

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Aug. 2006

ersatzkassen

Nein zum Systemwechsel im Gesundheitswesen

Die vorliegenden Eckpunkte zur Gesundheitsreform geben keine Antwort auf die zentrale Frage, wie die Politik die Finanzierungslücke der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) schließen will. Auch für die strukturellen Probleme der medizinischen Versorgung bietet das Papier keine nachhaltigen Lösungen an. Stattdessen enthalten die Eckpunkte Vorschläge und Maßnahmen, die eindeutig auf einen Systemwechsel in der GKV hinweisen.

Ab 2008 soll ein staatlicher Gesundheitsfonds errichtet werden, in den die Beiträge der Versicherten und Arbeitgeber sowie ein Steuerzuschuss von zuerst 1,5 Mrd. Euro einfließen sollen. Die Beitragssätze zur Gesetzlichen Krankenversicherung werden künftig einheitlich vom Staat festgesetzt und nicht wie bisher von den Selbstverwaltungen der Kassen. Der Beitragseinzug wird von den Kassen auf die neu zu gründenden regionalen Behörden übertragen. Dadurch verlieren die Krankenkassen ihre Finanzautonomie. Mehr noch: Durch die Mittelzuweisung seitens des Gesundheitsfonds geraten die Krankenkassen in die finanzielle Abhängigkeit von einer staatlichen Institution.

Zerschlagung intakter Strukturen

Völlig ohne Not wird das bewährte Verfahren, mit dem heute die Beiträge zur Renten-, Arbeitslosen-, Pflege- und Krankenversicherung eingezogen werden, über Bord geworfen. Dabei geht es nicht um Peanuts, sondern um fast 450 Mrd. Euro pro Jahr. Der Beitragseinzug läuft im internationalen Ver-

In dieser Ausgabe:

- **Nein zum Systemwechsel im Gesundheitswesen**
- **TEMPiS – eine Erfolgsgeschichte**
Bessere Versorgung von Schlaganfallpatienten dank Telemedizin
- **Frühförderung auf lange Zeit gesichert**
Neuer Rahmenvertrag tritt in Kraft
- **1:0 für Ersatzkassenversicherte beim Zahnarzt**
Vertrag bringt mehr Service für Patienten

gleich äußerst sparsam und effektiv. Er verursacht nicht nur extrem niedrige Kosten, nämlich rund 0,3 % der Einzugssumme. Auch die Fehlerquote von etwa 1 % ist äußerst niedrig. Es ist völlig unsinnig, das gut funktionierende Verfahren aufzugeben und an anderer Stelle neue Einzugsstellen mit enormen zusätzlichem Bürokratieaufwand zu errichten.

Kopfprämie belastet zusätzlich die Versicherten

Für die Versicherten wird es auch teurer. Reicht das Geld, das der staatliche Fonds den Krankenkassen zuweist, nämlich nicht aus, müssen sie eine Prämie vom Versicherten erheben. Die Politik

stellt den Kassen dabei frei, ob sie einen einkommensabhängigen, prozentualen Beitrag oder eine in Euro ausgewiesene Prämie erheben möchte. Mit Wahlfreiheit hat das allerdings nichts zu tun. Eine Kasse, die einkommensabhängige Zusatzbeiträge verlangt, muss damit rechnen, dass die gut verdienenden Versicherten und damit tendenziell Nettoeinzahler die Kasse verlassen. Man wird also notgedrungen Kopfprämien erheben.

Man weiß schon heute, dass Kopfprämien überproportional die Bezieher von niedrigen Einkommen und Familien belasten! Außerdem besteht eine reale Gefahr, dass wachsende Einnahmenverluste oder

Ausgabensteigerungen zukünftig allein vom Versicherten über die Prämie zu finanzieren wären. Aus einer „kleinen“ Kopfpauschale wird ziemlich schnell eine große. Allein durch den zusätzlichen Finanzbedarf der GKV in den nächsten drei Jahren könnte sich die Höhe des Zusatzbeitrages verdreifachen.

Verstaatlichung statt Wettbewerb

Im Wahlkampf riefen ausnahmslos alle Parteien nach mehr Wettbewerb in der GKV. Was bringen uns die Eckpunkte der Gesundheitsreform? Staatliche Festsetzung der Beitragssätze, staatlicher Beitragseinzug, staatliche Mittelzuweisungen an die Kassen und



Christian Bredl,
Leiter der Ersatzkassenverbände
in Bayern

DER KOMMENTAR

Dokument des politischen Versagens

Die Eckpunkte der Gesundheitsreform sind ein Dokument des politischen Versagens. Nicht ein einziges von den selbst gesteckten politischen Zielen der Regierung wird erreicht, sollten die Eckpunkte in ein Gesetz umgemünzt werden.

