

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE APPELL Patienten vor OPs aus rein ökonomischen Gründen schützen | INTERVIEW mit der neuen vdek-Vorstandsvorsitzenden Ulrike Elsner | AUSZEICHNUNG vdek-Zukunftspreis

HAMBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2012

FOTO-AUSSTELLUNG

„Wieder gesund?!“



FOTO Jessica Prausch, Hamburg

LOUISE M., 11 JAHRE ALT, Lebensfreude trotz neuromuskulärer Erkrankung

Der vdek hat anlässlich seines 100. Geburtstags den Fotowettbewerb „Wieder gesund?!“ gestartet. Wie gehen junge Fotodesigner mit den Themen Gesundheit, Krankheit und Fürsorge um? Eine Frage, auf die es viele Antworten gibt, das zeigen die rund 360 eingereichten Fotos. Sie sind berührend, ausdrucksstark und provokant. Der Umgang mit schwerer Krankheit wird gezeigt, thematisiert wird aber auch die Lebensfreude trotz einer Erkrankung. Die drei besten Einsendungen erhielten ein Preisgeld im Gesamtwert von 4.500 Euro. Den zweiten Platz belegt die Hamburger Studentin Susanne Paasch mit ihrer Fotoserie „Mutter“. Von den sechs Ehrenpreisen gingen gleich vier an Studentinnen aus der Hansestadt. Aus den besten Beiträgen wurde eine Wanderausstellung konzipiert, die vom 17. Dezember 2012 bis zum 10. Januar 2013 im Hamburger Rathaus zu sehen sein wird.

ARZTHONORARE

Wehklagen auf hohem Niveau

Hamburger Ärzte behaupten, ihre Honorare seien unverschämte niedrig, andere Akademiker verdienten viel mehr, Mediziner im westlichen Ausland erst recht. Dies alles sind Mythen: Ärzte in Hamburg zählen zu den Gutverdienern, auch international.

Je öfter ich etwas sage, desto wahrer wird es. Nach dieser Devise scheinen zahlreiche Ärztesfunktionäre zu handeln, wenn es um Aussagen zu ihrer Einkommensentwicklung geht. Ständig ist dieselbe Litanei zu hören: Mediziner verdienen in Deutschland deutlich weniger als andere Akademikergruppen und rangierten im internationalen Vergleich mit ihren Einkommen abgeschlagen am unteren Ende, heißt es. Ebenso gerne wird darauf verwiesen, dass deutsche Ärzte massenhaft ins Ausland oder in die Pharmaindustrie abwanderten, wo sie höhere Vergütungen und paradiesische Arbeitsbedingungen erwarteten.

Auch in Hamburg stoßen die Funktionäre ins gleiche Horn: Kaum war etwa die Einigung über das ärztliche Honorar 2012 erzielt, machte die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg Stimmung mit Begriffen wie „Honorarmisere“ oder „40 Prozent Zwangsrabatt“. Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung, ließ verlauten: „Die Honorarverhandlungen für 2013 müssen (...) von uns mit allen Mitteln, laut vernehmbar begleitet werden, um den Krankenkassen und der Politik klar zu machen, dass

wir weitere solcher unverschämten Honorierungen nicht hinzunehmen bereit sind!“

Sind die Arzteinkommen tatsächlich so niedrig und die Arbeitsbedingungen so schlecht, dass sich damit kein angemessener Lebensstandard finanzieren lässt? Wie stehen die niedergelassenen Mediziner in der Hansestadt im bundesweiten Vergleich da? Und wie im Vergleich zu anderen freien Berufen mit akademischem Hintergrund oder zur Durchschnittsbevölkerung?

Die Beantwortung dieser Fragen ist kein leichtes Unterfangen, denn der Jahresverdienst eines niedergelassenen Mediziners unterliegt natürlich dem Steuergeheimnis und wird selten in Gänze statistisch erfasst oder hochgerechnet. Wir haben einmal diejenigen Daten betrachtet, die der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen und relevante Aussagen zulassen. Da gibt es zum einen Erhebungen des Statistischen Bundesamtes und die Berichte des sogenannten Bewertungsausschusses. Bei dem Ausschuss handelt es sich um ein gemeinsames Gremium von Krankenkassen und Ärzten. Beide Seiten verabschieden die Berichte gemeinsam – das „Schönen“ von Zahlen zugunsten einer der beiden Gruppen ist damit sehr unwahrscheinlich.



