

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2008

ersatzkassen

Gesundheitsfonds plus Zusatzbeitrag

Politisch gewollte Ausweitung der Bürokratie

Selten war eine Gesundheitsreform in Deutschland so umstritten wie die jüngste. Trotz heftiger Kritik während des Gesetzgebungsverfahrens wurde das Reformvorhaben zum Gesetz. Ein Teil davon ist bereits in Kraft getreten. Ein weiterer Teil, und zwar das Herzstück der Reform – der Gesundheitsfonds – soll zum 1. Januar 2009 Realität werden. Dies veranlasst die Kritiker, sich erneut vehement zu Wort zu melden. Die Kritikansätze sind vielfältig. Vor allem die eindeutigen Tendenzen zur Zentralisierung, Verstaatlichung und Vereinheitlichung geben Anlass zu großer Sorge und verunsichern die Akteure. Das Bundesgesund-

In dieser Ausgabe:

- Förderung der Selbsthilfe in Bayern neu gestaltet
- Dr. Ralf Langejürgen
Neuer Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern
- Für gleiche Wettbewerbschancen
Abbau des Vergütungsabstandes bei Zahnarzthonoraren notwendig
- Bayern im Mittelfeld
Landesweiter Basisfallwert 2008

heitsministerium qualifiziert gewöhnlich die kritischen Äußerungen als Spekulationen ab. In der Tat sind viele Auswirkungen des Gesundheitsfonds noch nicht klar und nicht alle Folgen seiner Einführung sind abzusehen.

Mehr Geld für Bürokratie

In einem Punkt aber herrscht schon jetzt absolute Klarheit: Der Gesundheitsfonds in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag bringt neue Bürokratie mit sich, die Geld kostet. Viel Geld. Dies haben auch die Menschen im Lande schon erkannt. Laut einer repräsentativen Forsa-Umfrage im Auftrag der Techniker Krankenkasse im März diesen Jahres meinen 74 Prozent der Befragten, dass mit der Einrichtung des Gesundheitsfonds Bürokratie und Verwaltungsaufwand aufgebaut werden. An den Abbau der Bürokratie im deut-

schen Gesundheitswesen in Folge der Gesundheitsreform glauben lediglich 17 Prozent der Befragten.

Der Gesundheitsfonds an sich ist nichts anderes als eine riesige Umverteilungsmaschinerie. Gespeist wird er aus drei Quellen: zum einen werden die Beiträge von den Krankenkassen eingezogen und an den Fonds weitergeleitet, zum anderen werden die Krankenversicherungsbeiträge durch die anderen Sozialversicherungsträger direkt in den Fonds eingezahlt und letztlich kommt ein staatlicher Zuschuss aus Steuermitteln dazu.

Für 60 Prozent der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen (dazu gehören Arbeitnehmer, freiwillig Versicherte, Studenten, Praktikanten, Versorgungsbezieher) sammeln die Krankenkas-

DER KOMMENTAR



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

Ein Teufelskreis

Bürokratie ist glücklicherweise längst zu einem politischen Negativbegriff geworden. Niemand mag sie, alle geben vor sie bekämpfen zu wollen und keiner will in ihre Nähe gerückt werden. Zu ihrer Bekämpfung im deutschen Gesundheitswesen werden Expertengremien und Arbeitsgruppen auf Bundes- und Landesebene gegründet. Politiker geißeln sie in ihren Sonntagsreden. Daher muss es schon erstaunen, dass Politiker ein Gesetz auf den Weg bringen, das die Bürokratie in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht eindämmt, sondern sogar noch ausweitet!

Dank großer Anstrengungen der Krankenkassen ist der Anteil der Nettoverwaltungskosten an ihren Gesamtausgaben pro Mitglied in den vergangenen vier Jahren von 5,73 auf 5,29 Prozent zurückgegangen. Diese positive Entwicklung wird mit einem Schlag zunichte gemacht. Denn die neue Finanzierung der

Gesetzlichen Krankenversicherung über den Gesundheitsfonds wird die Verwaltungskosten rapide ansteigen lassen.

