

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE **ÄRZTLICHE BEDARFSPLANUNG** Bayern bleibt überversorgt | **HILFSORGANISATION** Prominente Sportler für organ Kranke Kinder | „**BE A SOCIALIZER**“ Fabian Girschick gewinnt den Wettbewerb

BAYERN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2016

VDEK

3,4 Millionen Menschen in Bayern vertrauen den Ersatzkassen



FOTO: Photobank - Fotolia.com

Die Zahl der Ersatzkassenversicherten in Bayern erreichte 2016 eine Größenordnung von fast 3,4 Millionen. Das ist ein Prozent mehr als im Vorjahr. Noch stärker ist der Zuwachs bei den Mitgliedern der Ersatzkassen (das sind Beitragszahler ohne mitversicherte Familienmitglieder) und zwar ein Plus von 1,9 Prozent. Die Ersatzkassen zählen aktuell 2,63 Millionen Mitglieder im Freistaat. Die erfreuliche Wachstumsphase hält bereits sechs Jahre an. In diesem Zeitraum gewannen die Ersatzkassen in Bayern 325 Tausend neue Mitglieder (+14,1 Prozent) beziehungsweise rund 390 Tausend Versicherte (+12,9 Prozent). Dadurch konnte der Marktanteil der Ersatzkassen im Freistaat um 1,8 Prozentpunkte ausgeweitet werden. Die Zugewinne dokumentieren das große Vertrauen der Versicherten in die Leitungskraft der Ersatzkassen.

MORBIDITÄTSORIENTIERTER RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

Finanzausgleich unter den Krankenkassen reformieren!

Der Finanzausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen, sprich der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, verkürzt Morbi-RSA genannt, verfehlt zunehmend sein Ziel, für faire Wettbewerbsbedingungen zu sorgen und allen Krankenkassen gleichwertige Startvoraussetzungen zu verschaffen.

Die Entscheidung des Gesetzgebers, den Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Mitte der 90er Jahre frei zu geben, war revolutionär. Seit 1996 dürfen alle Versicherten ihre Krankenkasse frei wählen. Um in diesem Wettbewerb möglichst faire Bedingungen für alle Krankenkassen zu gewährleisten, wurde vom Gesetzgeber ein Risikostrukturausgleich (RSA) geschaffen. Beim Umverteilen der Beitragsgelder unter den Krankenkassen orientierte sich der RSA an drei Indikatoren der Morbidität: dem Alter, dem Geschlecht und dem Erwerbsminderungsstatus.

Als ein lernendes System wurde der RSA im Laufe der Zeit mehrfach angepasst und nachjustiert, um die Wettbewerbsverzerrungen zu beseitigen und die Risikoselektion zu unterbinden. Eine entscheidende Zäsur in der Entwicklung des Risikostrukturausgleichs brachte das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz im Jahr 2009. Die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung wurde von nun an über den Gesundheitsfonds gesteuert und dieser wiederum durch einen

erweiterten Verteilungsmechanismus, den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich ergänzt.

Der Finanzausgleich erhielt einen zusätzlichen Indikator – die Morbidität –, daher auch der neue Name Morbi-RSA: Mit der Berücksichtigung von 80 ausgewählten Krankheiten sollte der Versorgungsbedarf von Versicherten bei kostenintensiven chronischen oder schweren Erkrankungen besser abgebildet werden. Bei der Einführung der Morbidität als Risikofaktor war man jedoch nicht konsequent: Die Zuschläge aus dem RSA für die Versicherten, die in einem zugelassenen strukturierten Behandlungsprogramm (Disease Management-Programm, DMP) eingeschrieben waren, wurden nicht abgeschafft. Das verursachte im weiteren Verlauf Fehlsteuerungen im Morbi-RSA, die sich über Jahre hinweg kumuliert haben. Diese und andere verzerrende Effekte führten schließlich dazu, dass die Wettbewerbsverzerrungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung zunahmen.

Anschaulich lässt sich das an der Entwicklung der sogenannten Deckungsquote



Der Morbi-RSA geht alle an!



von
DR. RALF LANGEJÜRGEN
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Bayern

FOTO: vdek

Trotz seines sperrigen Namens und seiner schwer nachvollziehbaren Verteilungsalgorithmen geht der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich jedes Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung an! Seitdem die Beitragsgelder in den Gesundheitsfonds fließen und von dort aus an die Krankenkassen in Form von Zuweisungen verteilt werden, ist die Funktionstüchtigkeit des Verteilungsmechanismus von entscheidender Bedeutung. Bekommt eine Krankenkasse zu wenig Geld zugewiesen, wird sie auf Dauer in finanzielle Nöte geraten. Ihr wird das Geld fehlen, um die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu finanzieren. In Zeiten der begrenzten Beitragssatzautonomie bleibt ihr nur eine Möglichkeit, die fehlenden Finanzmittel zu akquirieren: Den Zusatzbeitragssatz zu erhöhen. Das führt automatisch zu einer Zusatzbelastung für die Versicherten und zu oft gravierenden Mitgliederbewegungen zwischen den Krankenkassen. Die Benachteiligung einer Krankenkasse im Morbi-RSA bekommen ihre Versicherten zu spüren. Es wird höchste Zeit, die Wettbewerbsverzerrungen, die durch einen fehlerhaft justierten Morbi-RSA entstehen, abzubauen. Deshalb der Appell an die Politik: Schaffen Sie faire und gerechtere Wettbewerbsbedingungen und nehmen Sie sich den Interessen der betroffenen Kassen und ihrer Versicherten an.



der Krankenkassen ablesen. Die Deckungsquote dokumentiert, wie genau die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds den Versorgungsbedarf einer Krankenkasse decken. Seit 2009 gehen die Über- und die Unterdeckungen zwischen den Kassenarten zunehmend auseinander. Während die AOKn im Jahre 2014 (das letzte abgerechnete Jahr) 888 und die Knappschaft 35 Millionen Euro „überdeckt“ waren, lag die Unterdeckung bei den Ersatzkassen bei 433, bei den Betriebskrankenkassen bei 335 und bei den Innungskrankenkassen bei 155 Millionen Euro. Die Spreizung von mehr als 1,3 Milliarden Euro (zwischen der größten Über- und Unterdeckung) ist ein sicheres Indiz dafür, dass mit dem Umverteilungsmechanismus im Morbi-RSA etwas nicht stimmt.

