

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE REFORMVORSCHLAG: Qualität als Kriterium der Krankenhausplanung | POSITION: Selbstverwaltung stärken. Sozialwahl reformieren | **ÄRZTLICHE VERSORGUNG UND VERGÜTUNG** | **KLINISCHE KREBSREGISTER**

## BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN. APRIL 2014

VDEK-ZUKUNFTSPREIS 2014

Was ist eigentlich gesund?

GRAFIK vdek



Bereits zum fünften Mal loben die Ersatzkassen einen vdek-Zukunftspreis aus. Unter dem Motto „Was ist eigentlich gesund? – Projekte zur Gesundheitsbildung von Kindern und Jugendlichen“ werden innovative Projekte und Best Practice-Beispiele zur Gesundheitsförderung und Prävention aus Kindertagesstätten, Schulen und Kommunen sowie dem Bereich medizinische Versorgung gesucht. Der vdek-Zukunftspreis 2014 stellt folgende Fragen in den Vordergrund: Wie können Kinder und Jugendliche frühzeitig für Bewegung und eine gesunde Ernährung motiviert werden? Welche innovativen Ideen gibt es, Kindern und Jugendlichen Freude an einem gesunden Lebensstil zu vermitteln? Wie kann Gesundheitsförderung in die Versorgung von Erkrankungen eingebunden werden? Das gesamte Preisgeld beträgt 20.000 Euro. Die Bewerbungsfrist läuft bis zum 5. Mai 2014.

FINANZIERUNG DER GESETZLICHEN KRANKENVERSICHERUNG

## Haushaltspolitische Spiele zu Lasten der Versicherten

Sollten die Pläne des Bundesfinanzministers zur Kürzung des Bundeszuschusses zur Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Realität werden, werden den Krankenkassen und damit den Versicherten in drei Jahren 8,5 Milliarden Euro entzogen.

**H**aushaltspolitisch motivierte Eingriffe des Bundesfinanzministers in die Sozialkassen sind in Deutschland schon fast zur Regel geworden. Sobald sich nur ein kleiner Überschuss an Versichertengeldern ansammelt, mutieren insbesondere die Renten- und Krankenkassen umgehend zu finanzpolitischen Verschiebeparkplätzen. Diesmal ist es wieder einmal die Gesetzliche Krankenversicherung, die zur Ader gelassen werden soll.

Bereits 2013 ging der Bundeszuschuss von 14 auf 11,5 Milliarden Euro zurück. In diesem Jahr soll er weiter auf 10,5 Milliarden sinken und sich nächstes Jahr auf 11,5 Milliarden Euro belaufen. Mit dem angeblichen Ziel der Haushaltssanierung entzieht die Bundesregierung der GKV damit 8,5 Milliarden Euro in drei Jahren und erhöht auf diese Weise den Druck auf der Einnahmeseite der gesetzlichen Krankenkassen um fast 0,8 Beitragssatzpunkte.

### Steigende Zusatzbeiträge programmiert

Diesen Druck werden ab 2015 die Versicherten zu spüren bekommen. Denn ab

kommenden Jahr gilt die neue Finanzarchitektur in der GKV, wonach der paritätisch finanzierte allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozentpunkte festgeschrieben und der derzeit allein von den Arbeitnehmern bezahlte Sonderbeitrag in Höhe von 0,9 Prozentpunkte in einen kassenindividuellen Zusatzbeitrag umgewandelt wird. Alle künftigen Ausgabensteigerungen werden dann über den Zusatzbeitrag finanziert werden müssen. Die Kürzung des Bundeszuschusses um 2,5 Milliarden Euro im Jahre 2015 bedeutet, dass der GKV-Beitragszahler rund 0,23 Prozentpunkte zusätzlich aufbringen muss.

### Finanzreserven schmelzen dahin

Der Hinweis auf die hohen Finanzreserven in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist trügerisch. Die Kürzungen des Bundeszuschusses konnten bislang nur notdürftig aus diesen Reserven kompensiert werden. Doch damit ist es bald zu Ende. 2013 haben die gesetzlichen Krankenkassen knapp 10 Milliarden Euro mehr ausgegeben als im Vorjahr. Hält dieses Tempo an, sind die gesamten



KOMMENTAR

# Haushaltssanierung auf Kosten der GKV

FOTO vdek



von  
DR. RALF LANGEJÜRGEN  
Leiter der  
vdek-Landesvertretung  
Bayern

In den zwölf Jahren seines Bestehens – unter Einbeziehung der bereits geplanten Korrektur im Jahre 2015 – wurde der Bundeszuschuss zur Gesetzlichen Krankenversicherung fünfmal gekürzt! Unter zuverlässigen finanziellen Rahmenbedingungen versteht man sicher etwas anderes. Was nützen den Krankenkassen und ihren Versicherten alle Sonntagsreden der Gesundheitspolitiker über die nachhaltige GKV-Finanzierung, wenn die Haushaltspolitiker nach Kassenlage entscheiden, ob und in welchem Umfang der gesetzlich verbriefte Steuerzuschuss an die Krankenkassen fließt.