Besorgniserregend ist die Tatsache, dass unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds alle Ausgaben der Krankenkassen durch die Zuteilung aus dem Fonds zu finanzieren sind. Die durch die Politik verschuldete Zunahme der Verwaltungskosten wird zwangsläufig zur Reduzierung der Ausgaben für medizinische Leistungen führen. Wenn eine Krankenkasse dies vermeiden will, bleibt ihr nur ein Mittel übrig – die Erhebung des Zusatzbeitrages. Dies aber führt zu einem weiteren rasanten Anstieg der Bürokratiekosten.

Ein Teufelskreis! Bevor man ihn endgültig in Gang setzt, sollten sich die Politiker in Bund und Land fragen, ob es nicht besser ist, ihre Entscheidung, die Gesetzliche Krankenversicherung unnötig durch einen Bürokratieschub zu verteuern, zurückzunehmen. Noch ist es nicht zu spät!

sen die Beiträge ein und überweisen diese an den Gesundheitsfonds. Die Beiträge der restlichen 40 Prozent der Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung fließen direkt in den Fonds ein. Für pflichtversicherte Rentner zahlen die Rentenversicherungsträger ein, für Arbeitslose die Bundesagentur für Arbeit, für Empfänger des Arbeitslosengeldes II ebenso die Bundesagentur für Arbeit und Kommunen, für Künstler und Publizisten die Künstlersozialkasse und für Wehr- bzw. Zivildienstleistende die zuständigen Bundesämter.

Deutlicher Rückschritt gegenüber Status quo

Die Einspeisung des Gesundheitsfonds ist ein deutlicher Rückschritt gegenüber dem bisherigen Beitragseinzug. Seit Jahrzehnten nehmen die gesetzlichen Krankenkassen den Einzug der Beiträge für alle Sozialversicherungszweige effizient, kompetent und kostengünstig wahr. Pro Jahr wird hier ein Beitragsvolumen von rund 450 Mrd. Euro bewegt. Die Einzugskosten liegen bei 0,3 Prozent des Beitragsvolumens. Das entspricht 1,3 Mrd. Euro. Die Fehlerquote von unter einem Prozent ist äußerst niedrig. Der neue Betragseinzug in den Gesundheitsfonds schafft teure Doppelstrukturen. Die Umstellung braucht eine Anschubfinanzierung in Höhe von 0,8 Mrd. Euro. Für einen reibungslosen Betrieb des Gesundheitsfonds wird zudem die Schaffung einer Schwankungsreserve notwendig sein, die wohl bei 1 Mrd. Euro liegen dürfte und die Versicherten zusätzlich belasten wird.

Obwohl ein Teil des Beitragseinzugs von den Krankenkassen auf die anderen Sozialversicherungsträger übertragen wird, werden die Verwaltungskosten der Krankenkassen nicht eingespart. Im Gegenteil: Sie werden enorm ansteigen. Und verantwortlich dafür ist der im Falle der Unterdeckung zu erwartende Zusatzbeitrag.

Zusatzbeitrag als Verwaltungskostentreiber

Für den Einzug des Zusatzbeitrages sind ausschließlich die Krankenkassen zuständig. Weder die Arbeitgeber noch die anderen beitragszahlenden Stellen, wie z.B. die Bundesagentur für Arbeit oder die Rentenversicherungsträger, sind involviert. Dabei ist der Quellenabzug wie bei den regulären Beiträgen nicht möglich. Um

den Zusatzbeitrag überhaupt erheben zu können, müssen die Krankenkassen 40 Millionen Beitragskonten neu einrichten. Das kostet mehrere Hundert Millionen Euro. Darüber hinaus fallen zusätzliche Verwaltungskosten an, wenn der Zusatzbeitrag einen bestimmten Schwellenwert überschreitet. Übersteigt der Zusatzbeitrag die 8-Euro-Marke, greift die Härtefallprüfung. Sie kostet weitere 100 Millionen Euro. Genau dieses Geld fehlt aber dann für die medizinische Versorgung der Versicherten.