Alles ein Problem der Verteilung



von
KATHRIN HERBST
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Hamburg

Ein guter Arzt erbringt sehr hochwertige und hochqualifizierte Leistungen für seine Patienten. Dafür hat er eine angemessene Bezahlung verdient. Fest steht auch, dass Neiddebatten überflüssig sind. Dies vorangestellt, muss trotzdem die Frage erlaubt bleiben, welche Einkommenssteigerungen angemessen sind – im Vergleich der Arztgruppen, im Vergleich mit anderen Akademikern und mit Arzteinkommen in anderen Industrieländern. Klar ist, dass es bei den Hamburger Kassenärzten eine ungleiche Verteilung auf hohem Durchschnittsniveau zwischen Haus- und Fachärzten gibt. Beide haben eine sehr anspruchsvolle Ausbildung durchlaufen. Trotzdem liegen ihre Verdienste sehr weit auseinander. Ein Hausarzt kann schon neidisch werden auf das Einkommen seines radiologischen Fachkollegen. Nirgends sind die Unterschiede so groß wie in Hamburg – eine Unwucht, die allein die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) beseitigen kann, denn die KVH setzt mit zwei speziellen Instrumenten – der sogenannten Euro-Gebührenordnung und dem Honorarverteilungsmaßstab – den Rahmen, innerhalb dessen die Gelder an alle Ärzte verteilt werden. Nur die Vereinigung selbst kann daher die als ungerecht empfundene Verteilung zwischen den einzelnen Arztgruppen ändern.



ÄRZTEINKOMMEN IM INTERNATIONALEN VERGLEICH*

Land	Hausärzte	Spezialisten
USA	3,7 ¹ /3,3 ²	5,6 ¹ /4,1 ²
Niederlande	3,1 ¹	7,6 ¹ /3,5 ²
Schweiz	2,7 ¹	3,0 ¹
Kanada	3,1 ¹	4,7 ¹
Deutschland	3,3 ¹	4,1 ¹
Großbritannien	4,2 ¹	4,3 ¹
Frankreich	2,6 ¹	4,5 ¹
Finnland	1,8 ²	2,5 ²
Schweden	2,2 ²	2,5 ²

QUELLE: OECD, Health at a Glance, 2009; Letzte verfügbare Einkommen

* Verhältnis zur durchschnittlichen Wirtschaftskraft eines Einwohners (Bruttoinlandsprodukt pro Kopf)

¹ Selbstständige Ärzte ² Angestellte Ärzte

Mit den Daten aus dem Bewertungsausschuss haben wir wie folgt gerechnet: Zuerst ging es um die Ermittlung des sogenannten „Reinertrags“ je Arztgruppe in Hamburg. Mit diesem Begriff ist die Summe gemeint, die sich ergibt, wenn man von allen Einkünften, die der Arzt aus der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten erzielt, seine gesamten Praxiskosten abzieht. Unter die Praxiskosten fallen zum Beispiel die Gehälter der Mitarbeiter, die Mieten der Praxisräume und die Kosten für Geräte. Danach zeigt sich folgendes Bild: Der durchschnittliche Reinertrag über alle Arztgruppen beträgt 104.158 Euro. Die am besten verdienenden Arztgruppen sind die Radiologen mit 185.827 Euro und dann schon mit großem Abstand die Augenärzte mit 120.609 Euro und die Kinder- und Jugendmediziner mit 118.238 Euro. Der Wert für die Radiologen ist aus unserer Sicht erstaunlich, denn der Wert lässt sich nicht aus den teuren Geräten erklären. Die Gerätekosten sind Praxiskosten und daher bereits abgezogen worden. Es handelt sich übrigens um ein Hamburger Phänomen: Die Reinerträge von Radiologen in der Hansestadt liegen im bundesweiten Vergleich ganz oben. Die Reinerträge von Berliner oder Bremer Fachkollegen bewegen sich jeweils nur knapp über 100.000 Euro. Ein Hamburger Radiologe erzielt damit einen um rund 80 Prozent höheren Reinertrag als seine Kollegen in den beiden anderen Stadtstaaten. Am unteren Ende der

durchschnittlichen Reinerträge in Hamburg liegen die Allgemeinmediziner mit 81.374 Euro, die Chirurgen mit 93.828 Euro und die Urologen mit 96.749 Euro. Daraus wird klar: Fachärzte verdienen in Hamburg deutlich besser als Hausärzte.