Die GKV-Finzen sind an den Faktor Arbeit gebunden. Daher sind die Einnahmen der Krankenkassen stark konjunkturabhängig. Das erschwert eine mittelfristige Finanzplanung – insbesondere in Phasen des ökonomischen Abschwungs. Doch nicht weniger störend sind die willkürlichen Kürzungen der fest versprochenen Steuerzuschüsse in Zeiten des Aufschwungs. Die Sanierung der Staatsfinanzen ist ohne Zweifel ein wichtiges Ziel. Verständnis dafür gibt es auch bei den GKV-Beitragszahlern. Doch sie fragen sich schon, warum ausgerechnet sie den wohl größten Beitrag zur Haushaltssanierung leisten sollen. Diese einseitige Belastung ist nicht gerecht.



Finanzreserven – das sind rund 16,7 Milliarden Euro bei den Krankenkassen und fast 13,6 Milliarden Euro beim Gesundheitsfonds – in drei Jahren aufgezehrt.

Dabei wird geflissentlich verschwiegen, dass die Krankenkassen zur Bildung von Finanzreserven per Gesetz sogar ausdrücklich verpflichtet sind. Sie sollen über Betriebsmittel in Höhe von 1,5 Monatsausgaben verfügen und Rücklagen in Höhe von ein Viertel bis maximal eine Monatsausgabe bilden. Die derzeit gesetzlich zulässige, theoretische Maximalgröße an Betriebsmitteln und Rücklagen in Höhe von 40 Milliarden Euro ist bei weitem noch nicht ausgeschöpft.

### Steuerzuschuss reicht ohnehin nicht aus

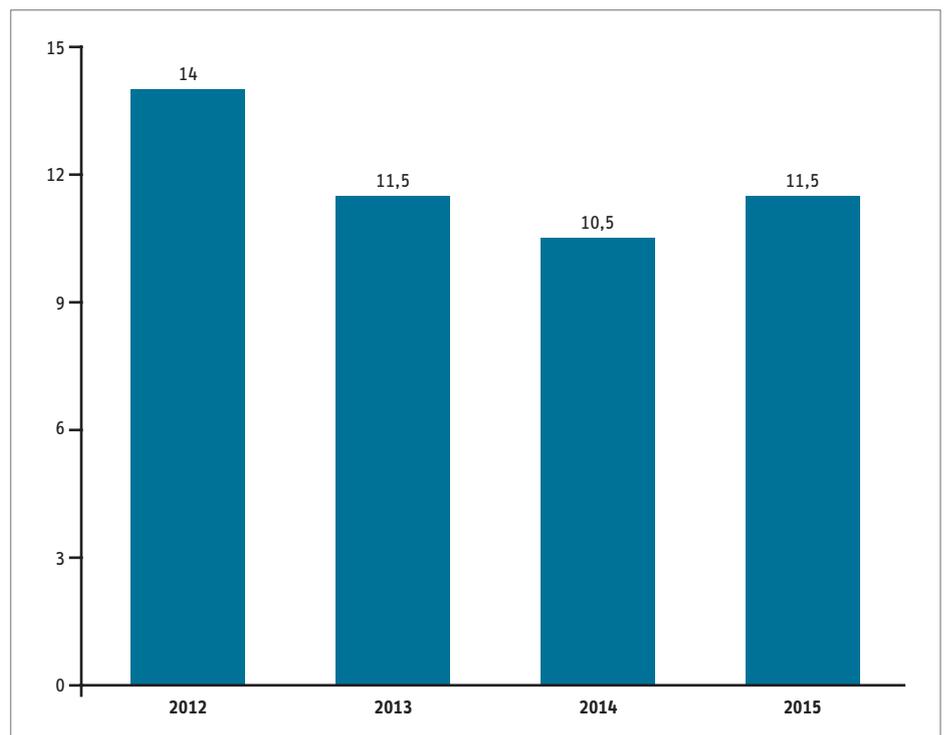
Der Sinn und Zweck des Steuerzuschusses zur GKV ist die Finanzierung versichertenfremder Leistungen. Das sind unter anderem die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehepartnern, Mutterschaftsgeld sowie Krankengeld bei Erkrankung von Kindern. Seit seiner Einführung im Jahre 2004 wurden die ständig steigenden Kosten in diesem Segment jedoch nicht annähernd durch den Bundeszuschuss

gedeckt! Allein 2011 gaben die gesetzlichen Krankenkassen nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes ca. 33,9 Milliarden Euro für versicherungsfremde Leistungen

**»Die GKV-Überschüsse sind das Geld der Versicherten und keine Spielmasse für die Haushaltspolitiker.«**

aus. Der Bundeszuschuss betrug aber lediglich 11,5 Milliarden Euro.