Geldverschwendung durch Zahlungsflüsse

Ist der Gesundheitsfonds gefüllt, fließt das Geld zurück an die Krankenkassen. Sie werden künftig eine einheitliche Versichertenpauschale und einen risikoadjustierten Zu- bzw. Abschlag aus dem Risikostrukturausgleich zugewiesen bekommen. Bei den Beitragseinzahlungen in den Fonds und den Geldzuweisungen daraus soll das Geld auch tatsächlich fließen. Verrechnungen sind dabei nicht vorgesehen. Davon profitieren nicht die Versicherten, um deren Geld es geht, sondern nur die Banken.

Auch hier handelt es sich im Vergleich mit dem Status quo um einen Rückschritt. Im heutigen Risikostrukturausgleich werden die Zahlungen verrechnet. Das macht das Verfahren kostengünstig. Bei den zukünftigen Geldzuweisungen aus dem Gesundheitsfonds könnte die Gewährleistung der erforderlichen Liquidität der Krankenkassen zum Problem werden, da sie von der – noch nicht geklärten – Häufigkeit und untermonatlichen Verteilung der Fondszuweisungen abhängen wird. Auch dieses Problem kennt man derzeit in der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht.

Überflüssig, teuer, politisch gewollt

Alles in allem ist der Gesundheitsfonds eine überflüssige Geldsammel- und -verteilstelle, zumal ein virtueller Fonds – der Risikostrukturausgleich – längst existiert. Nicht zu rechtfertigen ist ein massiver administrativer und finanzieller Zusatzaufwand, den der Fonds in Verbindung mit dem Zusatzbeitrag verursacht. Die politisch gewollte neue Bürokratie treibt die Kosten des Beitragseinzugs in die Höhe.

Förderung der Selbsthilfe in Bayern neu gestaltet

Für viele chronisch Kranke, die sich an der Selbsthilfebewegung beteiligen, hat die jüngste Gesundheitsreform eine Verbesserung gebracht. Während die finanzielle Unterstützung der Selbsthilfe vor der Reform eine Ermessungsleistung der Krankenkassen war, ist sie ab dem 1. Januar dieses Jahres zu einer Pflichtleistung in der Gesetzlichen Krankenversicherung geworden.

Die Neuregelung ist im § 20 c SGB V zusammengefasst. Danach sollen die gesetzlichen Krankenkassen pro Versicherten und Jahr 0,55 Euro für die Förderung der Selbsthilfe ausgeben. Dieser Betrag wird künftig jährlich angepasst. Der Gesetzgeber hat zwei separate Förderstränge vorgesehen: die kassenartenübergreifende und die kassenindividuelle Förderung. Für die kassenartenübergreifende Förderung steht mindestens die Hälfte der Fördermittel zur Verfügung. Über ihre Vergabe entscheiden die Verbände der gesetzlichen Krankenkassen. Die übrigen Fördermittel verteilen die Krankenkassen individuell.

Auf beiden Strängen findet die Förderung auf Bundes-, Landes- und örtlicher Ebene statt. Gefördert

werden die Bundesorganisationen der Selbsthilfe, die Landesorganisationen und -verbände sowie die Selbsthilfekontaktstellen und die Selbsthilfegruppen.

Neben einer pauschalen Förderung durch die Verbände der Krankenkassen ist eine Projektförderung der einzelnen Krankenkassen

vorgesehen. Neu ist die Mitwirkung der maßgeblichen Interessenvertreter der Selbsthilfe an der Vergabe der Fördermittel.

