bismarck-Modell in Kauf zu nehmen scheint und damit feste Orientierungspunkte infrage stellt. Vor diesem doppelten Hintergrund sind für jeden, der Gesundheitswirtschaft gestalten will, eingehende Kenntnisse der Strukturen und Interaktionen des Gesundheitssystems, der Gesundheitssicherung und -versorgung unverzichtbar. Dazu gehört auch der in mehr als 100 Jahren gewachsene sozialmedizinische und gesundheitswissenschaftliche Wissens- und Erfahrungsbestand. Der Autor ver-

mittelt detailliert die wesentlichen Kenntnisse aus den folgenden Themenbereichen – mit kritischem Blick auf die Einführung von Markt und Wettbewerb: Aufgaben des Gesundheitsmanagements, Sozialmedizin und Gesundheitsmanagement, Gesundheitswissenschaftliche Leitbegriffe für das Gesundheitsmanagement, Hilfeleistung als Managementaufgabe, Gesundheitssicherung und -versorgung in der Bundesrepublik, Aspekte der Transformation der gesetzlichen Krankenversicherung.



Gesundheit auf einen Blick 2007

OECD-Indikatoren. Hrsg. von der OECD (Organisation for Economic Co-Operation and Development). Januar 2008, 198 S., Paperback, € 25,00, ISBN 978-92-64-03994-0.

Die vierte Ausgabe der Publikation stellt die neuesten vergleichbaren Daten und Trendentwicklungen zu verschiedenen Aspekten der Leistungsfähigkeit der Gesundheitssysteme in den OECD-Ländern vor. Sie liefert Fakten zu den eklatanten Unterschieden zwischen den Ländern in Bezug auf die Indikatoren für den Gesundheitszustand und die Gesundheitsrisiken wie auch die aufgewendeten Ressourcen und Leistungen der Gesundheitssysteme. Erstmals liefert sie neue vergleichbare Indikatoren für die Pflegequalität und zeigt, dass in den Ländern bei Messgrößen wie z. B. den Überlebensraten nach einem Herzinfarkt, Schlaganfall und Krebserkrankungen Unterschiede bestehen. Bestellungen sind an den zentralen Vertriebspartner der OECD zu richten:

Turpin, Stratton Business Park – Pegasus Drive – Biggleswade – Bedfordshire SG18 8TQ, United Kingdom, Tel.: +44 (0)1767 604960, FAX: +44 (0)1767 601640, E-Mail: oecdrow@turpin-distribution.com oder an den OECD Distributor für Deutschland, den UNO-Verlag, August-Bebel-Allee 6, 53175 Bonn, Tel.: +49 (0)228 94902-0, FAX: +49 (0)228 94902-22, E-Mail: oecd@uno-verlag.de.

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