Statt den Bundeszuschuss weiter auszubauen und damit die gesamtgesellschaftlichen Aufgaben wie die kinder- und familienfördernden Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sachgerecht über Steuermittel zu finanzieren, greift die Bundesregierung auf die GKV-Finanzreserven zurück, um den Haushalt zu sanieren. Wie drastisch dieser Eingriff ist, zeigen die Zahlen: Die Kürzung des Bundeszuschusses um 3,5 Milliarden Euro in diesem Jahr macht 11,5 Prozent der GKV-Finanzreserven aus. Das ist das Geld der Versicherten und keine Spielmasse für die Haushaltspolitiker. ■



KÜRZUNGEN DES GKV-BUNDESZUSCHUSSES 2012-2015 (Mrd. Euro)

GRAFIK vdek

# Qualität als Kriterium der Krankenhausplanung

Die Ersatzkassen begrüßen die Absicht der Bundesregierung, den Krankenhausbereich zu reformieren und dabei Qualität als eigenständiges Kriterium der Krankenhausplanung zu etablieren.

Die Qualität der medizinischen Behandlung ist für die Patienten das entscheidende Kriterium bei der Suche nach einem geeigneten Krankenhaus. In der bisherigen Krankenhausplanung dagegen gehört die Qualität nicht zu den Entscheidungskriterien bei der Aufnahme bzw. für den Verbleib einer Klinik im Krankenhausplan. Dieser Widerspruch muss dringend aufgehoben werden. Das fordern die Ersatzkassen. Die derzeit geltenden Planungskriterien wie Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer, Bettennutzung und Einwohnerzahl sollen um den Parameter Qualität ergänzt werden.

## Ergebnisse der Qualitätssicherung berücksichtigen

Eine wichtige Rolle in diesem Reformprozess spielt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und zwar bei der Erarbeitung planungstauglicher Qualitätsindikatoren und -kriterien. Der G-BA hat bereits Qualitätsindikatoren festgelegt, mit deren Hilfe die Qualität von fast 20 Prozent der Leistungen in den deutschen Krankenhäusern gemessen wird. Die Kliniken verfügen über reichlich Erfahrungen mit der Qualitätssicherung. Doch paradoxerweise fließen die Ergebnisse aus diversen Qualitätssicherungsverfahren im Krankenhaus nicht in den Planungsprozess auf Landesebene ein.

Die Schaffung von bundesweiten Kriterien im Krankenhausbereich kann gelingen. Dafür sprechen auch die Erfahrungen im ambulanten Sektor. Hier wurden bundesweite Bedarfsplanungsrichtlinien aufgestellt, die in den Regionen umgesetzt werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll nicht nur neue Qualitätskriterien und -indikatoren formulieren, sondern muss den gesetzlichen Auftrag erhalten, die Ergebnisse der Qualitätssicherung so aufzubereiten, dass diese in den Prozess der Krankenhausplanung überführt werden können.

## Qualität als Reformhebel

Qualität als Kriterium der Krankenhausplanung kann und soll zu einem wichtigen Hebel bei der Umgestaltung der Krankenhauslandschaft werden. Gute Qualität muss sich lohnen. Daher sollen die Krankenkassen künftig die Möglichkeit erhalten, mit den Krankenhäusern, die nachweislich eine überdurchschnittliche Qualität bieten, Selektivverträge zu schließen, die darauf abzielen,



FOTO: Techniker Krankenkasse

Spezialisierung der Kliniken weiter zu fördern. Dagegen müssen die Krankenhäuser, die im Rahmen der Qualitätssicherungsverfahren dauerhaft eine nachweislich schlechte Qualität aufweisen, von der Versorgung ausgeschlossen werden.

Verbindliche Mindeststandards bei der Qualität können auch dabei helfen, die Mengenausweitung medizinischer Leistungen im Krankenhaus besser in den Griff zu bekommen. Eine stärkere Qualitätsorientierung ist auch ein gutes Mittel gegen solche Fehlentwicklungen wie Doppeluntersuchungen, Mehrfachoperationen oder wiederholte Krankenhauseinweisungen.