Besonders problematisch ist, dass sich die Differenz zwischen der Überdeckung der AOKn und der Unterdeckung der Ersatzkassen von mehr als 1,3 Milliarden Euro unmittelbar auf die Höhe des Zusatzbeitragssatzes auswirkt. Als ein Beispiel sei hier nur die AOK Sachsen-Anhalt genannt. Dank der hohen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds und den regional bedingten unterdurchschnittlichen Leistungsausgaben steht diese Krankenkasse – trotz überdurchschnittlich hoher Verwaltungskosten – besser im Wettbewerb dar als andere Krankenkassen. Die Mitbewerber mit den negativen Deckungsquoten werden benachteiligt und geraten unter finanziellen Druck, den die Beitragszahler unmittelbar über höhere Zusatzbeitragssätze zu spüren bekommen.

Fest davon überzeugt, dass die Fehlentwicklungen im Morbi-RSA schnell und nachhaltig beseitigt werden müssen, plädieren die Ersatzkassen für die Fortentwicklung des Finanzausgleichs und unterbreiten einen Paket von Reformmaßnahmen. Mit diesem Reformpaket wollen die Ersatzkassen ihre strukturell bedingte Benachteiligung im Morbi-RSA spürbar reduzieren. Ein Ziel, das im unmittelbaren Interesse der Ersatzkassenversicherten liegt und zudem zu einer deutlichen Vereinfachung und Entbürokratisierung

des Morbi-RSA führen dürfte. Im Folgenden werden die Ersatzkassenvorschläge dargestellt, die schnell und wirksam umgesetzt werden könnten.

Wegfall von Zuschlägen bei der Erwerbsminderungsrente

Seit der Einführung der Morbiditätsorientierung des RSA ist die Berücksichtigung der Erwerbsminderungsrenten systemfremd und daher hinfällig. Die Zuschläge für die Erwerbsminderungsrentner (EMG-Zuschläge) dienen ursprünglich dazu, die krankheitsbedingt höheren Ausgaben einer Krankenkasse für die Betroffenen zu kompensieren. Diese Zuschläge fungierten als indirekter Morbiditätsindikator im alten RSA. Im Morbi-RSA kann auf sie verzichtet werden, weil die krankheitsbedingten Ausgabenbelastungen über das Morbiditätskriterium direkt erfasst werden und ein Großteil der Erwerbsminderungsrentner mindestens an einer Krankheit leidet, die bereits durch die Krankheitsauswahl im Morbi-RSA berücksichtigt wird.

Die EMG-Zuschläge haben außerdem einen Gerechtigkeitsmangel. Die Bezieher der Erwerbsminderungsrente leiden zwar oft an komplexen gesundheitlichen Problemen, doch nicht alle Menschen mit komplexen gesundheitlichen Problemen beziehen eine Erwerbsminderungsrente. Selbständige oder Nicht-Berufstätige können keine Erwerbsminderungsrente beziehen. Die Krankenkassen mit vielen Selbständigen oder Nicht-Berufstätigen werden im Wettbewerb benachteiligt, da sie keine EMG-Zuschläge für diese Versicherten erhalten. Die ungerechtfertigte Schlechterstellung dieser Krankenkassen wirkt nachhaltig wettbewerbsverzerrend.

Wegfall der DMP-Pauschale

Aus dem Gesundheitsfonds erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungskosten-Pauschale für jeden an einem DMP teilnehmenden Versicherten. Allein die Tatsache, dass diese Pauschale lediglich die

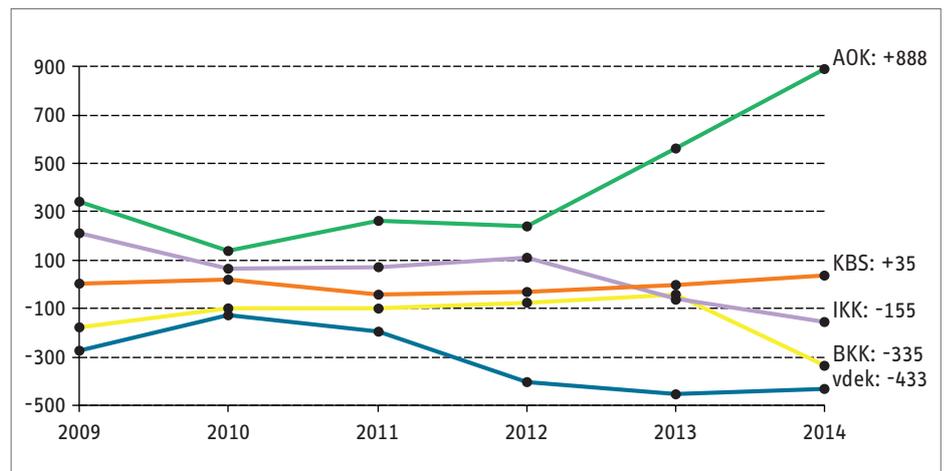
Verwaltungskosten ausgleicht und nicht zur Bestimmung der Morbidität beiträgt, macht sie überflüssig. Außerdem werden durch die DMP-Zuschläge die Krankenkassen für bestimmte Krankheiten zweimal vergütet.