Unbürokratisch und transparent

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben die Rahmenvorgaben zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung am 17. September 2007 verabschiedet. Diese geben Hinweise für die Gestaltung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung. Laut Rahmenvorgaben soll die Förderung unbürokratisch und transparent verlaufen. Um die Antragsstellung für die Selbsthilfeorganisationen, -kontaktstellen und -gruppen zu erleichtern wird das sogenannte Ein-Ansprechpartner-Modell favorisiert. Die bereits vorhandenen Förderstrukturen und Formen der Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen/-verbänden und der Selbsthilfe sollen beibehalten und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

Schon im Sommer 2007, vor der Verabschiedung der Rahmenvorgaben auf Bundesebene, hat die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe begonnen, die neue gesetzliche Regelung umzusetzen und die Selbsthilfeförderung neu zu gestalten. Als erstes wurde eine Fördergemeinschaft gegründet, der alle Krankenkassenverbände angehören. Die Federführung in der Fördergemeinschaft wechselt jedes Jahr. Zielsetzung der Fördergemeinschaft ist es, die Zusammenarbeit zwischen Krankenkassen-/verbänden und der Selbsthilfe in Bayern den gesetzlichen Neuregelungen anzupassen und zu optimieren.

Bei der Vergabe der Fördermittel lassen sich die Krankenkassenverbände von den gemeinsamen und einheitlichen Grundsätzen der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006 sowie von den gemeinsam mit den Selbsthilfekontaktstellen entwickelten Qualitätskriterien leiten. Die Selbsthilfekontaktstellen und -organisationen haben ihre demokratisch legitimierten Vertreter benannt, die an den Vergabesitzungen teilnehmen.



In Bayern zuerst!

Dank der frühzeitig begonnenen Umsetzung der Neuregelung ist es den Krankenkassenverbänden gelungen, die Förderung der Selbsthilfeorganisationen und -kontaktstellen nach dem neuen Muster in Bayern als erstem Bundesland abzuschließen.

Fast 572.000 Euro wurden aus Bayern an die Spitzenverbände der Krankenkassen zwecks Förderung der Selbsthilfeorganisationen auf Bundesebene abgeführt.

Fördergelder in Höhe von mehr als 1,3 Millionen Euro erhielten die bayerischen Selbsthilfekontaktstellen als Pauschal- und Projektförderung von den Krankenkassenverbänden. Das ist ein Plus von über 45 Prozent im Vergleich zum Vorjahr!

Die Selbsthilfeorganisationen und -verbände werden in diesem Jahr pauschal mit fast 200.000 Euro gefördert. Ihre Projekte werden mit mehr als 77.000 Euro von den Ersatzkassen und mit gut 97.000 Euro von den Regionalkassen bezuschusst.

Runde Tische – bayerische Besonderheit

Eine Besonderheit bei der Förderung der Selbsthilfegruppen stellen die Runden Tische in Bayern dar. Sie werden von den Krankenkassen, Kommunen und den Selbsthilfekontaktstellen getragen und dienen einer zielgenauen und gerechten Finanzierung der Gruppen. Für sie bringen die Runden Tische eine spürbare Entbürokratisierung und Erleichterung bei der Antragsstellung, denn sie richten nur einen Antrag an den Runden Tisch, der zugleich für alle beteiligten Krankenkassen gilt.

Der Runde Tisch prüft die gestellten Anträge und stellt ihre Förderwürdigkeit fest. Auch die Förderhöhe wird dabei den Krankenkassen empfohlen. Die letzteren entscheiden dann in einer Vergabesitzung darüber, welche Selbsthilfegruppe von welcher Krankenkasse finanziell unterstützt wird. Hiermit haben die Runden Tische in Bayern lange Zeit vor der jüngsten gesetzlichen Regelung die Transparenz der Förderung garantiert und die Mitwirkung der Selbsthilfe sichergestellt.

Flächendeckendes Netz der Runden Tische

Diese Pioniertat brauchte selbstverständlich einige Zeit. Die Zahl der Runden Tische ist stets gewachsen. Zum Zeitpunkt des Inkrafttretens der gesetzlichen Regelung gab es in Bayern neun Runde Ti-

sche. Die Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung sehen vor, dass intakte Förderstrukturen beibehalten und ausgebaut werden sollen. Folglich haben sich die Krankenkassenverbände in Bayern entschieden, die „weißen Flecken“ auf der Landkarte zu schließen und ein flächendeckendes Netz von Runden Tischen aufzubauen.