Das Ziel, die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung dauerhaft und nachhaltig zu stabilisieren, ist verfehlt: Schon heute rechnet die Regierung selbst mit einer Finanzierungslücke von 17 bis 20 Mrd. Euro in der GKV im Jahr 2009. Ursache hierfür sind neben Belastungsverchiebungen von öffentlichen Haushalten rückläufige Einnahmen bedingt durch die hohe Arbeitslosigkeit. Zugleich steigen die Ausgaben insbesondere für Arzneimittel und Krankenhausbehandlung auf Grund von Fehlsteuerungen und falschen Anreizen.

Statt – wie gewollt – die Lohnnebenkosten zu senken, nimmt die Bundesregierung die Steigerung der GKV-Beitragsätze um 0,5 Prozentpunkte freiwillig hin. Diese Beitragssatzerhöhung könnte die Politik verhindern, wenn die Große Koalition den eigenen Beschluss zur Streichung des jährlichen Bundeszuschusses in Höhe von 4,2 Mrd. Euro zurückgenommen und einen reduzierten Mehrwertsteuersatz bei Arzneimitteln eingeführt hätte.

Verheerende Auswirkung wird in vielerlei Hinsicht der so genannte Gesundheitsfonds haben. Sollte der Gesundheitsfonds wie nunmehr geplant Realität werden, bedeutet dies einen Systemwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Vor allem die paritätische Finanzierung der GKV durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer wird endgültig beseitigt, sodass künftig alle Kostensteigerungen im Gesundheitswesen die Versicherten allein zu schultern haben werden.

Statt – wie propagiert – den Wettbewerb in der GKV zu stärken, schlägt die Bundesregierung der Verstaatlichung des Gesundheitswesens Tür und Tor auf. Ein zentral verwalteter Gesundheitsfonds, der über das Beitragsaufkommen entscheidet und die Beitragsgelder den Kassen zuteilt, raubt den gesetzlichen Krankenkassen ihre Finanzautonomie. Ein geplanter GKV-Dachverband zusammen mit der Regulierungsbehörde sollen künftig über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen entscheiden. Das ist nicht nur Staat pur, sondern de facto der Verlust der Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen.

Was für ein Wettbewerb wird unter den Krankenkassen, die keine Finanzautonomie und keine Gestaltungsfreiheit im Leistungsbereich haben, entstehen? Die Politik sieht nur ein Wettbewerbsfeld für die Krankenkassen – die Kopfpauschale. Statt einen Wettbewerb unter den Krankenkassen zu fördern, der die beste medizinische Versorgung der Versicherten zum Ziel hat, will die Politik die Jagd der Krankenkassen auf die Jungen und Gesunden eröffnen. Die leidliche Rosinenpickerei bei der Mitgliedergewinnung innerhalb der GKV und seitens der Privaten Krankenversicherung wird nicht gestoppt, sondern gefördert.

Die Bundesregierung will den so genannten Gesundheitsfonds einführen, der auch für den Arbeitsmarkt schädlich ist. Statt neue Arbeitsplätze in der GKV zu schaffen, werden rund 30.000 gefährdet. Das sind die Kassenmitarbeiter, die derzeit kompetent, reibungslos und effizient den gemeinsamen Beitragseinzug für die GKV, für die Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie für die Lohnfortzahlungsversicherung der Arbeitgeber sicherstellen.

Die Akzeptanz der Gesetzlichen Krankenversicherung in ihrer heutigen Form ist bei der Bevölkerung sehr hoch. Der breite Widerstand aus allen gesellschaftlichen Bereiche gegen die angekündigten Reformmaßnahmen zeigt, dass der eingeschlagene Weg falsch ist. Deutschland braucht keine Systemwechsel, sondern eine Systemreform, die diesen Namen verdient.

Steuerzuschüsse! Um den Zugriff des Staates auf die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung sicher zu stellen, soll eine staatliche Regulierungsbehörde errichtet werden. Die Entscheidungen des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses über die GKV-Leistungen sollen nicht mehr von der gemeinsamen Selbstverwaltung getroffen werden, sondern durch die hauptamtliche Leitung des Bundesausschusses. Der Gemeinsame Bundesausschuss wird zur staatlichen Regulierungsbehörde.

Für die Krankenkassen soll es künftig einen Spitzenverband der Kassen auf Bundes- und auf Landesebene geben. Die durchaus legitimen Interessensgegensätze der über 250 Einzelkassen werden künftig im Dachverband unvermittelt aufeinander prallen. Für den unter diesen Bedingungen höchst wahrscheinlichen Fall der Nichteinigung wird sicher das Bundesministerium für Gesundheit ein Ersatzvornahmerecht erhalten. Auch hier wird also der staatliche Einfluss zunehmen.