Bei der Einführung der Disease-Management-Programme sollte die DMP-Pauschale eine Art Anschlagfinanzierung leisten. Doch mittlerweile sind die strukturierten Behandlungsprogramme ein fester Bestandteil der medizinischen Versorgung. Die DMP-Pauschale als Anreizfaktor für verbesserte morbiditätsorientierte Programme ist nicht mehr notwendig. Und auch hier gibt es ein Gerechtigkeitsproblem: Alle anderen besonderen Versorgungsformen wie zum Beispiel Selektivverträge erhalten keinen Sonderzuschlag aus dem Gesundheitsfonds. Eine dauerhafte DMP-Pauschale führt zu einer ungleichen Privilegierung einer Versorgungsform, die eigentlich nur eine vertragliche Umsetzung von Richtlinien darstellt.

Regionalisierung auf Kreisebene

Die Kosten der medizinischen Versorgung variieren von Region zu Region sehr stark. Sie sind überproportional hoch in den Ballungsräumen und im Gegensatz dazu in den ländlichen Gebieten eher unterdurchschnittlich. Die Versorgungsstrukturen und Preise in den Bundesländern sind für die Krankenkassen nicht beeinflussbar. Das ausdifferenzierte fachärztliche und heilberufliche Angebot mit hochspezialisierten Kliniken und Krankenhäusern in den Großstädten schafft sich seine Nachfrage. Folglich sind die Ausgaben der Krankenkassen hier wesentlich höher als auf dem Lande. Benachteiligt werden dadurch die Krankenkassen mit vielen Versicherten in den Städten.

Der heutige Morbi-RSA gleicht nur die alters-, geschlechts- und krankheitsbedingten Unterschiede aus. Es findet aber kein Ausgleich von angebotsseitigen und strukturbedingten Unterschieden statt. Es handelt sich hier um einen Konstruktionsfehler: Bei der Einrichtung



GKV-DECKUNGSGRAD NACH DEN MORBI-RSA-KRITERIEN für alle ausgleichsfähigen Ausgabe in Mio. EUR 2009-2014

QUELLE: vdek, Berechnungsbasis: RSA-Jahresausgleich 2014, durch BVA

des Morbi-RSA wurde ausschließlich an den Faktor Mensch gedacht und der Faktor Struktur übersehen. Die Versorgungsrealität stellt einen maßgeblichen Faktor dar, der die Ausgabenhöhe der Krankenkassen bestimmt und von denen nicht beeinflusst werden kann. Daher muss er im Morbi-RSA berücksichtigt werden.

In der politischen Diskussion um die Regionalkomponente im Morbi-RSA hat sich vor allem der Freistaat Bayern sehr deutlich positioniert. Ein wissenschaftliches Gutachten lieferte die Argumente dafür. In Erweiterung der Einschätzung der bayerischen Politik vertreten die Ersatzkassen die Position, dass die Regionalkomponente nicht auf Bundesländerebene, sondern auf Kreisebene zur Geltung kommen sollte. Nur so kann man die regionalen Unterschiede präziser erfassen und im Morbi-RSA abbilden.

Umstellung der Prävalenzgewichtung

Die im Morbi-RSA berücksichtigten 80 Krankheiten wurden anhand von drei Kriterien ausgesucht: (1) Durchschnittskosten der Krankheit je Versicherten, (2) die Krankheitsschere und (3) die Kostenintensität. Die Praxis hat gezeigt, dass diese Kriterien nicht zielgenau und – viel schlimmer – manipulationsanfällig sind. Die entscheidende Frage bei der Auswahl der Krankheiten sollte lauten: Was ist eine kostenintensive Krankheit? Eine, die in der Einzelbehandlung besonders teuer ist, wie

bei seltenen Erkrankungen, oder eine, die erst durch die große Anzahl der Fälle hohe Kosten verursacht, wie die sogenannten Volkskrankheiten?

Derzeit werden die seltenen Krankheiten mit individuell sehr hohen Kosten im Morbi-RSA vernachlässigt. Für viele kostenintensive Erkrankungen erhalten die Krankenkassen gar keine Zuschläge, während die Zuschläge für die Volkskrankheiten flächendeckend gezahlt werden. Das führt dazu, dass die Krankenkassen wenig Anreiz haben, in die Prävention der Volkskrankheiten zu investieren.

Die Ersatzkassen plädieren für die Umstellung der Prävalenzgewichtung hin zu besonders kostenintensiven Krankheiten. Dies würde die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA deutlich reduzieren. Denn leichte Erkrankungen bieten einen größeren Spielraum bei der Kodierung als schwere Erkrankungen und sind deshalb eher anfällig für Upcoding-Strategien.

Hochrisikopool

Mit der Forderung nach der Umstellung der Prävalenzgewichtung ist inhaltlich der Vorschlag der Ersatzkassen verbunden, ein Hochrisikopool einzurichten. Gemeint ist ein von den Krankenkassen solidarisch aufgebautes und finanziertes Finanzvolumen, aus dem die Kosten der extrem teuren Krankheiten gedeckt werden sollen. Im heutigen Morbi-RSA werden die in solchen Fällen entstehenden Ausgaben nicht





annähernd abgedeckt. Besonders kleinere Krankenkassen können durch solche Hochkostenfälle an die Grenze ihrer wirtschaftlichen Belastbarkeit geraten.