Dank der Finanzierung der Krankenkassenverbände und einem energischen Einsatz der Selbsthilfe-Koordination Bayern ist es gelungen, binnen einiger Monate drei neue Runde Tische zu etablieren, die mit Jahresbeginn ihre Tätigkeit aufnehmen. Das ist noch ein Beispiel für eine beispielhafte Zusammenarbeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und der Selbsthilfebewegung in Bayern.

Die Runden Tische in Augsburg, Bad Tölz, Bamberg, Coburg, Deggendorf, Hof, Ingolstadt, München, Nürnberg, Regensburg, Traunstein und Würzburg sind für die Selbsthilfegruppen nicht nur eine Anlaufstelle bei der Beantragung der Fördermittel. Dadurch, dass sie bei den Kontaktstellen angesiedelt sind, bekommen die Gruppen dort auch die notwendige fachliche Beratung.

Sinnvolle und effektive Förderstruktur

Die Arbeit der Runden Tische ist für die Krankenkassen und ihre Verbände aus vielen Gründen nutzbringend, ja unabdingbar. Hier ist nur einer: Die kassenartenübergreifende Förderung der Selbsthilfegruppen wäre ohne Runde Tische kaum möglich, da die dafür zuständigen Verbände über keine örtlichen Strukturen verfügen, die imstande wären eine bedarfsgerechte Verteilung der Fördergelder an die Gruppen zu organisieren! Auch bei der kassenindividuellen Förderung der Selbsthilfegruppen findet sich eine ähnliche Problemlage: Bei weitem nicht jede von 218 gesetzlichen Krankenkassen ist vor Ort präsent, sie müssen aber per Gesetz die örtlichen Selbsthilfegruppen fördern.

Kurzum, die Runden Tische in Bayern erweisen sich in einem Flächenstaat wie Bayern als eine sinnvolle und effektive Struktur zur Förderung der Selbsthilfegruppen. Die Ersatzkassenverbände haben in diesem Jahr 166.150 Euro über die Runden Tische an die Gruppen verteilt. Zusätzlich haben die einzelnen Ersatzkassen mehrere Zehntausend Euro zur Finanzierung der Projekte der Gruppen an den Runden Tischen zur Verfügung gestellt.

Für gleiche Wettbewerbschancen Abbau des Vergütungsabstandes bei Zahnarzthonoraren notwendig

Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung führt zur Verzerrung des Wettbewerbs unter den Krankenkassen. Es klingt paradox, ist leider wahr. Der Ort des Geschehens ist die zahnärztliche Vergütung.

Der zu etablierende Gesundheitsfonds bringt eine weitgehende Nivellierung der Einnahmen der Krankenkassen. Konsequenterweise sollten auch ihre Ausgaben angeglichen werden. Der Gesetzgeber versprach, vor der Einführung des Gesundheitsfonds gleiche Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen zu schaffen. In der Tat werden die Vergütungssysteme im ambulanten und im stationären Bereich entsprechend angepasst. So soll für die ärztliche Honorierung eine einheitliche Euro-Gebührenordnung auf der Basis von bundeseinheitlichen Orientierungswerten eingeführt werden. Die Krankenhäuser werden bereits nach dem DRG-System bezahlt, das zu einer Angleichung der Vergütung auf Landes- und später auf Bundesebene führt.

Gravierender Wettbewerbsnachteil für die Ersatzkassen

Im zahnärztlichen Bereich dagegen blieb der Gesetzgeber auf der halben Strecke stehen. Im Zahnersatzbereich wurden 2005 befundorientierte Festzuschüsse mit einem bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwert eingeführt. In allen anderen Bereichen der zahnärztlichen Versorgung soll dagegen keine Nivellierung stattfinden. Für die Ersatzkassen bedeutet dies einen gravierenden Wettbewerbsnachteil.