Kann der Staat es besser?

Mit Gesundheitsfonds, Regulierungsbehörde und Ersatzvornahmen bei Nichteinigung des Dachverbandes hätte der Staat de facto alle zentralen Stellenschrauben des GKV-Systems in seiner Hand und das Gesundheitswesen wird verstaatlicht. Das könnte vielleicht noch begrüßt werden, wenn dadurch Entscheidungen besser und schneller getroffen und bessere Ergebnisse für die Versicherten und Patienten im Gesundheitswesen erzielt würden. Doch die bisherigen Erfahrungen mit staatlicher Steuerung im Gesundheitswesen deuten nicht darauf hin.

Schließlich werden die zuständigen staatlichen Instanzen mit den gleichen – legitimen – gegensätzlichen Interessen der Akteure konfrontiert. Die staatlichen Stellen werden dem öffentlichen und politischen Druck der Lobby vermutlich noch viel stärker ausgesetzt sein. Sie werden erpressbar, wenn nur stark genug mit dem Abbau von Arbeitsplätzen oder der Schließung von kideronkologischen Abteilungen gedroht wird. Außerdem ist damit zu rechnen, dass die Wirtschafts- und Finanzpolitiker verstärkt Einfluss auf die Entscheidungen im Gesundheitswesen nehmen werden. Wie die Erfahrung mit dem Koalitionsvertrag zeigte.

Klaffende Finanzierungslücke

Mit den aktuellen Reformmaßnahmen werden die bestehenden Probleme nicht gelöst. Eine Gesundheitsreform, die diesen Namen verdient, sollte die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Richtung mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit verbessern. Genau das geschieht im Moment je-

doch nicht. Nicht einmal die – von der Politik weitgehend selbst geschaffene – Finanzierungslücke in 2007 wird geschlossen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) rechnet für das nächste Jahr mit einem Krankenkassendefizit von 5 bis 7 Mrd. Euro. Die Ankündigung der Kanzlerin, zum 1. Januar 2007 die Beiträge um 0,5 Prozentpunkte zu erhöhen, zeigt die Hilflosigkeit der Politik. Bei vielen Krankenkassen wird das voraussichtlich nicht reichen.

Völlig unklar ist, was in den Folgejahren geschehen soll. Nach den Berechnungen des BMG steigt die Finanzierungslücke bis 2009 auf 17 bis 20 Mrd. Euro. Außer dem Mini-Steuerzuschuss ist der Politik dazu nichts eingefallen. Sie ist offenkundig gescheitert. Unter Berücksichtigung des Steuerzuschusses fehlen der GKV in 2009 damit 14 bis 17 Mrd. Euro. Das entspricht einer Beitragserhöhung von saten 1,4 bis 1,7 Prozentpunkten! Mit der Erhöhung der Mehrwertsteuer soll insbesondere auch die Absenkung des Beitragssatzes in der Arbeitslosenversicherung finanziert werden. Diese Absenkung wird mit der notwendigen Erhöhung in der GKV schon wieder weitgehend kompensiert.

Gesundheitsreform im Interesse der Versicherten gefordert

Die Ersatzkassen fordern die Politik auf, sich endlich den eigentlichen Problemen in der GKV zu stellen. Eine zukunftsgerichtete Gesundheitspolitik sollte sich den Interessen aller Patienten und Versicherten stellen. Die Ersatzkassen erwarten eine nachhaltige Finanzreform des bestehenden GKV-Systems. Dabei muss Solidarität im Gesundheitswesen gesichert bleiben. Die Höhe der Beiträge sollte sich an der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten orientieren. Die zusätzlichen Finanzanforderungen, die aus der demografischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt resultieren, müssen nachhaltig gelöst werden. Die dazu notwendigen Finanzierungsregelungen müssen unbürokratisch, manipulationssicher und für die Versicherten transparent sein. Die Verantwortung für die GKV muss auf Grundlage der gesetzlichen Rahmenbedingungen auch weiterhin selbstverwaltet durch Versicherte und Arbeitgeber getragen werden.

Die nun vorgelegten Eckpunkte erfüllten diese Kriterien nicht. Die Einrichtung eines Gesundheitsfonds, die Wegnahme des Beitragseinzugs von den Krankenkassen, Regulierungsbehörde und Dachverband führten zu mehr Bürokratie, Schwächung der Selbstverwaltung und deutlicher Erhöhung des staatlichen Einflusses im Gesundheitswesen. Das können und wollen die Ersatzkassen im Interesse ihrer Versicherten nicht hinnehmen.