Da vielen der Begriff „Reinertrag“ fremd ist und kaum Vergleiche zulässt, haben wir eine weitere Rechnung aufgemacht. Ziel war es, sich der Summe anzunähern, die am Monatsende auf das Konto ausgezahlt wird – also dem monatlichen Nettoeinkommen. Dazu haben wir in einem ersten Schritt den Reinertrag ergänzt um die sonstigen Einnahmen, die ein durchschnittlicher Arzt bezieht – etwa die Einkünfte aus der Behandlung von privat Versicherten, aus Selbstzahlerleistungen von gesetzlich Versicherten, bekannt als IGeL-Leistungen, oder aus der Arbeit für andere Kostenträger wie zum Beispiel für die Renten- und Unfallversicherung oder als gerichtlicher Gutachter.

Neben diesen zusätzlichen Einkunftsquellen sind aber auch Aufwendungen zu berücksichtigen, die bei der Ermittlung des Reinertrages außer Acht gelassen werden. Niedergelassene Ärzte sind heute meistens selbstständige Unternehmer. Daher müssen sie eigenständig ihre Rente ansparen und sich krankenversichern. Das Äquivalent zur gesetzlichen Rentenversicherung ist der allgemeine Versorgungsbeitrag, den der niedergelassene Arzt an die Ärztekammer Hamburg entrichtet. Der Höchstbeitrag

im Jahr 2010 betrug 13.134 Euro. Für Ärzte gibt es in der privaten Krankenversicherung spezielle Arzttarife. Ein Tarif mit einem guten Leistungspaket, zum Beispiel Zweibettzimmer und Chefarztbehandlung, ist für 4.011 Euro Jahresbeitrag zu haben. Auch Einkommenssteuer und Solidaritätszuschlag sind fällig. Um die Steuer zu berechnen, mussten Annahmen über den Familienstand des Durchschnittsarztes getroffen werden. Für unser Rechenbeispiel sind wir daher von einem verheirateten Arzt ohne Kinder ausgegangen, dessen Ehefrau über kein eigenes Zusatzeinkommen verfügt. Mit diesen Angaben kann das monatliche Nettoeinkommen eines niedergelassenen Arztes in Hamburg berechnet werden. Es ergibt sich folgendes Ergebnis: Die Spitzenverdiener im Durchschnitt sind die Radiologen mit einem monatlichen

Nettoeinkommen von 16.641 Euro, gefolgt von den Dermatologen und Augenärzten mit 9.733 bzw. 8.955 Euro Monatsnettoeinkommen. Am unteren Ende der Einkommensskala stehen Allgemeinmediziner mit 5.215 Euro und die Kinder- und Jugendmediziner mit 7.497 Euro.

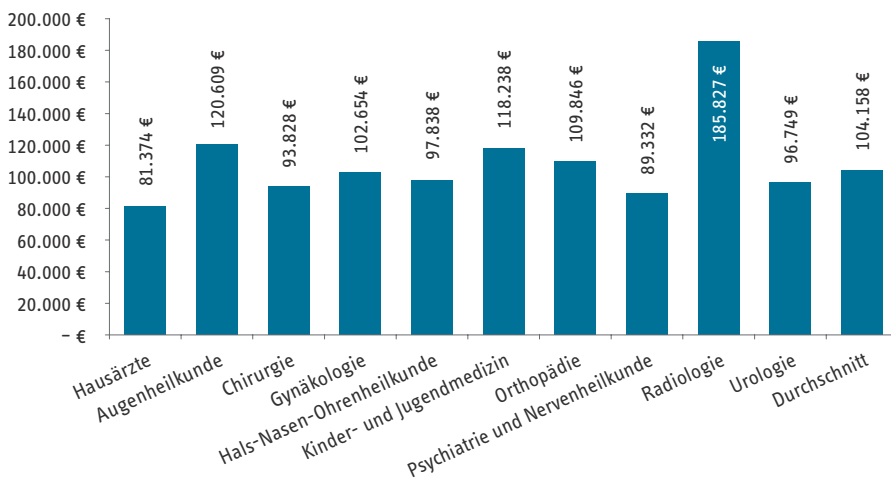
Untersuchen lässt sich auch, wie sich Ärzte in Sachen Honorar zu anderen freien Berufsgruppen in der Hansestadt stellen. Nur wenige erzielen höhere Einkünfte als die Ärzte. Es handelt sich beispielsweise um die kleine Gruppe der Notare. Ein Hamburger Lotse gehört sicher auch zu den Gutverdienern, kann aber mit einem Orthopäden nicht im Entferntesten mithalten. Besonders anschaulich ist auch der Vergleich zu Rechtsanwälten oder Journalisten. Sicher gibt es dort Branchen-Stars mit weit überdurchschnittlichen

Einkünften, aber die Gruppe in Gänze kann bei weitem nicht das Einkunfts-niveau der unterschiedlichen Arztgruppen erreichen. Noch dazu haben Ärzte, das hat nicht zuletzt die Euro-Krise gezeigt, über die gesetzliche Krankenversicherung eine weitgehend krisensichere Einkommensquelle, was man von anderen selbständigen Akademikern in verantwortungsvollen Positionen nur in den seltensten Fällen sagen kann.