Die Ersatzkassen schlagen vor, ein Hochrisikopool einzurichten, der die Fallkosten ab 100.000 Euro ausgleicht. Für die Krankenkassen gilt ein Selbstbehalt von 20 Prozent. Der Schwellenwert und der Selbstbehalt sollen dafür sorgen, dass für die Krankenkassen weiterhin Anreize für wirtschaftliches Verhalten bestehen.

Neuregelung bei Auslandsversicherten

Im Jahr 2014 hat der Gesetzgeber eine Zwischenlösung für die Berechnung der Zuweisungen für im Ausland lebende Versicherte gefunden. Demnach werden die gesamten Zuweisungen für Auslandsversicherte auf die GKV-weit insgesamt entstandenen Kosten begrenzt. Das war ein richtiger Schritt, da er einen Teil der Überdeckungen abgebaut hat, die aus den oft deutlich günstigeren Behandlungskosten im Ausland herrühren.

Dennoch bleiben auf der Kassenebene wettbewerbsverzerrende Überdeckungen bestehen, nämlich wenn die Auslandsversicherten aufgrund des Vergütungsniveaus in ihrem Aufenthaltsland unterdurchschnittliche Kosten verursachen. Daneben sind systematische Unterdeckungen in den Fällen möglich, in denen Versicherte in Ländern mit höheren Behandlungskosten als der Durchschnitt leben.

Die Krankenkassen haben praktisch keine Möglichkeit, auf die Behandlung im Ausland und ihre Kosten Einfluss zu nehmen. Daher schlagen die Ersatzkassen vor, die Zuweisungen auf die tatsächlichen von der Deutschen Verbindungsstelle im Ausgleichsjahr beglichenen Rechnungen pro Land zu reduzieren. Das ist die gerechteste und praktikabelste Variante.

Mit den aufgeführten Reformvorschlägen verbinden die Ersatzkassen einen dringenden Appell an die Politik, zeitnah die Wettbewerbsverzerrungen im Morbi-RSA abzubauen. ■

Bayern bleibt überversorgt

Neben dem Zulassungsrecht ist die Bedarfsplanung das wesentliche Instrument zur Steuerung der ärztlichen Versorgung. Die reformierte Bedarfsplanung hat aber bislang weder beim Abbau der Überversorgung noch bei der Lösung der Verteilungsprobleme in Bayern einen spürbaren Beitrag geleistet.

Seit ihrer Einführung 1992 orientierte sich die Bedarfsplanung über fast 20 Jahren weitgehend an den Landkreisgrenzen. In den Landkreisen wurde die Zahl der Ärzte ermittelt, die für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig war, die wiederum in konkreten Verhältniszahlen (Anzahl der Einwohner pro Arzt) ausgedrückt wurde.

Ein Vergleich zwischen den Soll- und Ist-Verhältniszahlen dokumentiert den Versorgungsgrad im Bedarfsplanungsgebiet: Der Versorgungsgrad von 100 Prozent dokumentiert eine ausreichende Präsenz von niedergelassenen Ärzten in dem jeweiligen Planungsbereich. Bei einem Versorgungsgrad von über 110 Prozent spricht man von Überversorgung. Als unterversorgt gelten bei den Hausärzten die Bedarfsplanungsbereiche mit einem Versorgungsgrad unter 75 Prozent und bei den Fachärzten – von unter 50 Prozent. Sowohl die Über- als auch die Unterversorgung werden im zentralen Steuerungsgremium der ärztlichen Bedarfsplanung, im Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen, formal festgestellt.

Vor etwa dreieinhalb Jahren wurde die ärztliche Bedarfsplanung an die neuen Lebens- und Versorgungsverhältnisse in Deutschland angepasst. Ab dem 1. Januar 2013 galt die Modifizierte Bedarfsplanungsrichtlinie. Neu waren im Wesentlichen folgende Punkte: (1) für die Hausärzte galten kleinere Planungsräume als bisher; (2) die Zahl der beplanten Arztgruppen stieg auf 23; (3) die Facharztgruppen wurden in eine allgemeine, eine spezialisierte und eine gesonderte Versorgung gegliedert; (4) die Verhältniszahlen wurden verändert und (5)

die Bedarfsplanung vor Ort durfte von den bundesweiten Vorgaben abweichen, wenn sich die Ärzte und Krankenkassen in den Ländergremien darüber einig waren.

Das Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 enthielt einige Neuregelungen in der Bedarfsplanung. An dieser Stelle sei nur eine davon erwähnt: Eine neue Grenzwertzahl wurde eingeführt, nämlich 140 Prozent. Bei diesem Überversorgungsgrad sollen die Zulassungsausschüsse die Anträge der Ärzte und Psychotherapeuten ablehnen, eine Praxis zu übernehmen, falls ihre Fortführung für die ärztliche Versorgung nicht erforderlich ist.

Über die ärztliche Versorgung in Bayern nach der damals geltenden Bedarfsplanungs-Richtlinie haben wir seinerzeit berichtet (Ersatzkassen in Bayern, September 2008, S. 4-5). Unser Befund war eindeutig: die ärztliche Versorgungsdichte im Freistaat war schon damals beachtlich. In der überwiegenden Zahl der Bedarfsplanungsbereiche – sowohl im haus- als auch im fachärztlichen Bereich – herrschte Überversorgung.

Wie haben sich nun die gesetzlichen Neuregelungen in der ärztlichen Bedarfsplanung in Bayern ausgewirkt? Dieser Frage wollen wir anhand der Zahlen aus dem „Ärzteatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten“ nachgehen, der aktuell vom Wissenschaftlichen Institut der AOK veröffentlicht wurde.