TEMPiS – eine Erfolgsgeschichte

Bessere Versorgung von Schlaganfallpatienten dank Telemedizin

Als Modellprojekt zur flächendeckenden Schlaganfallversorgung wurde TEMPiS (Telemedizinisches Pilotprojekt zur integrierten Schlaganfallversorgung in Südostbayern) durch das Bayerische Sozialministerium, die Krankenkassenverbände in Bayern, die Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe und die teilnehmenden Kliniken ins Leben gerufen. Am Netzwerk beteiligt waren die Schlaganfallzentren am Krankenhaus München-Harlaching und an der Universitätsklinik Regensburg sowie 12 regionalen Kliniken in Südostbayern.

Zu den Kernelementen des Projektes gehörten der Aufbau von spezialisierten Schlaganfallstationen in allen regionalen Kooperationskliniken, eine kontinuierliche Fortbildung und Qualitätssicherung sowie die telemedizinische Beratung durch die Schlaganfallzentren. Daneben bestanden Kooperationen mit anderen Schlaganfallzentren und Neurochirurgien im Versorgungsgebiet.

Beste Ergebnisse im internationalen Vergleich

In den Jahren 2003 bis 2005 wurden insgesamt über 11.000 Patienten in den teilnehmenden Kliniken versorgt. Im Verlauf des Pilotprojekts stieg die Fallzahl deutlich von 4727 Patienten im Jahr 2003 auf 5014 im Jahr 2005. Schätzungsweise 90 % von Schlaganfallpatienten in den versorgten Landkreisen wurden in die TEMPiS-Kliniken eingewiesen. Die Akzeptanz des telemedizinischen Netzwerk ist in der Bevölkerung hoch.

Die Zahl der Telekonsile stieg kontinuierlich auf 2815 im Jahr 2005 und lag im Durchschnitt monatlich bei über 200 Telekonsilen. Insgesamt wurden während des dreijährigen Projektzeitraumes 7692 Telekonsile durchgeführt. TEMPiS hat im internationalen Vergleich vieler Telemedizinprojekte weiterhin die mit Abstand höchsten Behandlungszahlen.

Insgesamt wurden 374 Thrombolyse in den 12 Kooperationskliniken durchgeführt. Sowohl die Blutungsrate (7,7 %) als auch die Krankenhausmortalität (3,5 %) sind vergleichbar mit den Ergebnissen in großen Schlaganfallzentren. Auch der Prozentsatz der Hirninfarkt-Patienten mit Thrombolysetherapie (ca. 5 %) ist vergleichbar mit etablierten Stroke Units. Im Vergleich zum Jahr vor dem Projektstart hat sich die Lyserate ver-sechzehnfacht. Im gesamten Projektgebiet ein-

schließlich der beiden Zentren dürfte die Lyserate mit ca. 10 % weltweit mit an der Spitze liegen. Zum Vergleich liegt diese Rate in den USA bei 1-2 % aller Patienten.

Begleitende Fortbildungsaktivitäten

Im Rahmen des Projekts wurden die Fortbildungsaktivitäten im ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Bereich weitergeführt. In allen TEMPiS-Kliniken wurden im Jahresverlauf 2- 3 gemeinsame Visiten durchgeführt, die eine erhebliche Verbesserung der Patienteneinschätzung und der therapeutischen Maßnahmen erkennen ließ. In der Pflege und Logopädie lief das projektbegleitende Training in den regionalen Krankenhäusern weiter. Zentrale Veranstaltungen mit wissenschaftlichen Vorträgen wurden mit einer hohen Teilnehmerzahl in München-Harlaching und Regensburg durchgeführt.

Auch bei externen Veranstaltungen (Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe in Gütersloh, Stroke Unit Tag München und Europäische Schlaganfallkonferenz in Mannheim) war eine hohe Beteiligung der Netzwerkkliniken zu verzeichnen. Für alle Kliniken wurde darüber hinaus eine ausführliche Analyse der jeweiligen klinikspezifischen Daten im Vergleich zum Gesamtkollektiv durchgeführt und vor Ort mit den beteiligten Berufsgruppen und den Krankenhausleitungen besprochen.

Übergang von Akutbehandlung zur Rehabilitation

Der Übergang von der Akutbehandlung in den TEMPiS-Häusern zur stationären Rehabilitation wurde in einer gemeinsamen Initiative zwischen den Krankenkassen, den Akut- und Rehakliniken optimiert. Ein projekteinheitlicher Rehabilitationsantrag für alle gesetzlichen Krankenkassen wurde entwickelt. Die Zuweisung der Patienten nach dem Störungsbild in eine nach gemeinsam vereinbarten Kriterien geeignete Rehabilitationsklinik wurde geregelt.