## Schlechte Qualität ist auszuschließen

Gute Qualität in der medizinischen Versorgung hat ihren Preis. Schlechte Qualität schadet den Patienten und geht zu Lasten der Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Angesichts der knappen Finanzmittel, der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschrittes darf schlechte Qualität nicht nur schlechter bezahlt werden, sondern sollte generell aus der medizinischen Versorgung verschwinden. ■

# Selbstverwaltung stärken Sozialwahl reformieren

Die selbstverwaltete Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zeigt sich als ein krisensicheres und leistungsfähiges Zukunftsmodell. Sie steht für Solidarität und eine bedarfsgerechte, versicherten- und wirtschaftliche Versorgung.

Die soziale Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ein Kernelement der auf Subsidiarität basierenden Demokratie in der Bundesrepublik Deutschland und ein prägender Bestandteil der Mitbestimmung der Versicherten und Beitragszahler. Permanente Aufgabe der Vertreter der sozialen Selbstverwaltung in der GKV ist es, einen Ausgleich herbeizuführen zwischen den berechtigten Interessen der Versicherten, die auf ausreichende und hochwertige Leistungen ihrer Krankenkasse angewiesen sind, und den ebenso berechtigten Interessen der Beitragszahler an einer wirtschaftlichen und sparsamen Mittelverwendung. Auf diesem Weg gelingt es dem selbstverwalteten Gesundheitswesen in Deutschland im Vergleich zu rein marktwirtschaftlich oder rein staatlich gelenkten Systemen in anderen Ländern, eine weitaus hochwertigere und zugleich wirtschaftlichere medizinische Versorgung für ihre Bürger zur Verfügung zu stellen.

Das historisch gewachsene System der sozialen Selbstverwaltung ist durch politische Reformen regelmäßig modernisiert worden. Nach Auffassung der Ersatzkassen soll dieser Weg weiter beschritten werden, um die soziale Selbstverwaltung zukunftsfest zu machen. Sie befürworten eine weitere Modernisierung der sozialen Selbstverwaltung und der Sozialwahlen und stellen in einem Positionspapier ihre Vorschläge für eine solche Reform dar.



DIE FÜHRUNGSRIEGE DER VDEK-SELBSTVERWALTUNG: Der Verbandsvorsitzende Christian Zahn (3. v. l.) und seine Stellvertreter Hansjürgen Schnurr, Holger Langkutsch und Dieter F. Märtnens (v. l. n. r.).

## Entscheidungsspielraum ausbauen

Die Ersatzkassen plädieren für die Stärkung des Selbstverwaltungsprinzips. Im Rahmen der sozialen Selbstverwaltung wird sichergestellt, dass die Versicherten und Beitragszahler an den Entscheidungen der Krankenkassen und ihrer Organisationen beteiligt sind. Die Mitwirkung der Betroffenen ist durch die Sozialwahlen demokratisch legitimiert und sichert praxismgerechte, ökonomisch vertretbare und gesellschaftlich akzeptierte Entscheidungen. Um diese wichtigen Funktionen auch in Zukunft erfüllen zu können, darf der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung nicht weiter eingeschränkt werden. Stattdessen sollte ihr

Verantwortungsbereich ausgebaut werden, indem zum Beispiel die Beitragsätze der Krankenkassen wieder selbstständig und kassenindividuell durch ihre Verwaltungsräte festgesetzt werden.

Überzeugende politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen sind eine wichtige Voraussetzung dafür, die Mitarbeit in der ehrenamtlichen Selbstverwaltung attraktiv zu gestalten und ein möglichst großes Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit in der Selbstverwaltung zu wecken. Dafür sind Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Ehrenamt und Beruf zu ergreifen. Die Ersatzkassen fordern, den gesetzlichen Anspruch auf Arbeitsfreistellung unter Fortzahlung der Bezüge zu stärken. Darüber

hinaus sind angemessene Entschädigungsregelungen sowie akzeptable steuerliche Rahmenbedingungen notwendig. Die Forderung nach mehr Weiterbildungsmöglichkeiten wird von den Ersatzkassen unterstützt.

Die Ersatzkassen unterstützen das Ziel, dass die Verwaltungsräte der Krankenkassen die verschiedenen Bevölkerungsanteile unter ihren Mitgliedern möglichst weitgehend widerspiegeln, um ihre Interessen möglichst vollständig vertreten zu können. Aus ihrer Sicht sollte der Gesetzgeber verschiedene Varianten für die Einführung einer Frauenquote prüfen, um den Frauenanteil in allen Verwaltungsräten der Krankenkassen nachhaltig anzuheben.

### Prinzip der Urwahlen stärken

Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, auch zukünftig an der demokratischen Legitimation der sozialen Selbstverwaltung durch Sozialversicherungswahlen festzuhalten und dabei das Prinzip der demokratischen Urwahlen zu stärken. Die demokratischen Beteiligungsrechte der

Kassenmitglieder dürfen nicht beschnitten werden. Bei den Ersatzkassen werden die Sozialwahlen traditionell als Urwahlen durchgeführt.