In den Jahren 2006 bis 2015 hat sich die Versorgungsdichte in Bayern insgesamt von 402 auf 478 berufstätige Ärzte pro 100.000 Einwohner erhöht. Ein sattes Plus von knapp 19 Prozent! Bezogen auf die niedergelassenen Ärzte liegt die

Versorgungsdichte in Bayern traditionell deutlich höher als im Bundesdurchschnitt. Nur die Stadtstaaten hatten 2006 eine höhere Versorgungsdichte als Bayern. Im Jahr 2015 ist Saarland auf Platz vier – vor Bayern – vorgerückt. Das ist damit zu erklären, dass die Statistik 2015 die psychologischen Psychotherapeuten nicht berücksichtigt hatte. Ansonsten wäre die Platzierung Bayerns 2015 unverändert wie 2006. Die Versorgungsdichte bei niedergelassenen Ärzten in Bayern liegt mit 182 pro 100.000 Einwohner ein ganzes Stück weit über dem Bundesdurchschnitt von 178.

Während die Versorgungsdichte die Relation der Anzahl der Ärzte pro 100.000 Einwohner wiedergibt, zeigt der Versorgungsgrad das Verhältnis zwischen den Ist- und Soll-Bedarfsplanungszahlen. Deutschland gilt mit 131,1 Prozent Gesamtversorgungsgrad rechnerisch als überversorgt. Mit 137 Prozent ist Bayern das am stärksten ärztlich versorgte Flächenbundesland, nur in den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen ist diese Kennzahl höher.

Sowohl bei Hausärzten als auch bei allen fachärztlichen Gruppen (allgemeine, spezialisierte und gesonderte Versorgung) liegt der Versorgungsgrad bei über 110 Prozent und gilt als Indiz für Überversorgung. Zudem liegen die Versorgungsgrade bei den Hausärzten und den Fachärzten der allgemeinen Versorgung (mit Ausnahme von Kinderärzten) höher als die Versorgungsgrade im Bundesdurchschnitt.

Hausärztliche Versorgung

Seit der Einführung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie hat sich die Zahl der hausärztlichen Planungsbereiche in Bayern von 79 auf 159 verdoppelt. Der Gesamtversorgungsgrad in Bayern mit 116,2 Prozent ist deutlich höher als im Bundesdurchschnitt (109,6 Prozent). Nur Berlin und Hamburg rangieren vor Bayern im bundesweiten Vergleich.

Von 159 hausärztlichen Planungsbereichen sind 105 überversorgt, in drei davon liegt der Versorgungsgrad sogar über 150 Prozent. Die Quote der überversorgten

Planungsbereichen liegt 2015 bei 66 Prozent. Im Jahr 2006 waren es nur 62 Prozent! Die Spitzenreiter bundesweit (Top 5 der Planungsbereiche) sind Pocking/Ruhstorf a. d. Rott (184 Prozent), Oberstdorf (178,8 Prozent) und Uffenheim (152 Prozent). Nur in einem einzigen hausärztlichen Planungsbereich in Bayern liegt der Versorgungsgrad unter 75 Prozent.

Nach der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie fehlten 38,6 Hausärzte in Bayern im Jahr 2015. Zugleich wurden 1.249,5 Hausärzte gezählt, die in den bayerischen Planungsbereichen über der Soll-Grenze praktizieren. Per Saldo besteht also bei den Hausärzten in Bayern ein planerischer Überhang von rund 1.210 Hausärzten. In keinem anderen Bundesland ist diese Zahl so hoch! In Deutschland insgesamt sind 4.597,2 Hausärzte über Soll zugelassen, das heißt, fast jeder vierte davon praktiziert in Bayern. 11 von 20 hausärztlichen Planungsbereichen bundesweit mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent befinden sich im Freistaat.

Allgemeine fachärztliche Versorgung

Zu den allgemeinen Fachärzten gehören zehn Facharztgruppen. Die Umstellung der Bedarfsplanung hat bei der vorherrschenden Überversorgung in diesen Facharztgruppen kaum etwas verändert (siehe Tabelle unten). Über all diese Facharztgruppen gerechnet hat sich die Zahl der

überversorgten Planungsbereichen von 732 im Jahr 2006 auf 719 im Jahr 2015 verringert. Das heißt, die Überversorgung herrscht in 91 Prozent aller allgemein fachärztlichen Planungsbereiche. Und in 40 Prozent von diesen Planungsbereichen herrscht signifikante Überversorgung: der Versorgungsgrad liegt hier höher als 140 Prozent. Die Zahl der unterversorgten Planungsbereiche ging in diesem Zeitraum von drei auf zwei zurück.

In der allgemeinen fachärztlichen Versorgung in Bayern fehlen sage und schreibe 21,1 Fachärzte (in den zehn Facharztgruppen insgesamt), während 3.443,1 Fachärzte nach den bedarfsgerechten Planungskriterien nicht erforderlich sind. Zudem hat man in Bayern mit einem merkwürdigen Phänomen zu tun. Fast in allen allgemein fachärztlichen Gruppen erreichen die bayerischen Planungsbereiche im Bundesvergleich die Spitzenplätze. Gleichzeitig liegen die Schlusslichter, die Planungsbereiche mit den niedrigsten Versorgungsgraden, ebenfalls in Bayern. Die folgenden Beispiele zeigen, wie weit diese Schere in einzelnen Facharztgruppen auseinander klappt.

Augenärzte: Unter den Top fünf der bundesweit überversorgten Planungsbereiche befinden sich die Stadt Würzburg (262,0 Prozent), der Landkreis Miesbach (198,7 Prozent) und die Stadt Fürth (197,1 Prozent). Zu den Schlusslichtern zählt der Landkreis Kronach mit 57,2 Prozent.