Nach ausführlichen Vorbereitungen wurden Veranstaltungen für die TEMPiS-Kliniken und die möglichen Rehabilitationskliniken durchgeführt. Die Einführung hat projektweit zu einer Verkürzung der Antragsfristen und Verbesserung der Informationsweitergabe geführt. Die neu gestaltete Schnittstelle genießt eine hohe Akzeptanz.

Bessere Behandlungsqualität erreicht

Eine vergleichende Analyse der Ergebnisse von fünf ausgewählten TEMPiS-Kliniken mit fünf gemachten Vergleichskliniken wurde durchgeführt. Es wurde dabei festgestellt, dass die Behandlung nach dem TEMPiS-Konzept mit einer signifikant besseren Behandlungsqualität nach Qualitätsindikatoren und mit einer besseren Prognose der Patienten bezüglich Sterberate, Notwendigkeit einer Heimversorgung und Hilfsbedürftigkeit im alltäglichen Leben verbunden ist. Dazu kam es zu einer über 10 %-igen Absenkung der stationären Liegedauer ohne Erhöhung der Verlegungsquote.

Es steht nunmehr fest: Durch TEMPiS konnte die Schlaganfallversorgung in Süd-Ost-Bayern erheblich verbessert werden. Möglich wurde dieser Erfolg

für die Patienten durch die außergewöhnliche Kooperation der bayerischen Gesundheitsplanung, der Krankenkassen, der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe und aller beteiligten Kliniken. Folgerichtig hat der bayerische Krankenhausplanungsausschuss das Modellprojekt zum 1. Januar 2006 in die Regelversorgung überführt. Ergänzend zu den 12 teilnehmenden regionalen Krankenhäusern wurden die Kliniken Traunstein und Landshut zum 1. Oktober 2006 in das TEMPiS-Netz integriert.

Der Erfolg des Projekt ist mittlerweile international bekannt geworden und stößt auf großes Interesse in Europa, den USA und Kuba. Zuhause in Bayern wurde das Projekt mit dem prestigeträchtigen Klinikförderpreis 2006 der Bayerischen Landesbank ausgezeichnet.

1:0 für Ersatzkassenversicherte beim Zahnarzt Vertrag bringt mehr Service für Patienten

Zeitenwende bei Ersatzkassen und Zahnärzten in Bayern: Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns (KZVB) haben erstmals nach acht Jahren ohne Schiedsspruch und ohne Staatskommissar einen Vertrag über Budget und Punktwerte geschlossen.

Im Einzelnen sieht der Vertrag vor, dass der Punktwert rückwirkend zum 1. Januar 2006 um 0,75 % steigt. Mit dem Punktwert vergüten die Ersatzkassen Zahnarztleistungen wie Füllungen oder Parodontosebehandlungen nach wie vor weitaus besser als alle anderen Krankenkassen in Bayern. Die Gesamtvergütung, bis zu deren Obergrenze der volle Punktwert gezahlt wird, steigt um 0,83 % – genau wie die Grundlohnsumme.

Die Vertragsparteien sind sich darüber einig, dass Gewinner bei diesem Vertragsabschluss die Patienten und Versicherten sind. Die Honorare der Ersatzkassen gewährleisten einen sehr guten Service für ihre Versicherten in Bayern.

Der Vertrag zeigt auch, dass die jahrelangen Querelen zwischen Vertragszahnärzten und Ersatzkassen endgültig vorbei sind, und markiert den Beginn einer guten Zusammenarbeit, die für alle – Versicherte, Zahnärzte und Ersatzkassen – von Vorteil ist.



Die Patienten im Blick: Der KZVB-Vorsitzende Dr. Janusz Rat, der Leiter der Ersatzkassenverbände in Bayern Christian Bredl und der stellvertretende KZVB-Vorsitzende Dr. Martin Reißig

Frühförderung auf lange Zeit gesichert

Neuer Rahmenvertrag tritt in Kraft

Seit dem 1. Juli 2001 gilt das Neunte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) und damit eine neue Rechtsgrundlage zur Erbringung von medizinischen Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder. Es ist nunmehr in Bayern gelungen, diese Vorgaben in einen Vertrag zu gießen. Damit gehört der Freistaat zu den wenigen Bundesländern, in denen die Frühförderung in interdisziplinären Frühförderstellen umfänglich und flächendeckend entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen stattfindet.