Wahlen ohne Wahlhandlung, die sogenannten „Friedenswahlen“, werden insbesondere auf der Seite der Versicherten in der öffentlichen Diskussion hinterfragt. Die Ersatzkassen schlagen vor, das Instrument als solches einer kritischen Überprüfung zu unterziehen und konkrete Maßnahmen zur Förderung von Urwahlen zu ergreifen. Eine grundsätzliche Abschaffung der Wahlen ohne Wahlhandlung halten die Ersatzkassen allerdings nicht für sinnvoll.

Bei der Durchführung von Urwahlen entstehen den Krankenkassen höhere Kosten je Versicherten als bei der Durchführung von Wahlen ohne Wahlhandlung. Im Wettbewerb werden sie damit gegenüber Krankenkassen, die Wahlen ohne Wahlhandlung durchführen, schlechter gestellt. Zur Stärkung des Solidarprinzips und der demokratischen Beteiligungsrechte der Versicherten in der GKV sollten die durch die Sozialwahlen entstehenden Kosten gleichmäßig auf

die Solidargemeinschaft der GKV verteilt werden. Für Kassen, die bisher traditionell Wahlen ohne Wahlhandlung durchgeführt haben, könnte dies ein weiterer Anreiz sein, in Zukunft Urwahlen durchzuführen.

### Einführung von Online-Wahlen

Die Ersatzkassen sehen Online-Wahlen als einen geeigneten Weg an, neue Wählerschichten für eine Teilnahme an den Sozialwahlen zu gewinnen. Sie sprechen sich dafür aus, zusätzlich zur Briefwahl Online-Wahlen bei den Sozialwahlen zu ermöglichen und fordern den Gesetzgeber dazu auf, umgehend einen entsprechenden gesetzlichen Rahmen dafür zu schaffen.

Umfrageergebnisse bestätigen, dass sich vor allem diejenigen Versicherten an den Sozialwahlen beteiligen, die viel über die Arbeit der sozialen Selbstverwaltung wissen. Die Ersatzkassen informieren ihre Versicherten daher im Verlauf der gesamten Sozialwahlperiode durch ihre Internetauftritte und in den Mitgliederzeitschriften über das vielfältige Engagement und die Entscheidungen der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Um die Wahlberechtigten in Zukunft noch besser über die Arbeit ihrer Selbstverwaltungsvertreter zu informieren, stehen die Ersatzkassen allen Vorschlägen offen gegenüber, die die Transparenz gegenüber den Versicherten weiter verbessern können.

Nach Auffassung der Ersatzkassen sollten zudem alle im Ausland wohnenden Mitglieder an den Sozialwahlen teilnehmen dürfen. Die aktuellen Beschränkungen für bestimmte Mitgliedergruppen, die sich nach dem Wohnortstaat der Mitglieder richten, halten die Ersatzkassen nicht mehr für zeitgemäß. Unter Berücksichtigung der ansonsten geltenden gesetzlichen Voraussetzungen, wie zum Beispiel dem Wahlrecht ab 16 Jahren und der Wählbarkeit ab 18 Jahren, sollte eine entsprechende gesetzliche Regelung geprüft werden, um allen im Ausland wohnenden Mitgliedern das Wahlrecht einzuräumen. ■



FOTO: Stylije Malinke/vdek

## Noch nie gab es so viele Ärzte im Freistaat



FOTO: Techniker Krankenkasse

Der seit Jahren anhaltende Zuwachs bei den zugelassenen Ärzten in Bayern ist ungebrochen. Nach Angaben der Bayerischen Landesärztekammer waren am Jahresende 2013 25.321 Ärzte ambulant und 27.918 stationär im Freistaat beschäftigt. Im Zeitraum von 2008 bis 2013 wuchs die Zahl der ambulant tätigen Ärzte um +6,05 Prozent und die der stationär tätigen um sage und schreibe 20,87 Prozent. In beiden Bereichen wurde 2013 ein Rekordzuwachs seit 2008 verzeichnet: +1,55 Prozent im ambulanten und +4,70 Prozent im stationären Sektor. Die bayerische Bevölkerung, um deren medizinische Versorgung sich die Ärzte kümmern, stagnierte im genannten Zeitraum bei rund 12,5 Millionen. Zwischen der Zahl der Einwohner in Bayern und der der Ärzte entwickelt sich seit Jahren eine Schere, die immer weiter auseinander geht. Es ist anzunehmen, dass dieser Trend unter den Bedingungen der neuen Bedarfsplanung bei den niedergelassenen Ärzten weiterhin anhält. Auch die Bezahlung ärztlicher Leistungen in Bayern nimmt im Bundesvergleich den ersten Platz ein. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilte mit, dass bayerische Vertragsärzte 66,56 Euro je Behandlungsfall pro Quartal 2012 bekamen. Das ist ein Plus von 4,5 Prozent gegenüber dem Jahr 2009.