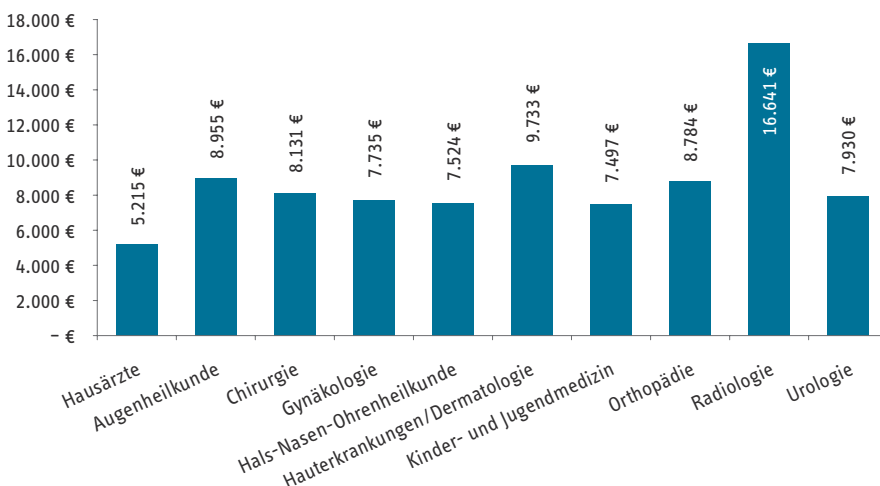
Unbestreitbar ist: In allen Gruppen gibt es große Einkommensunterschiede zwischen den Spitzenverdienern und der großen Gruppe der geringer Verdienenden. Bei den Ärzten wird jedoch über die Honorare aus der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei denjenigen niedergelassenen Mediziner ein angemessenes Basisniveau erreicht, die unterdurchschnittliche Einkünfte erzielen. Zieht man diesen Sachverhalt in Betracht, genauso wie die zum Teil sehr hohen Einkünfte der weit über dem Durchschnitt verdienenden Ärzten je Fachgruppe, lässt sich mit Fug und Recht sagen: Ärzte in Hamburg sind Gutverdiener. Auch und gerade im Vergleich zu anderen freien Berufen.

Ein letzter Blick, diesmal über die deutschen Grenzen. Verdienen Ärzte in anderen Ländern wirklich besser? Nach den aktuellsten, 2009 veröffentlichten Angaben der OECD zumindest nicht. Danach ergibt sich folgendes Bild: Ein deutscher Hausarzt erzielt das 3,3fache des Bruttoinlandsprodukt pro Kopf. Nur in Großbritannien und den USA verdienen Hausärzte noch besser im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt. Bei den Fachärzten gibt es einige Länder, in denen diese in Relation noch besser abschneiden als hierzulande – aber es gibt auch Länder wie die Schweiz, Frankreich und Schweden, in denen die Einkommensrelation hinter Deutschland zurückfällt. Die Behauptung, deutsche Ärzte lägen mit ihren Einkommen international weit abgeschlagen am unteren Ende, ist daher falsch. Sie ist ein Mythos – einer von vielen, mit denen ein immer rasanterer Honoraranstieg gerechtfertigt werden soll. ■

REINERTRAG VERSCHIEDENER ARZTGRUPPEN IN HAMBURG 2010



DURCHSCHNITTLICHES NETTOMONATSEINKOMMEN VON ARZTGRUPPEN IN HAMBURG 2010



QUELLE: Eigene Berechnungen anhand von Daten des Berichts des Bewertungsausschusses (2010) des Städtischen Bundesausschusses und des Abgaberechners des Bundesministeriums der Finanzen

„Bei der Qualität der Versorgung gibt es Verbesserungspotential“

Seit Mitte Juli 2012 hat der vdek eine neue Vorstandsvorsitzende: Ulrike Elsner. Die 47-jährige Juristin ist seit rund 18 Jahren für den Verband tätig, zuletzt als Leiterin der Abteilung Ambulante Versorgung. Im Interview äußert sie sich zu künftigen Schwerpunkten ihrer Arbeit.