Bayern als Vorreiter bei Frühförderung

Die interdisziplinäre Frühförderung kann in Bayern auf eine lange Tradition zurückblicken. Der erste Vertrag zwischen Wohlfahrts- und Krankenkassenverbänden trat bereits zum 1. April 1981 in Kraft und damit lange vor einer gesetzlichen Regelung. Schon damals war es wesentlicher Inhalt der Frühförderung, das Nebeneinander von medizinischen, pädagogischen und sozialen Maßnahmen sinnvoll zu koordinieren. Die Vertragsparteien fühlten sich laut Präambel zudem dazu aufgerufen, „der Öffentlichkeit durch geeignete Maßnahmen die Ziele der Frühförderung näher zu bringen und vor allem auf mögliche Ursachen von Gesundheitsschädigungen und Behinderungen bei Kindern aufmerksam zu machen.“

Eine Fortentwicklung des Vertrages zum 1. Januar 1999 führte schließlich die Leitlinien der Vereinigung für interdisziplinäre Frühförderung e.V., Landesvereinigung Bayern, als zentrales Qualitätselement für den medizinischen Anteil der Frühförderung, ein. Wieder einmal war Bayern seiner Zeit weit voraus.

Hindernis – unpräzise Gesetzformulierungen

Am 1. Juli 2001 war es dann schließlich der Gesetzgeber, der die Frühförderung im Sinne der betroffenen Kinder und ihrer Eltern erneut verbessern wollte. Im Wesentlichen sollte die Inanspruchnahme der Leistung dadurch erleichtert werden, dass Krankenkassen und Sozialhilfeträger die Frühförderung im Sinne einer so genannten „Komplexleistung“ gemeinsam anbieten sollten. Eine rasche Umsetzung scheiterte dann aber zunächst an den unpräzisen Formulierungen des Gesetzes. Die Sozialhilfeträger wollten nämlich aus dem Gesetz heraus lesen, dass sich die gesetzlichen Krankenkassen künftig auch an pädagogischen und sozialen Leistungen zu beteiligen hätten. Die Krankenkassen wiederum sahen sich weiterhin ausschließlich für die medizinischen Leistungen zuständig.

Mit der so genannten Frühförderverordnung vom 24. Juni 2003 sorgte der Gesetzgeber dann zwar weitge-

hend für eine Klarstellung im Sinne der Krankenkassen, nicht jedoch für klare Köpfe bei den Sozialhilfeträgern. Diese bestanden weiterhin darauf, sich finanziell auf Kosten der Krankenkassen entlasten zu wollen. Erst ein reinigendes Gewitter im Hause des Bayerischen Sozialministeriums sorgte dann im vergangenen Jahr für die nötige Einsicht und führte schließlich auch zum Abschluss des Rahmenvertrages, der nun zum 1. August 2006 in Kraft tritt.

Komplexleistungen aus einer Hand

Gefördert werden wie bisher behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder von der Geburt bis zum individuellen Schuleintritt. Als Leistungen kommen ärztliche Leistungen, medizinisch-therapeutische Leistungen (wie physikalische Therapie, Logopädie oder Ergotherapie), psychologische Leistungen, heil- oder sonderpädagogische Leistungen sowie psychosoziale Leistungen, jeweils unter Einbeziehung der Eltern bzw. Bezugspersonen, in Betracht. Die Leistungserbringung kann ambulant in der Frühförderstelle oder mobil im häuslichen Bereich, einzeln oder auch in kleinen Gruppen sowie ausschließlich durch entsprechend ausgebildete und qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erfolgen.

Ziel des SGB IX war es, die Leistungen der Frühförderung aus einer Hand anzubieten und es den Eltern behinderter oder von Behinderung bedrohter Kinder dadurch zu ersparen, sich die notwendigen Leistungen mühsam bei den verschiedenen Kostenträgern und Leistungsanbietern zusammensuchen zu müssen. Diesem Ziel wird nunmehr dadurch Rechnung getragen, dass die Leistungen der Frühförderstellen durch den Sozialhilfeträger bewilligt werden und diese Leistungszusage dann auch für die jeweilige Krankenkasse gilt. Die betroffenen Eltern haben dadurch nur einen Ansprechpartner.

Die Zulassung der einzelnen Frühförderstellen und damit die Überprüfung der vereinbarten Strukturqualität wird – in Abstimmung mit den Krankenkassen – durch den Sozialhilfeträger vorgenommen. Auch die Leistungsinhalte sind sowohl für die medizinische Rehabilitation als auch für die heilpädagogischen Leistungen Bestandteil der gemeinsamen Vereinbarung. Die Vorstellungen des Gesetzgebers, eine so genannte Komplexleistung aus einer Hand anzubieten, konnten damit vorbildlich umgesetzt werden.