## Klinische Krebsregister in Bayern

Seit einem Jahr ist das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz in Kraft. Ziel des Gesetzes ist es, bundesweit flächendeckend klinische Krebsregister (KKR) auf- und auszubauen. In Bayern wurde dieses Ziel bereits vor dem Inkrafttreten des Gesetzes erreicht.

Im Freistaat erfassen bereits seit dem 1. Januar 2002 sechs klinische Krebsregister (Tumorzentrum Regensburg, Tumorregister München, Tumorzentrum Oberfranken, Tumorzentrum Erlangen-Nürnberg, Tumorzentrum Würzburg, Tumorzentrum Augsburg) Daten über die Krebserkrankungen aus allen Landkreisen und kreisfreien Städten. Diese regionalen Strukturen gelten ab dem 1. Januar 2014 als klinische Krebsregister im Sinne des neuen Gesetzes.

Laut dem Gesetz werden die Betriebskosten der KKR von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert, die eine fallbezogene Pauschale in Höhe von 119 Euro je Neuerkrankungsdokumentation, sogenannte Krebsregisterpauschale, bezahlen. Hinzu kommt die Meldevergütung, die für vollständige Meldungen durch die jeweiligen Leistungserbringer zu erstatten ist. Auf deren konkrete Höhe haben sich der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung noch nicht verständigt. Schätzungsweise werden sich die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für klinische Krebsregister bundesweit auf fast 59 Millionen Euro belaufen.

Um die Krebsregisterpauschale zu erhalten, müssen die KKR bestimmte Förderkriterien erfüllen, die vom GKV-Spitzenverband aufgestellt werden. Die Förderkriterien regeln die organisatorischen und technischen Aspekte der Übermittlung von Abrechnungsdaten zwischen den KKR und den Krankenkassen. Dadurch

soll ein Mindestmaß an Qualität der KKR und deren Daten garantiert werden, so dass eine Nutzung der Daten im Sinne des Gesetzes bundesweit möglich ist.

Die Förderkriterien sind erst ab dem 1. Januar 2018 verbindlich. In der Übergangsphase bis dahin tragen die Krankenkassen die Betriebskosten der klinischen Krebsregister unabhängig von der Erfüllung der Förderkriterien, aber unter der Voraussetzung, dass ein KKR von dem Bundesland für ein festgelegtes Einzugsgebiet als zuständig bestimmt worden ist.

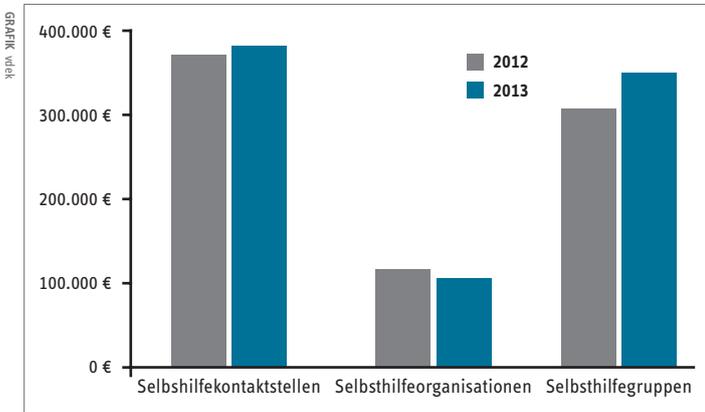
Zudem haben die Krankenkassenverbände eine ergänzende Vereinbarung getroffen bezüglich der elektronischen Abrechnung der registrierten Erkrankungsfälle. Diese ist ab dem 1. Januar 2015 vorgesehen.

Bayern ist das erste Bundesland, in dem die Übergangsabrechnungsregeln umgesetzt werden. In anderen Bundesländern sind entweder noch keine klinischen Krebsregister etabliert oder die vorhandenen Strukturen noch nicht im Sinne des Gesetzes angepasst wurden.