Interview: Stefanie Kreiss

vdek Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Wahl als Vorstandsvorsitzende! Sie haben im Rahmen Ihrer bisherigen Tätigkeit beim vdek besonders die Vertragspolitik der Ersatzkassen mitgeprägt, sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene. Wo wollen Sie künftig Schwerpunkte setzen?

Ulrike Elsner Mein Anliegen ist es nach wie vor, die medizinische Versorgung der Versicherten nach Qualitäts- und Nutzenaspekten zu gestalten. Das gilt für alle Sektoren im Gesundheitswesen. Hier erwarten uns im Hinblick auf die demografischen Veränderungen erhebliche Herausforderungen. Mit der älter werdenden Bevölkerung werden sich auch die Anforderungen an die medizinische Versorgung verändern. Bei der Qualität der medizinischen Versorgung gibt es Verbesserungspotential. Ich erwarte einiges von der Umsetzung der sektorübergreifenden Qualitätssicherung. Handlungsbedarf besteht zudem beim indikationsgerechten Einsatz von Untersuchungsmethoden. Wir sind in vielen Bereichen Weltmeister, was die Anzahl der Untersuchungsleistungen betrifft. Auch Untersuchungen sind Eingriffe in den Körper. Sie können Gefährdungspotential enthalten und sollten nur durchgeführt werden, wenn sie notwendig sind.

vdek Das Thema IGeL-Leistungen wird im Entwurf der Bundesregierung zum Patientenrechtegesetz nicht berücksichtigt. Wollen sich die Ersatzkassen damit abfinden?

U.E. Nein, hier besteht noch deutlicher Handlungsbedarf für den Gesetzgeber. Die Versicherten müssen objektiv über die Inhalte und den Nutzen der IGeL-Leistungen informiert werden. Es darf nicht sein, dass sich die Sprechstunde eines Arztes in eine Verkaufsveranstaltung wandelt. Versicherte müssen aufgeklärt werden, warum die angebotene IGeL-Leistung in diesem Fall nicht von ihrer gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird. Um es konkret zu machen – es kann nicht sein, dass zum Beispiel Glaukomuntersuchungen standardmäßig als IGeL-Leistungen angeboten werden. Liegt eine medizinische Indikation für diese Untersuchung vor, dann ist sie eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung und muss auch als solche erbracht werden. Darüber hinaus muss der Patient genügend Bedenkzeit erhalten, um sich für oder gegen eine IGeL-Leistung entscheiden zu können.

vdek Dass Patienten besser als bisher geschützt werden müssen, hat sich nicht zuletzt beim Skandal um fehlerhafte Brustimplantate gezeigt. Davon waren hunderte Hamburgerinnen betroffen. Wie lassen sich Risiken bei Medizinprodukten besser minimieren?

U.E. Bei dem Brustimplantateskandal handelt es sich um kriminelle Machenschaften. Dennoch – im Bereich der Medizinprodukte gibt es Handlungsbedarf. Bisher wird in erster Linie die technische Funktion eines Medizinproduktes überprüft. Bei Medizinprodukten, die wie zum Beispiel

Hüftimplantate oder Kniegelenke im Körper verbleiben, brauchen wir zudem eine Nutzen- und Qualitätsbewertung durch eine unabhängige Zulassungsbehörde. Daneben sollte es ein verpflichtendes Medizinprodukteregister geben, in dem verschlüsselt vermerkt ist, welcher Patient welches Medizinprodukt implantiert bekommen hat. Nur so können betroffene Patienten im Falle eines Rückrufes eines schadhafte Produktes schnell durch ihre Krankenkasse informiert werden. Darüber hinaus dient das Register der Dokumentation von unerwünschten Vorfällen.

vdek In der öffentlichen Diskussion um das deutsche Gesundheitssystem geht es auch immer wieder um den Ärztemangel. In Hamburg bestimmt jedoch nicht Mangel, sondern Überversorgung das Bild. Was ist zu tun?