Vergütung und Abrechnung von Einzelleistungen geregelt

Die bayerische Vereinbarung geht aber weit über den Regelungsbedarf einer reinen Landesrahmenempfeh-

lung hinaus. Anders als in vielen anderen Bundesländern wird nämlich auch landesweit die Vergütung und Abrechnung der einzelnen Leistungen geregelt. Hierbei bleibt es bei der bisherigen Trennung. Während das offene Beratungsangebot sowie die heilpädagogischen und (psycho-)sozialen Leistungen mit den Sozialhilfeträgern abgerechnet werden, können die Eingangsdiagnostik zur Aufstellung des Behandlungsplanes und die medizinischen Leistungen den Krankenkassen in Rechnung gestellt werden.

Dabei war es insbesondere der Kassenseite wichtig, auch die bisherige Systematik der Einzelleistungsvergütung aufrecht zu erhalten, da nur auf diesem Wege die nötige Transparenz über das Leistungsgehehen hergestellt werden kann. Der bisherige

Leistungskatalog wurde zu diesem Zweck beibehalten. Neu hinzugekommen ist eine einmalig je Patient abrechenbare Pauschale für die Eingangsdiagnostik in Höhe von 195 Euro.

Auf lange Zeit gesichert

Die Erfahrung der vergangenen Jahre zeigt, dass die Frühförderstellen neben ihrer fachlichen Qualifikation vor allem auch ein hohes Maß an Engagement und Motivation mitbringen. Die Ersatzkassen sind daher zuversichtlich, mit dem neuen Rahmenvertrag eine zu-kunftsorientierte Basis geschaffen zu haben, mit der es gelingen wird, die hohe Qualität, aber auch die hohen Ansprüche der Frühförderung in Bayern auf lange Zeit zu sichern.

Parlamentarischer Abend mit den Sozialpolitikern der CSU

An einem Parlamentarischen Abend in der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern widmeten sich die CSU-Mitglieder im Sozialausschuss des Bayerischen



Auf dem Bild (v.l.n.r.): Helmut Heckenstaller (Techniker Krankenkasse), Peter Winter, MdL, Tina Ostmeyer (CSU-Landtagsfraktion), Joachim Unterländer, MdL, Christian Bredl, VdAK/AEV-Landesvertretung, Christa Matschl, MdL, Wilfried Erbe (DAK), Winfried Geisenberger (DAK), Hermann Imhof, MdL, Wilhelm Saiger (Kaufmännische Krankenkasse).

Landtages und die Landesgeschäftsführer der Ersatzkassen den aktuellen Fragen der Gesundheitspolitik. Im Mittelpunkt des intensiven Meinungsaustausches stand die geplante Gesundheitsreform im Allgemeinen und der Gesundheitsfonds im Einzelnen. Die Vertreter der Ersatzkassen informierten die Landtagsabgeordneten über die negativen Folgen des Gesundheitsfonds.

Insbesondere wurde es darauf hingewiesen, dass die Fondslösung in einem Widerspruch zu den erklärten Zielen der Bundesregierung steht – Abbau der Bürokratie und mehr Wettbewerb in der GKV. Das Fondsmodell löst die bestehenden Probleme im Gesundheitswesen nicht. Es verteilt lediglich die Geldströme in der GKV anders – und das mit erheblichem bürokratischem Aufwand.

Glosse

Ärztmangel in Bayern – eine Phantomdiskussion

Seit Monaten bewegt das Thema Ärztemangel die Gemüter in den neuen Bundesländern. Überraschend erreicht es nunmehr auch den Freistaat Bayern. Die Bayerische Landesärztekammer schlägt Alarm und weist in regelmäßigen Zeitabständen auf die Gefahr der medizinischen Unterversorgung im ärztlichen Bereich hin, wenn schon nicht jetzt, dann zumindest in der näheren Zukunft.

Solche Szenarien wecken die Ängste der Bürger und schrecken die Landespolitik auf. Die CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag hat sogar vorsorglich eine Anhörung zum Thema Ärztemangel durchgeführt, um

zum Schluss festzustellen, dass die Bewohner Bayerns auch in Zukunft zum Doktor nicht nach Österreich und – Gott bewahre – nicht zu den Preiß'n gehen müssen, sondern finden ihn wie gehabt um die Ecke.

Neben der übertriebenen Emotionalisierung und offenkundigen Standesinteressen der Ärzterevertreter leidet die Diskussion vor allem an einem wesentlichen Punkt: Ihr Gegenstand wird nicht definiert und jeder redet über einen Ärztemangel oder besser gesagt darüber, was er darunter versteht. Eine Versachlichung wäre sicherlich für alle hilfreich, um die Situation objektiv einschätzen zu können.

Die Krankenversicherten müssen es nicht wissen. Doch den Leuten vom Fach ist sehr wohl bekannt, dass die ärztliche Versorgung in jedem Bundesland mittels eines Bedarfsplanes reguliert wird. Für die Erstellung und Fortentwicklung des Bedarfsplanes ist der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen zuständig. Wie der Name sagt, ein paritätisch besetztes Gremium, in dem die Interessen eines Dritten – des Patienten – über die Interessen der Parteien stehen.