Der Verband der Ersatzkassen hat sich gemeinsam mit der AOK Bayern und der Knappschaft mit den bayerischen KKR darauf verständigt, diese bis zur Einführung der elektronischen Abrechnung mit pauschalierten Abschlagszahlungen, jeweils fällig zum Quartalsende, zu finanzieren. Mit dieser unbürokratischen und nahtlosen Finanzierungslösung sind eine reibungslose Tätigkeit der sechs bayerischen klinischen Krebsregister und die Kontinuität der Dokumentation gesichert. ■

## SELBSTHILFE

## vdek steigert 2013 erneut die Förderung



ERNEUTE STEIGERUNG der Selbsthilfeförderung durch die Ersatzkassen

Im Rahmen der kassenartenübergreifenden Förderung leistet der Verband der Ersatzkassen in Bayern jedes Jahr einen gewichtigen Beitrag zur Stärkung und Weiterentwicklung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe. Gefördert wird die Tätigkeit von Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen. Auch im Jahr 2013 gab der vdek zu diesem Zweck erneut 5,28 Prozent mehr Geld aus als im Vorjahr – insgesamt 839.000 Euro.

Besonders erfreulich ist die Tatsache, dass die örtlichen Selbsthilfegruppen, der wesentliche und wichtigste Teil der Selbsthilfebewegung, einen kräftigen Zuwachs der Förderung 2013 erlebten. Sie erhielten vom vdek einen Zuschuss in Höhe von 209.500 Euro. Das ist ein Plus von fast 22 Prozent gegenüber 2012. Das Fördergeld ging direkt an die Selbsthilfegruppen als institutionelle oder Projektförderung. Indirekt wurde die örtliche Ebene der Selbsthilfe mit 141.000 Euro (Plus 3,87 Prozent zum Vorjahr) vom vdek unterstützt. Dieses Geld erhielten 12 Runde Tische in Bayern, die eine unbürokratische und effiziente Gruppenförderung ermöglichen.

Der vdek förderte die bayerischen Selbsthilfeorganisationen 2013 pauschal mit 106.500 Euro. Das ist weniger als 2012, da sowohl die Zahl der Förderanträge als auch das beantragte Fördervolumen Jahr zurückgegangen waren. Der Förderung der Selbsthilfeorganisationen erfolgte nach Bedarf und ohne Kürzung der förderwürdigen Anträge.

Die Selbsthilfekontaktstellen erhielten vom vdek im Jahr 2013 mehr als 362.000 Euro als pauschale Förderung. Das entspricht einem Zuwachs von 3,57 Prozent gegenüber 2012. Die Projektförderung der Selbsthilfekontaktstellen war zurückgegangen. Die Gründe dafür sind die gleichen wie bei der Förderung der Selbsthilfeorganisationen. Insgesamt belief sich die Projektförderung der Selbsthilfekontaktstellen auf fast 19.800 Euro.

## LANDESBASISFALLWERT

## 260 Millionen Euro mehr für die Krankenhäuser in Bayern

Für das Jahr 2014 haben die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Bayerische Krankenhausgesellschaft einen Landesbasisfallwert in Höhe von 3.188 Euro vereinbart. Der abzurechnende Landesbasisfallwert erhöht sich damit um 3,17 Prozent gegenüber dem Vorjahr.

Diese Erhöhung stellt den bayerischen Krankenhäusern 2014 ein Gesamtausgabenvolumen von über 9,4 Milliarden Euro in Aussicht. Das sind rund 260 Millionen Euro mehr als im Jahre 2013. Die Erhöhung des Landesbasisfallwertes wurde von einer Reihe von Förder- und Finanzierungsmaßnahmen flankiert. Dazu gehören unter anderem ein Versorgungszuschlag, die Berücksichtigung der Tarifierhöhungen und die Maßnahmen zur Verbesserung der Hygiene. Dadurch haben sich die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die 329 Akutkliniken im Freistaat erheblich und nachhaltig verbessert.

Seit der erstmaligen Verhandlung des Landesbasisfallwertes im Jahr 2005 ist der Wert von 2.710,50 auf nunmehr 3.188,00 Euro gestiegen. Dies entspricht einem Plus von über 17 Prozent.

## VERTRÄGE

## Ärztliche Honorare 2014

Die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns haben den Honorarvertrag 2014 geschlossen. Danach steigt die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MVG), die etwa drei Viertel aller vertragsärztlichen Leistungen ausmacht, um 3,1 Prozent oder um 120 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr. Die übrigen medizinischen Behandlungen durch Vertragsärzte werden nach Einzelleistungen außerhalb des Budgets (EGV) vergütet. Bei einem Verhältnis zwischen der MVG und EGV von drei zu eins steigt die Gesamtvergütung der bayerischen Ärzte um 2,5 Prozent. Dabei ist die Mengenentwicklung der EGV-Leistungen, die außerhalb des Budgets gezahlt werden, noch nicht berücksichtigt. Das Finanzvolumen für förderungswürdige Leistungen wurde gegenüber 2013 um vier Millionen auf 17 Millionen Euro angehoben. Damit werden Zuschläge für bestimmte haus- und fachärztliche Leistungen wie beispielsweise Psychiatrische und Psychotherapeutische Gesprächsleistungen, Schmerztherapie oder dringende Besuche in Heimen finanziert. Außerdem werden mit diesen Mitteln einige MGV-Leistungen wie Onkologie sowie die Polysomnographie finanziell gestützt.