In der Vergangenheit haben die Ersatzkassen bewusst die zahnärztlichen Leistungen besser bezahlt als die Mitbewerber, um eine qualitativ hochwertige Versorgung ihrer Versicherten sicherzustellen. Diese Vergütungsunterschiede wurden mit der Einführung der Budgetierung für konservierend-chirurgische Leistungen ab 1993 und für Zahnersatz und Kieferorthopädie ab 1999 zementiert. Sollte sich die Gesetzeslage bis zur Einführung des Gesundheitsfonds nicht ändern, würden die Ersatzkassen ab dem 1. Januar 2009 um bis zu 7,4 Prozent höhere Honorare für konservierend-chirurgische Leistungen zahlen müssen. In Bayern liegt diese Zahl bei 8,32 Prozent.

Zusätzliche finanzielle Belastung der Versicherten

Aus dem Gesundheitsfonds werden die Ersatzkassen künftig einen einheitlichen Zuteilungsbeitrag erhalten, der für diese höhere Vergütung nicht ausreicht. Als Folge werden die Ersatzkassen von ihren Versicherten zwangsweise einen Zusatzbeitrag verlangen müssen. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) hat in einem Gutachten vorgerechnet, dass dadurch eine jährliche Gesamtbelastung in Höhe von 170 Mio. Euro für die Ersatzkassen entstünde. Das heißt, dass jedes Mitglied der Ersatzkassen zur Finanzierung dieser Summe 10,81 Euro pro Jahr aufbringen müsste. Es ergibt sich ein Zusatzbeitrag in Höhe von 90 Cent pro Monat.

Es ist klar, dass sich der besagte Vergütungsabstand der Ersatzkassen in den Honorarverhandlungen in diesem Jahr nicht abbauen lässt. Auch die Schiedsämter werden nicht in der Lage sein, eine Nivellierung herbeizuführen. Nur der Gesetzgeber kann den Knoten durchschlagen, indem er eine notwendige Gesetzesnovelle noch rechtzeitig verabschiedet. Einen Orientierungsrahmen hierfür könnte das IGES-Gutachten bilden.

Vier Lösungsvorschläge für ein Problem

Nach Auffassung der Gutachter vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung könnten die Preisunterschiede auf vier unterschiedlichen Wegen abgebaut werden:

- (1) Angleichung des Punktwertes der Ersatzkassen an das Niveau der Regionalkassen;
- (2) Angleichung der Punktwertes der Regionalkassen an das Niveau der Ersatzkassen;
- (3) Schaffung eines bundeseinheitlichen durchschnittlichen Punktwertes für alle Kassen;
- (4) Schaffung eines regionalen durchschnittlichen Punktwertes für alle Kassen.

Die Ersatzkassen bevorzugen den letzten Vorschlag, der nicht nur ohne großen Aufwand zu realisieren wäre, sondern auch den regionalen Besonderheiten Rechnung tragen würde. Sie appellieren an den Gesetzgeber, das Versprechen, gleiche Wettbewerbsbedingungen beim Start des Gesundheitsfonds für alle Krankenkassen zu schaffen, einzulösen und eine entsprechende Gesetzesnovelle rechtzeitig auf den Weg zu bringen.



Gleiches Geld für gleiche Leistung.

PERSONALIA

Dr. Ralf Langejürgen Neuer Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern

Neuer Leiter der Landesvertretung Bayern des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) und des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes (AEV) ist seit dem 1. April 2008 Dr. Ralf Langejürgen.

Der 45-jährige Volkswirt war nach seiner Promotion an der Ludwig-Maximilians-Universität München in verschiedenen Funktionen im Verbandswesen tätig. Zuletzt wirkte Dr. Ralf Langejürgen als Mitglied der Geschäftsführung im Landesverband Groß- und Außenhandel, Vertrieb und Dienstleistungen Bayern.