Facharztgruppe	Versorgungsgrad		Von 79 Planungsbereichen				Versorgungsgrad > 140 Prozent
			unterversorgt		überversorgt		
	Bund	Bayern	2006	2015	2006	2015	
Augenärzte	124,1	128,3	0	0	59	70	15
Chirurgen	170,0	170,4	0	0	77	76	47
Frauenärzte	125,3	127,4	0	0	69	70	10
HNO-Ärzte	128,0	131,9	0	1	70	67	19
Hautärzte	134,0	142,3	1	1	75	70	34
Kinderärzte	149,5	143,4	1	0	75	74	34
Nervenärzte	135,9	136,8	1	0	75	76	28
Orthopäden	138,1	157,5	0	0	78	78	42
Psychotherapeuten	160,3	163,2	0	0	78	68	29
Urologen	135,4	139,9	0	0	76	70	32

ÜBERVERSORGUNG bei allgemeinen Fachärzten.



BAYERN



Chirurgen: Den niedrigsten Versorgungsgrad bundesweit weist der Landkreis Haßberge (83,2 Prozent) aus. Es fehlen in ganz Bayern 0,4 Chirurgen, wobei 239,9 Chirurgen über dem Planungs-Soll praktizieren, 206,4 davon in überversorgten Planungsbereichen.

Frauenärzte: Die Versorgungsgrade in den Landkreisen Rhön-Grabfeld (89,3 Prozent) und Kronach (88,3 Prozent) sind die zweitbeziehungsweise drittniedrigsten bundesweit, aber auch in dieser Facharztgruppe gibt es per Saldo bayernweit eine Überversorgung von 328,4 Frauenärzten.

HNO-Ärzte: Unter den Top fünf der Planungsbereiche bundesweit befinden sich die Landkreise Bad Tölz-Wolfratshausen (243,5 Prozent), Starnberg (235,6 Prozent) und Fürth (210,2 Prozent). Zu den fünf Planungsbereichen mit den niedrigsten Versorgungsgraden gehören die Landkreise Main-Spessart (52,3 Prozent) und Wunsiedel (42,3 Prozent, unterversorgt). Es fehlen 5,6 HNO-Ärzte, während 110,3 ihrer Kollegen in den überversorgten Planungsbereichen arbeiten.

Hautärzte: Zu den Top fünf der Planungsbereiche bundesweit gehören der Landkreis Miesbach (258,7 Prozent), die Stadt Würzburg (244,7 Prozent) und der Landkreis Berchtesgadener Land (230,4 Prozent). Der unterversorgte Landkreis Haßberge (48,2 Prozent) hat den niedrigsten Versorgungsgrad bundesweit. Den fehlenden 4,9 Hautärzten in Bayern stehen 43,8 Hautärzte in den Planungsbereichen mit dem Versorgungsgrad von über 140 Prozent gegenüber.

Kinderärzte: Unter den Top fünf der Planungsbereiche bundesweit sind die Landkreise Garmisch-Partenkirchen (262,7 Prozent) und Starnberg (257,4 Prozent). Unter den fünf letztplatzierten bundesweit sind drei Landkreise aus Bayern: Rhön-Grabfeld (85,3 Prozent), Kronach (76,7 Prozent) und Bad Kissingen (71,5 Prozent). Bayern braucht 2,3 Kinderärzte, hat aber bereits 259,6 Kinderärzte über dem Bedarfsplanungs-Soll zu viele.

Nervenärzte: Über den bundesweit zweithöchsten Versorgungsgrad verfügt die Stadt Fürth (301,3 Prozent)! 186,8 Nervenärzte in

Bayern sind nach der Bedarfsplanungs-Richtlinie über Soll.

Orthopäden: Bayern hat bundesweit den höchsten Versorgungsgrad in der Bundesrepublik – 157,5 Prozent. Unter den Top fünf der Planungsbereiche bundesweit sind die Landkreise Miesbach (283,2 Prozent), Weilheim-Schongau (241,7 Prozent) und Rosenheim (223,3 Prozent). Planungstechnisch hat Bayern 339,3 Orthopäden über Soll.

Psychotherapeuten: Unter den Top fünf der Planungsbereichen bundesweit sind die Landkreise Dachau (481,4 Prozent) und Starnberg (415,1 Prozent). Über dem planerischen Bedarf sind 1.469 Psychotherapeuten in Bayern tätig.

Urologen: Unter den Top fünf der Planungsbereichen bundesweit sind die Landkreise Neuburg-Schrobenhausen (226,3 Prozent) und Mühldorf am Inn (221,3 Prozent). Zu den fünf letztplatzierten bundesweit gehört Landkreis Bad Kissingen (87,0 Prozent). Es fehlen 0,3 Urologen bayernweit. Zugleich sind 117 Urologen über dem Soll niedergelassen.

Die Situation in der spezialisierten und in der gesonderten fachärztlichen Versorgung lässt sich mit einem Wort beschreiben: Überversorgung. Bei den vier Gruppen der spezialisierten Fachärzten liegt der Gesamtversorgungsgrad zwischen 111,5 (Kinder- und Jugendpsychiater) und 237,0 Prozent (Fachinternisten), bei den acht Gruppen der gesonderten Fachärzte – zwischen 115,5 (Laborärzte) und 191,3 Prozent (physikalische und rehabilitative Mediziner).

In keiner von diesen 12 Facharztgruppen (mit Ausnahme von den Kinder- und Jugendpsychiater) fehlen Ärzte in Bayern. Den fehlenden 12,8 Kinder- und Jugendpsychiatern stehen 10 ihrer Kollegen in überversorgten Planungsbereichen. Und nirgendwo in Deutschland gibt es so viele Kinder- und Jugendpsychiater wie in Würzburg: Versorgungsgrad 384,0 Prozent!