U.E. In Deutschland gibt es mehr Ärzte als je zuvor – sie sind nur regional ungleich verteilt. In Ballungsräumen stellen wir nahezu für alle Arztgruppen eine Überversorgung fest, während in ländlichen Räumen zunehmend Ärzte fehlen und zwar in erster Linie die Hausärzte. Im Gemeinsamen Bundesausschuss arbeitet die Selbstverwaltung in Umsetzung des Versorgungsstrukturgesetzes daran, für den hausärztlichen Versorgungsbereich eine verfeinerte Bedarfsplanung zu entwickeln. Dies allein wird aber nicht reichen, um die Versorgungsdisparitäten zu beseitigen. Parallel dazu müssen auch die Überkapazitäten in den Ballungsräumen

abgebaut werden. Denn diese Überkapazitäten gehen zulasten von Patienten und Ärzten in wirtschaftlich schwachen Regionen. Hier sollte die Selbstverwaltung die Möglichkeiten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes, wie etwa das Aufkaufen von Praxissitzen ab 2013 – konsequent nutzen. Letztendlich geht es darum, dass sich Ärzte dort niederlassen, wo sie gebraucht werden.

vdek Der demografische Wandel wird Hamburg voraussichtlich erst mit Verspätung erfassen. Trotzdem ist es heute schon wichtig, neue Versorgungskonzepte für eine Stadtbevölkerung zu entwickeln, die spürbar altern wird. Wie könnten solche Konzepte aussehen?

U.E. Wir brauchen besondere Versorgungsangebote für ältere und betagte Menschen. Der vdek lobt in diesem Jahr zum dritten Mal den vdek-Zukunftspreis aus. Hiermit wollen wir Ideen und Konzepte auszeichnen, die bei der Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels weiterhelfen. Die beiden Wettbewerbe der vergangenen Jahre haben gezeigt, dass es ausgezeichnete Konzepte gibt. Wichtig ist zudem der Ausbau der Gesundheitsförderung und Prävention für Ältere. Es freut mich, dass sich die Gesundheitsministerkonferenz für die Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesund älter werden“ ausgesprochen hat.

vdek Stichwort Prävention: Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hat angekündigt, eine nationale Präventionsstrategie auf den Weg bringen zu wollen. Die Früherkennung von Krebs soll im Mittelpunkt stehen, bildungsferne Schichten sollen stärker in die Vorbeugung von Krankheiten einbezogen werden. Gibt das, was da aus dem Ministerium zu hören ist, Anlass zur Hoffnung?

U.E. Die Ersatzkassen unterstützen ihre Versicherten schon seit Langem darin,

ZUR PERSON

Die neue vdek-Vorstandsvorsitzende

FOTO: vdek



ULRIKE ELSNER

Ulrike Elsner, Jahrgang 1965, absolvierte nach dem Abitur in Schleswig-Holstein erfolgreich ein Jura-Studium an den Universitäten Augsburg und Freiburg. Ihr Referendariat führte sie ans Berliner Kammergericht und zu einer Anwaltskanzlei in Seattle. Ihre erste Leitungsposition beim vdek hatte Ulrike Elsner ab 1995 inne, als Referatsleiterin „Ambulante Verträge“ in Berlin. Ende der 90er Jahre war sie einige Monate an das Bundesgesundheitsministerium abgeordnet. Von 2001 bis 2004 fungierte sie neben ihrer Referatsleitertätigkeit als stellvertretende Leiterin der Berliner Landesvertretung. Anfang 2005 übernahm die Sozialrechtsexpertin die Leitung der Landesvertretung Sachsen. Rund drei Jahre später wurde sie Abteilungsleiterin „Ambulante Versorgung“ in der Verbandszentrale, zugleich auch Abwesenheitsvertreterin des damaligen Vorstandsvorsitzenden Thomas Ballast. Seit Mitte Juli 2012 ist sie neue Vorstandsvorsitzende des Verbands.

Krankheiten zu vermeiden und den Lebensstil positiv zu verändern. Prävention ist aber nicht nur Sache der Kassen, sondern eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Daher ist es sehr zu begrüßen, wenn sich alle Akteure – neben Bund, Ländern und Kommunen, etwa auch Arbeitgeber und Sozialversicherungsträger – auf eine Strategie verständigen und diese dann in die Fläche bringen. Menschen zu erreichen, die sich bisher von Präventionsangeboten nicht angesprochen fühlen, muss ein Schwerpunkt eines solch umfassenden Konzepts sein. Es gilt, die Gesundheitsförderung dort auszubauen, wo die Menschen leben und arbeiten – in den Schulen genauso wie in den Betrieben oder in den Pflegeheimen. Ein nationales

Gesamtkonzept sollte aber auch Instrumente zur kritischen Überprüfung der Angebote enthalten. Modelle, die nicht zu einer nachhaltigen Änderung des Lebensstils beitragen oder „Mitnahme-Effekte“ begünstigen, sind verfehlt.

vdek Zum Schluss noch eine persönliche Frage: Die Gesundheitspolitik ist eines der umkämpftesten Politikfelder überhaupt. Wie „tanken“ Sie auf, um für die künftigen Herausforderungen gewappnet zu sein?