Dr. Langejürgen ist verheiratet und hat drei Kinder.

Der Vorsitzende des Landesausschusses Bayern, Gerhard Potuschek, begrüßte Herrn Dr. Langejürgen im Namen der Ersatzkassen und wünschte ihm viel Erfolg bei der Erfüllung seiner Aufgaben und bot ihm eine gute, konstruktive und vom Vertrauen geprägte Zusammenarbeit an.



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

Bayern im Mittelfeld

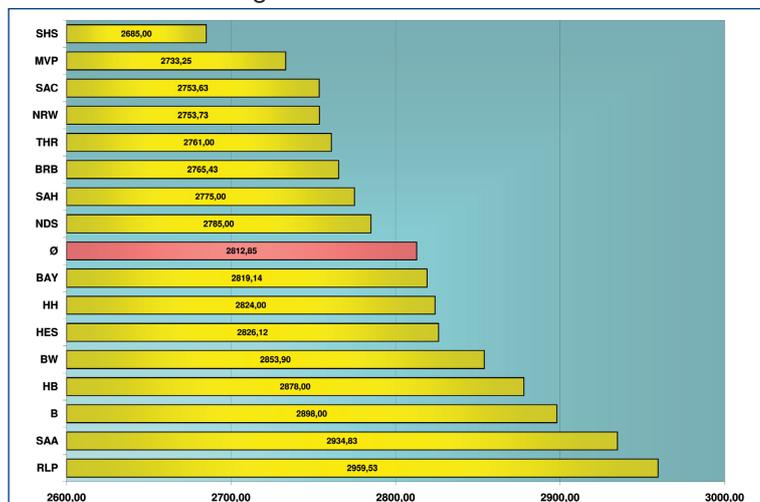
Landesweiter Basisfallwert 2008

Die Krankenkassenverbände in Bayern und die Bayerische Krankenhausgesellschaft haben sich am Verhandlungstisch über den landesweiten Basisfallwert (LBFW) 2008 geeinigt. Damit hat die Selbstverwaltung erneut ihre Handlungsfähigkeit unter schwierigen Rahmenbedingungen bewiesen. Die Verhandlungspartner haben sogar zum ersten Mal in Bayern eine Erhöhung des LBFW unterhalb der Grundlohnsteigerung vereinbart. Der Prozess der Annäherung der individuellen Basisfallwerte einzel-

ner Krankenhäuser schreitet voran. Ab 2009 gilt für alle Krankenhäuser der Grundsatz „gleiches Geld für gleiche Leistung“.

Der vereinbarte landesweite Basisfallwert 2008 beläuft sich auf 2.819,14 Euro ohne Berücksichtigung der Erlössumme bzw. auf 2.806,14 Euro mit Berücksichtigung der Erlössumme. Die Verhandlungen über den landesweiten Basisfallwert 2008 sind in allen Bundesländern abgeschlossen. Im Bundesvergleich liegt Bayern im Mittelfeld (vgl. Diagramm). Der Abstand zwischen dem höchsten und dem niedrigsten LBFW hat sich von 449,77 Euro im Jahr 2005 auf vorläufig 274,53 Euro in diesem Jahr verringert.

Über die zu erwartenden Änderungen der Krankenhausfinanzierung kann man derzeit nur spekulieren. Offen ist die Frage, wie der zukünftige bundesweite Basisfallwert die landesweiten Basisfallwerte ablösen wird. Ungeklärt ist auch, wie viel Zeit die Bundesländer für die Umstellung haben werden. Dennoch kann man schon jetzt feststellen, dass der bayerische landesweite Basisfallwert eine gute Voraussetzung für die anstehenden Anpassungen ist. Für die Krankenhäuser in Bayern besteht damit die notwendige Planungssicherheit.