Fazit

Das oben dargelegte Zahlenmaterial ist eindeutig und bestätigt die Tatsache, dass

in Bayern weiterhin eine ärztliche Überversorgung herrscht. Die neue Bedarfsplanung hat daran nichts geändert und wider Erwarten keinen Beitrag dazu geleistet, die Überversorgung abzubauen zu helfen. Zugleich aber hat sie eine immense Überversorgung (Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad von mehr als 140 Prozent) sichtbar gemacht.

Die Ergebnisse der Analyse dokumentieren vor allem die strukturellen Verteilungsprobleme in den ärztlichen Versorgungsbereichen deutlich. Die Politik ist aufgefordert, endlich dafür zu sorgen, dass die massiven Ungleichgewichte in der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Ärzteschaft konsequent abgebaut werden. Das eigentliche Problem ist nicht der „Ärztmangel“, sondern die angemessene, bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte. Hier muss dringend etwas geschehen! ■

REKORD: 1 MRD. EURO PRO TAG

Auf den ersten Blick kann man es kaum glauben, aber in Deutschland belaufen sich die Gesundheitsausgaben mittlerweile auf durchschnittlich rund 1.000.000.000 Euro pro Tag. Dieser Wert lässt sich einer aktuellen Erhebung des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales entnehmen. Die Gesundheitsausgaben in Höhe von 365 Milliarden Euro sind mit Abstand der größte Posten im Sozialbudget der Bundesrepublik.

Insgesamt stiegen die Sozialausgaben trotz günstiger Konjunkturerwicklung und trotz niedriger Arbeitslosenquote 2015 weiter kräftig an und erreichten 888,2 Milliarden Euro. Das sind 38,4 Milliarden Euro oder 4,5 Prozent mehr als im Jahr zuvor. Diesem Anstieg stand eine Steigerung des Bruttoinlandsprodukts von lediglich 3,8 Prozent gegenüber. Damit wachsen die Sozialausgaben in Deutschland im vierten Jahr hintereinander schneller als die Volkswirtschaft insgesamt.

Prominente Sportler für organkranke Kinder

Jedes Jahr sind Hunderte von Eltern mit einer schlimmen Diagnose konfrontiert: Ein Organ ihres Kindes hat versagt und nur eine Transplantation kann sein Leben noch retten.

Text: Klaus Wolfermann, Olympiasieger und Botschafter der Kinderhilfe Organtransplantation

Zu jeder Zeit warten in Deutschland mehr als 10.000 Menschen auf ein lebensrettendes Organ, darunter viele Kinder. Sie verstehen oft gar nicht, was mit ihnen passiert ist. In den vergangenen 18 Jahren sind in Deutschland rund 5.000 Kinder und Jugendliche transplantiert worden. Um sie und ihre Familien kümmert sich die Kinderhilfe Organtransplantation e.V. (KiO) – bis heute die einzige übergreifende Hilfsorganisation für organkranke Kinder in Deutschland.

Als einer der „Sportler für Organspende“ habe ich 2004 zusammen mit mehr als 100 weiteren Olympiasiegern, Weltmeistern und Europameistern, betroffenen Eltern und unter der Führung unserer Vereinsgründer Hans Wilhelm Gäb und Hartwig Gauder KiO mit ins Leben gerufen. Wir haben damals gesehen: Familien mit organkranken Kindern haben – anders als krebserkrankte Kinder – keine Lobby und Hilfe für sie ist dringend notwendig.

Kinder, die auf ein Organ warten, sind besonders stark von den Folgen ihrer Erkrankung betroffen. Anders als Erwachsene leiden sie unter Entwicklungsverzögerungen und noch mehr unter der Isolation in der Klinik. Neben der eigentlichen Transplantation ist eine psychische Unterstützung enorm wichtig.

Auf die Eltern stürzt mit der schlimmen Diagnose ein Berg von Fragen ein: Wer kann uns beraten? Wie bewältigen wir die Kosten? Wie wird unser Kind mit der Transplantation fertig? Hier setzt die Arbeit von KiO an. Führende Transplantationsmediziner im KiO-Kuratorium beraten uns.

Oft bedroht die Erkrankung die wirtschaftliche Existenz der Eltern. Besuchsfahrten oder Übernachtungen in Kliniknähe



FELIX nach einer geglückten Transplantation.

werden häufig nicht übernommen. Solche Mehrbelastungen und Verdienstaufschläge können Familien in finanzielle Not bringen. Für die oft komplexen Fälle hat KiO einen Hilfsfonds eingerichtet, um betroffene Kinder und ihre Familien in besonderen Notlagen unbürokratisch zu unterstützen. KiO bezahlt bedürftigen Familien beispielsweise Zuschüsse zu Fahrtkosten, Hotelkosten, Wohnungs-Notstände, Verdienstaufschlag, Haushaltshilfen, Geschwister-/Kinder-Betreuung oder Umzugshilfe.

Woche für Woche treffen bei KiO Anträge auf finanzielle Unterstützung ein. Ein Beispiel ist die herztransplantierte Jule: Die 13-Jährige musste wegen einer schweren Herzmuskelerkrankung Ende 2015 transplantiert werden. Alles klappte gut, gesundheitlich war Jule schnell wieder auf dem Damm. Die Ärzte gaben den Eltern allerdings eine klare Anweisung: Ein einfach zu reinigender Bodenbelag muss in die Altbau-Wohnung. Das geschwächte Immunsystem Transplantiertes erfordert

ein hygienisch einwandfreies Umfeld. Der von den finanziell nicht auf Rosen gebetteten Eltern beantragte Zuschuss musste von der Pflegekasse leider abgelehnt werden. So sprang KiO ein: Wir finanzierten das Laminat, die Verlegung besorgte der handwerklich geschickte Vater.