U.E. Ich liebe es, am und auf dem Wasser zu sein. Zusammen mit Freunden haben mein Mann und ich ein kleines Segelboot im Osten von Berlin liegen. Einige Stunden oder ein Tag auf dem Boot sind für mich Entspannung pur. ■

Weniger ist oft mehr

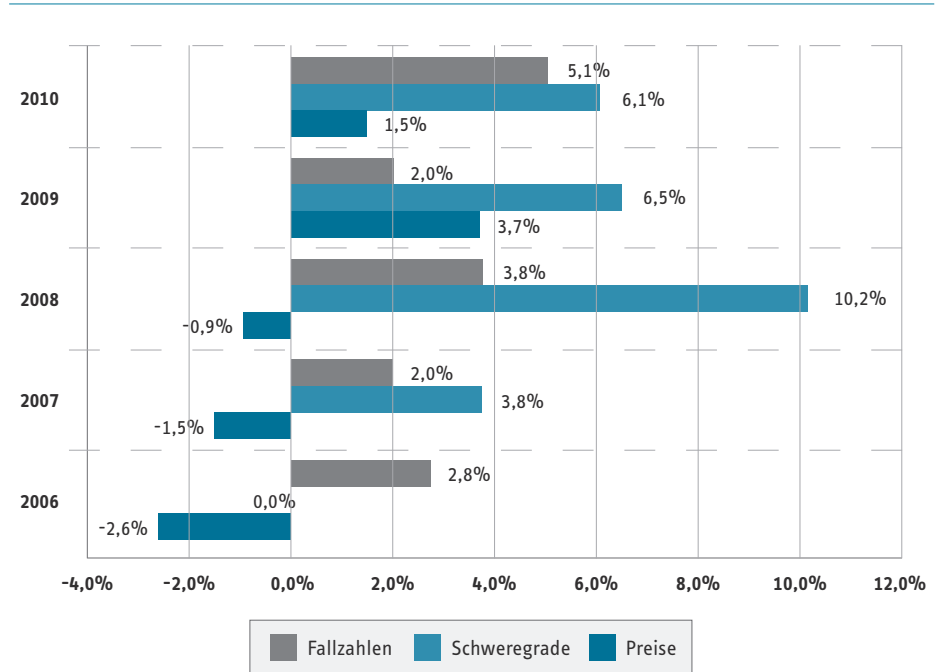
An einigen Hamburger Kliniken wird offenbar zu häufig und zu früh operiert – aus wirtschaftlichen Gründen. Leidtragende sind die Patienten. Diese Entwicklung muss gestoppt werden

Die Ausgaben der Krankenhäuser in Hamburg wachsen von Jahr zu Jahr. Diese Steigerungen sind zum Teil im medizinischen Fortschritt und in der älter werdenden Gesellschaft begründet. Gleichzeitig nimmt die Zahl der planbaren Operationen stark zu – bei einigen Diagnosen sogar um ein vielfaches stärker als in den Stadtstaaten Berlin und Bremen, mit denen Hamburg am ehesten vergleichbar ist. Diese Mengendynamik ist aber nur zum Teil damit zu erklären, dass die Bevölkerung älter wird und fortschrittlichere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen. Offenbar spielen noch weitere Faktoren eine Rolle.

Ein kurzer Blick auf die Fakten: Der Landesbasisfallwert liegt seit der Einführung des sogenannten Fallpauschalensystems 2003 in Hamburg immer über dem Bundesbasisfallwert und gehört zu den höchsten Werten in Deutschland. Der Landesbasisfallwert bestimmt, welche Summen die Kliniken den Krankenkassen für einen Behandlungsfall in Rechnung stellen dürfen. Er wird zwischen den Kassenverbänden und den Krankenhausgesellschaften auf Landesebene ausgehandelt.

Der Casemix, der die Schwere und Komplexität von Krankheitsfällen abbildet, ist zwischen 2005 und 2010 um durchschnittlich etwa sechs Prozent gestiegen. Im gleichen Zeitraum nahm die Fallzahl um mehr als drei Prozent zu, während gleichzeitig die Verweildauer eines Patienten in einem Hamburger Krankenhaus um sieben Prozent abnahm (von 8,6 auf genau acht Tage). Im gleichen Fünfjahreszeitraum stiegen die Ausgaben der Kliniken jedoch um knapp 30 Prozent – von 1,2 Milliarden Euro auf 1,5 Milliarden Euro.