**BÜCHER**

## Wirtschaftslage der Krankenhäuser

Der Krankenhaus Rating Report erscheint jährlich, analysiert Bilanzen und wirtschaftliche Lage deutscher Krankenhäuser und bietet empirisch abgesicherte Erkenntnisse über die Entwicklung des Krankenhausmarktes. Er sucht nach Erfolgsfaktoren für Krankenhäuser, widmet sich der Frage, wie die Krankenhausversorgung in Regionen mit schrumpfender Bevölkerung und rückläufigen Ressourcen gewährleistet werden kann, und diskutiert Konsequenzen für Krankenhäuser aus der Konsolidierung auf der Krankenkassenseite.



Augurzky, Krolp, Hentschker, Pily, Schmidt  
**Krankenhaus Rating Report 2013**  
 – Krankenhausversorgung zwischen Euro-Krise und Schuldenbremse  
 2013, 216 S., € 298,95, medhochzwei Verlag, Heidelberg

## Mengenentwicklung im Krankenhaus

Krankenhäuser haben nur begrenzte Möglichkeiten, auf die Preise für ihre Leistungen Einfluss zu nehmen. Umso bedeutsamer ist es für sie, die Patientenzahlen in ökonomisch attraktiven, planbaren Leistungssegmenten zu steigern, um dadurch den Umsatz zu erhöhen. Die Fallzahlen im Krankenhaus nehmen seit Jahren konstant zu – allerdings je nach Krankheit und Behandlungsbereich in unterschiedlichem Ausmaß. Welche Gründe verbergen sich hinter diesem Phänomen? Namhafte Autoren beantworten relevante Fragen zur Mengenentwicklung.



Klauber, Geraedts, Friedrich, Wasem (Hg.)  
**Krankenhaus-Report 2013**  
 – Mengendynamik: mehr Menge, mehr Nutzen?  
 2013, XXII, 542 S., € 54,95, Schattauer Verlag, Stuttgart

**STATISTIK**

## vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2013/2014

Die Gewichte zwischen den Kassenarten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben sich in den letzten Jahren zugunsten der Ersatzkassen verschoben. Mehr als 26 Millionen Menschen, also über 37 Prozent der Versicherten in Deutschland, sind in einer der sechs Ersatzkassen – BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse - KKH, HEK - Hanseatische Krankenkasse, hkk – versichert. Diese und viele weitere gesundheitspolitisch interessante Daten und Fakten liefert die 18. Auflage der Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2013/2014“, herausgegeben vom Verband der Ersatzkassen.

In insgesamt fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Finanzen, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) werden neben Finanz- und Versicherungstendenzen auch die jeweiligen Leistungserbringerbereiche (z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Heil- und Hilfsmittel) mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten. Alle Darstellungen der Broschüre können von der vdek-Webseite (<http://www.vdek.com/presse/daten.html>) im JPG-Format heruntergeladen werden. Mit Hilfe eines QR-Codes, der auf der Broschüre aufgedruckt ist, können zudem alle Darstellungen direkt auf mobile Endgeräte (Smartphones und Tablets) von der vdek-Webseite abgerufen werden. Die Printausgabe der Broschüre kann unter [basisdaten@vdek.com](mailto:basisdaten@vdek.com) oder Fax: 030 / 2 69 31 - 29 15 bestellt werden.

**JAHRESSCHWERPUNKTAKTION**

## Diabetes bewegt uns!

FOTO: Bundesign - Fotolia.com



**D**ie diesjährige Themenschwerpunktaktion des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege startet unter dem Motto „Diabetes bewegt uns!“ am 16. Mai 2014. Ihr Ziel ist es, das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit zu sensibilisieren und zu zeigen, dass Diabetes durch eine gesunde Lebensweise wirksam vorgebeugt werden kann. Diese Botschaft richtet sich an die ganze Bevölkerung. Den Risikogruppen wie Menschen mit Übergewicht oder Schwangere soll bewusst gemacht werden, dass möglichst frühe Diagnose für die Prävention und Behandlung von Diabetes von großer Bedeutung ist. Und den Erkrankten soll deutlich gemacht werden, dass sich durch gute Therapie und Selbstmanagement Spätschäden von Diabetes vermeiden und Lebensjahre gewinnen lassen. Die Ersatzkassen sind bei der Jahresschwerpunktaktion aktiv dabei.

**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](mailto: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