Landesweiter Basisfallwert 2008

LESENSWERT



Arzneimittel-Atlas 2007

Der Arzneimittelverbrauch in der GKV von Prof. Dr. med. Bertram Häussler, Dr. med. Ariane Höer, Elke Hempel und Philipp Storz, MPH.
2007, 320 S., Abb., Tab., broch.,

€ 29,95, ISBN 978-3-89935-241-2.
Urban & Vogel GmbH, München.

Valide Informationen über den Verbrauch von Arzneimitteln sind für gesundheits- und wirtschaftspolitische Entscheidungen unabdingbar. Der Arzneimittel-Atlas liefert für 23 Indikationsgruppen transparente und strukturierte Informationen über die Entwicklung der Verordnungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung. Alle Analysen basieren auf dem Konzept der Tagesdosen. Für das Jahr 2006 werden im Vergleich zu 2005 die Änderungen von Verbrauch, Preis und strukturellen Verschiebungen betrachtet, wobei auch eine Analyse auf saisonaler Ebene vorgenommen werden kann. Schließlich wird der Arzneimittelverbrauch in Beziehung zur Prävalenz der jeweiligen Indikation gesetzt. Wesentliche Einflussfaktoren auf den Arzneimittelumsatz werden beschrieben. Abgerundet wird der Atlas durch die Betrachtung der Arzneimittelausgaben auf regionaler Ebene.



Jahrbuch Risikostrukturausgleich 2007

Gesundheitsfonds.
Hrsg. von Dirk Göppfarth, Stefan Greß, Klaus Jacobs und Jürgen Wasem. 2007, 412 S., Abb., Tab., broch., € 39,90,

ISBN 978-3-537-74307-7. Asgard-Verlag Dr. Werner Hippe GmbH, Sankt Augustin.

Das Jahrbuch legt den Schwerpunkt auf die zu erwartenden Auswirkungen des Gesundheitsfonds. Die Herausgeber haben dazu namhafte Autoren aus Wissenschaft und Praxis gewonnen, die den Gesundheitsfonds und die Veränderung des Risikostrukturausgleichs aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Ergänzt wird das Schwerpunktthema durch freie Beiträge und eine CD-ROM mit zentralen Daten zum Risikostrukturausgleich 2005.

Krankenhaus-Report 2007

Krankenhausvergütung – Ende der Konvergenzphase?
Hrsg.: Jürgen Klauber, Prof. Dr. Bernt-Peter Robra, Dr. Henner Schellschmidt. 2008, XX, 491 S., 54 Abb., 75 Tab., kart., mit Online-Zugang, € 49,95, ISBN 978-3-7945-2609-3. Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften, Stuttgart.



Die Einführung der Fallpauschalen für fast alle stationären Leistungen ist mehr als eine bloße Neuordnung der Krankenhausvergütung. Sie hat Auswirkungen auf das System der stationären Versorgung insgesamt. Für ihre volle Umsetzung braucht sie Zeit. Im Jahr 2003 begann eine Übergangsphase, der sogenannte Konvergenzprozess. An dessen Ende soll 2009 das neue Vergütungssystem stehen. Bis dahin sind allerdings zahlreiche Aspekte der ordnungspolitischen Ausgestaltung noch im Detail auszuarbeiten. Der Report fasst einerseits die bisher gemachten Erfahrungen zusammen, andererseits beleuchtet er die Perspektiven des entstehenden Vergütungssystems. Der Datenteil umfasst die Grund-, Kosten- und Diagnosedaten des Statistischen Bundesamtes sowohl für Krankenhäuser als auch für Rehabilitationseinrichtungen. Ergänzt werden diese Daten durch das Krankenhaus-Directory und die bewährte Krankenhauspolitische Chronik, die Neuerungen im Bereich der Krankenhäuser nachzeichnet. Alle Tabellen und Abbildungen stehen für individuelle Aufbereitungen auf dem Internetportal www.krankenhaus-report-online.de zur Verfügung, ebenso die komplette Krankenhauspolitische Chronik ab dem Jahr 2000 mit Dokumenten zum Herunterladen ab 2004.

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