Die Bedarfsplanung in Bayern findet auf einem sehr hohem, ja fast luxuriösem Versorgungsniveau statt: Hier zu Lande leistet man sich 203 niedergelassene Ärzte pro 100.000 gesetzlich Versicherte (Stand: 2004). Zum Vergleich liegt der Bundesdurchschnitt bei 179 und der Durchschnitt in den alten Bundesländern bei 186 niedergelassenen Ärzten pro 100.000 GKV-Versicherte. Nur die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen leisten sich mehr Ärzte pro Versicherten als Bayern und verzerren hiermit die Bundesstatistik. Hätte man München ins Rennen geschickt, würden die preußischen Metropolen wohl erblassen.

Die Anziehungskraft Bayerns für die niedergelassenen Ärzte ist ungebrochen: Ihre Zahl stieg von 17.654 im Jahr 1993 auf 21.159 im Jahr 2005. Das sind satte +20%! Verglichen damit war der Zuwachs der bayrischen Bevölkerung – trotz der stetig hohen Zahl der Zugereisten – eine zu vernachlässigende Größe.

Die Bedarfsplanung teilt Bayern in 79 regionale Planungsbereiche auf und ist für 14 Arztgruppen vorzunehmen. Daraus ergibt sich die Gesamtzahl der Planungsbereiche – 1.106. Anfang 2006 waren 993 oder 90 % aller Planungsbereiche überversorgt und für neue Niederlassungen gesperrt. Die Überversorgung tritt im Übrigen erst ab einem Versorgungsgrad von 110 % ein! Entspannter ist die Situation bei den Hausärzten: Hier sind „nur“ 29 von 79 Planungsbereichen oder 37 % überversorgt.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hat im Jahr 2005 jeweils in einem von 79 Planungsbereichen für Kinder- und Nervenärzte sowie in zwei von 79 Planungsbereichen für Radiologen eine Unterversorgung gemeldet. War dies der Anlass für die Bayerische Landesärztekammer, das Schreckgespenst des Ärztemangels an die Wand zu malen?

Statt einem Phantom nachzujagen, sollten sich die Ärztevertreter gemeinsam mit den Krankenkassen lieber mit einem anderen Problem in Bayern beschäftigen – mit der ärztlichen Überversorgung, die unnötig enorme finanzielle Mittel bindet, die in anderen medizinischen Bereichen sinnvoller im Interesse und zum Wohle der Patienten und Versicherten eingesetzt werden könnten.

LESENSWERT



Der große IGeL-Check

Wann medizinische Zusatzleistungen sinnvoll sind und was sie kosten von Bernd Harder. 2005, 176 S., brosch., € 9,90, ISBN 3-426-64269-7. Droemer Knauer, München.

Viele Diagnose- und Therapieverfahren werden heute nicht mehr von der Kasse erstattet: Die so genannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) stellt der Arzt privat in Rechnung. Doch welche Selbstzahlerleistungen sind ihr Geld wirklich wert, und für wen sind sie im Einzelfall sinnvoll? Bernd Harder gibt in seinem Ratgeber effektive Entscheidungshilfen. Er präsentiert erstmals eine Übersicht der wichtigsten Leistungen der IGeL-Liste mit kurzen Darstellungen der Kosten, Nutzen und Risiken. Anhand von Checklisten für das selbstständige Gesundheitsmanagement und einer Übersicht der präventiven Kassenleistungen kann der Leser eigenverantwortlich entscheiden und auswählen, welche Leistungen für ihn im Einzelnen sinnvoll sind.



Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen

von Stephanie Stock, Marcus Redaelli und Karl W. Lauterbach. Kohlhammer Krankenhaus. 2005, 200 S., Kt., € 35,00, ISBN 3-17-018951-4.

Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart.

Integrierte Versorgung und Disease-Management-Programme setzen neue Impulse für Strukturwandel im Gesundheitswesen. Mithilfe beider Konzepte sollen die Versorgungsabläufe transparenter, effizienter gestaltet und qualitativ hochwertiger werden; hinsichtlich der eingesetzten Instrumente, organisatorischer Abläufe und gesetzlicher Anforderungen bestehen jedoch Unterschiede. Die Autoren geben einen Überblick über Ursprung, Umsetzung und gesetzliche Rahmenbedingungen dieser Versorgungskonzepte in Deutschland, setzen sich intensiv mit den Erfolgsfaktoren auseinander und bewerten mögliche Vor- und Nachteile aus wissenschaftlicher und zugleich praxisbezogener Sicht.

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: Christian Bredl