Ein anderes konkretes Beispiel für Hilfe sind die von KiO organisierten und für die Betroffenen komplett kostenfreien Freizeiten. Hier gewinnen die Kinder neues Vertrauen in ihren Körper und tauschen sich untereinander aus. Dabei hilft ein eigens entwickeltes Programm mit Outdoor-Aktivitäten. Die Eltern sprechen bei den Familienprogrammen mit anderen Betroffenen, erhalten Hilfestellung und Beratung im Umgang mit ihrem transplantierten Kind. Die Mutter von Felix berichtete uns: „Wir konnten mit anderen Eltern und mit Therapeuten sprechen. Vielleicht haben wir auch deshalb das alles ganz gut verkraftet. Felix geht es heute sehr gut. Er hat sein normales Leben wieder, wenn man von den vielen Medikamenten absieht. Dafür sind wir sehr dankbar.“

KiO bietet ebenso Hilfestellungen für den Alltag nach der Transplantation. So steht transplantierten Jugendlichen mit dem KiO Phone eine Anlaufstelle bei allen für sie relevanten Fragen und Problemen bereit. Darüber hinaus können sie mit der kostenlosen KiO App die nach einer Organübertragung notwendigen Medikamente selbst verwalten.

KiO erhält keine staatlichen Gelder und ist allein auf Spenden und Mitgliedsbeiträge angewiesen. Wir sind für jede Unterstützung dankbar (Spendenkonto: IBAN DE 64 5502 0500 0008 6200 30) und informieren im Detail unter www.kiohilfe.de. ■

BÜCHER

Abrechnungsbetrug ambulanter Pflegedienste

Die Autorin beleuchtet das Problem des Abrechnungsbetrugs durch ambulante Pflegedienste, ein Thema, das immer mehr ins Visier der Ermittlungsbehörden gerät. Sie untersucht die strafrechtlich relevanten Konstellationen und ergänzt die bisherige Literatur zum Abrechnungsbetrug von Vertragsärzten, indem sie insbesondere das aktuelle ärztliche Abrechnungssystem unter die Lupe nimmt.



Kerstin Badorff
Abrechnungsbetrug von ambulanten Pflegediensten und Vertragsärzten.
Recht und Medizin Band 123,
2016, XXV, 186 S., € 54,95,
Peter Lang, Bern

Problembeschreibung und Reformvorschläge

Dieses Buch behandelt die Probleme des Gesundheitssystems und entwirft ein neues Modell: GKV und PKV werden durch ein integriertes Krankenversicherungssystem ersetzt; eine einheitliche Bürgerpauschale beseitigt die willkürliche Umverteilung, die Solidarität wird auf die wirklich Bedürftigen konzentriert. Das neue Gesundheitssystem soll der Forderung von SPD und Grünen nach Abschaffung der PKV folgen und bestehende Ungleichgewichte beseitigen.



Dr. Hannes Merten
Das deutsche Gesundheitssystem – unheilbar krank?
2015, 228 S., € 9,90
BoD – Books on Demand,
Norderstedt: Hannes Merten,
München

„BE A SOCIALIZER“

Ein Bayer gewinnt den Wettbewerb



FOTO vdek

VDEK-VERBANDSVORSITZENDER Christian Zahn beglückwünscht Fabian Girschick.

Fabian Girschick, 17, aus dem schwäbischen Jettingen-Scheppach hat den Wettbewerb „Be a Socializer“ gewonnen, der von den sechs Ersatzkassen und ihrem Verband gemeinsam mit der Deutschen Rentenversicherung bundesweit ausgeschrieben wurde. Ziel des Wettbewerbes war es, das ehrenamtliche Engagement von Jugendlichen zu fördern und zu würdigen. Die Teilnehmer waren aufgefordert, über ihre persönlichen Erfahrungen oder Situationen zu berichten, in denen sie Solidarität gezeigt und gesellschaftliche Verantwortung übernommen haben. Mit dem „Best Socializer Award“ wurde das Projekt „The power of socialisation: 3,500 Euro for disadvantaged people“ ausgezeichnet. 2012 hat der damals 13-jährige Fabian Girschick angefangen, von Prominenten signierte Gegenstände zweimal im Jahr im Internet zu versteigern. Außerdem organisierte er Wohltätigkeitsveranstaltungen. Die Einnahmen in Höhe von über 3.500 Euro spendete Fabian Girschick an gemeinnützige Organisationen. Das erfolgreiche Engagement von Fabian Girschick zeigt auf beeindruckende Weise, wie aus einer schlichten Idee eine großartige soziale Tat wird.

MELDUNG

Bündnis Organspende Bayern



FOTO SINGP

Die Ersatzkassen und ihr Verband sind Gründungsmitglieder des Bündnisses Organspende Bayern. Gemeinsam mit weiteren fast 60 Verbänden und Organisationen, zu denen Vertreter von gesundheitspolitischen Institutionen, Kirchen, Sozialverbänden und Medien gehören, wollen sie sich dafür einsetzen, dass sich eine Kultur der Organspende im Freistaat entwickelt. Die Bündnispartner wollen ihre Aktivitäten bündeln, um die Menschen für dieses schwierige Thema zu sensibilisieren. Es ist wichtig, dass jeder Bürger im Freistaat die Bedeutung der Organspende für die Lebensrettung erkennt und die Chance bekommt sich für die Organspende zu entscheiden. Denn die Warteliste in Bayern umfasst derzeit fast 1.500 Menschen, die ein neues Organ dringend brauchen. Dagegen gab es 2015 nur 139 postmortale Organspenden.

IMPRESSUM

Herausgeber

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