MENGEN- UND PREISENTWICKLUNG IN HAMBURGER KLINIKEN (2006-2010)



QUELLE: Vereinbarungen zwischen Krankenkassenverbänden und der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft

Es ist eine ökonomische Binsenweisheit, dass Angebot, Nachfrage und Preis zusammenhängen. Die Theorie besagt, dass eine Zunahme des Angebots in funktionierenden Märkten zu sinkenden Preisen führt. Dies hat zur Folge, dass Anbieter weniger Anreiz verspüren, die Menge zu steigern. Dieser Mechanismus scheint im hamburgischen Krankenhausmarkt aufgrund regulierter Basisfallwerte und Bewertungsrelationen nicht zu funktionieren. In der Hansestadt steigt beides ungebremst – sowohl die Zahl der Klinikfälle als auch der jeweils abgerechnete Schweregrad. Zur Erläuterung: Der Schweregrad eines Falles wird über das sogenannte Relativgewicht ausgedrückt und dieses ergibt in Verbindung mit dem Basisfallwert den Erlös für einen Fall.

Warum die Mengen in Deutschland insgesamt aus dem Ruder laufen, hat vor

wenigen Wochen das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) untersucht. Die Experten stellten fest, dass bei der Abrechnung einzelner Fallpauschalen der Erlös für die Kliniken höher ist als die Kosten. In der Regel sind Relativgewichte so berechnet, dass die Krankenhäuser ihre entstandenen Kosten damit im Durchschnitt decken können.

Besonders auffällig entwickelt hat sich nach Erkenntnissen der Gutachter die Fallgruppe "Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe". Darunter fallen etwa Knie- und Hüft-OPs sowie Eingriffe an der Wirbelsäule. Hamburg verzeichnet dort den mit Abstand stärksten Anstieg der Casemix-Punkte unter allen Bundesländern (siehe Grafik). Auch bei der Fallgruppe „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“, unter der etwa Herz-OPs erfasst werden, belegt

die Hansestadt den Spitzenplatz, während Berlin das Schlusslicht bildet.

Das RWI kommt zu dem Schluss, dass nicht nur die Alterung und der technische Fortschritt die OP-Zahlen nach oben treiben. Die Steigerung sei teils „angebotsinduziert“, meinte Studienautor Boris Augurzky – auf Deutsch: Viele Kranke werden nur deshalb operiert, weil die Kliniken damit ihren Umsatz steigern wollen. In der Branche ist es kein Geheimnis, dass mancherorts sogar das Gehalt des Chefarzts von einer Fallsteigerung abhängt.

Wie lässt sich künftig verhindern, dass zu früh und zu oft operiert wird? Der Anreiz, lohnende Behandlungen allein aus ökonomischen Gründen vermehrt vorzunehmen, sinkt, sobald die Preise für solche Eingriffe fallen. Dies sollte im Rahmen der Kostenverringerung für Mehrleistungen auf Landesebene über den Landesbasisfallwert erfolgen. Damit wird einem zu starken Anstieg der Gesamtausgaben entgegengewirkt. Zum Verständnis: Es ist gesetzlich geregelt, dass die Erlöse von Kliniken in der Regel um 30 Prozent verringert werden, wenn sie mehr Patienten behandeln als vereinbart. Hintergrund dieser Regelung sind Annahmen zur Kostenstruktur

der Kliniken. Wenn deren Auslastung steigt, dann bleiben in der Regel ihre Fixkosten trotzdem gleich. Daher der sogenannte Mehrleistungsabschlag.

Steigende Preise bei Mehrleistungen, wie von Krankenseite gefordert, sind kontraproduktiv, da sie zu noch größeren Leistungsmengen führen. Hohe Mehrleistungsabschläge hingegen können den Anreiz für Kliniken verringern, ökonomisch motivierte OPs vorzunehmen.

Eine ganz neue Komponente ist der sogenannte Orientierungswert, der 2013 in die Krankenhausfinanzierung eingeführt wird. Künftig ist dann nicht mehr wie bisher die Grundlohnsumme für die jährlichen Verhandlungen zum Landesbasisfallwert relevant, sondern die vom Statistischen Bundesamt errechnete Kostenentwicklung in den Kliniken. Klar ist jedoch schon jetzt: Der neue Wert muss die Mengenentwicklung möglichst umfassend berücksichtigen. Und für den Fall, dass dies nur anteilig geschieht, muss sichergestellt sein, dass neben der Einberechnung der Leistungsmenge in den Landesbasisfallwerten eine differenzierte Berücksichtigung von Leistungsmengensteigerungen für das einzelne Krankenhaus erfolgt.

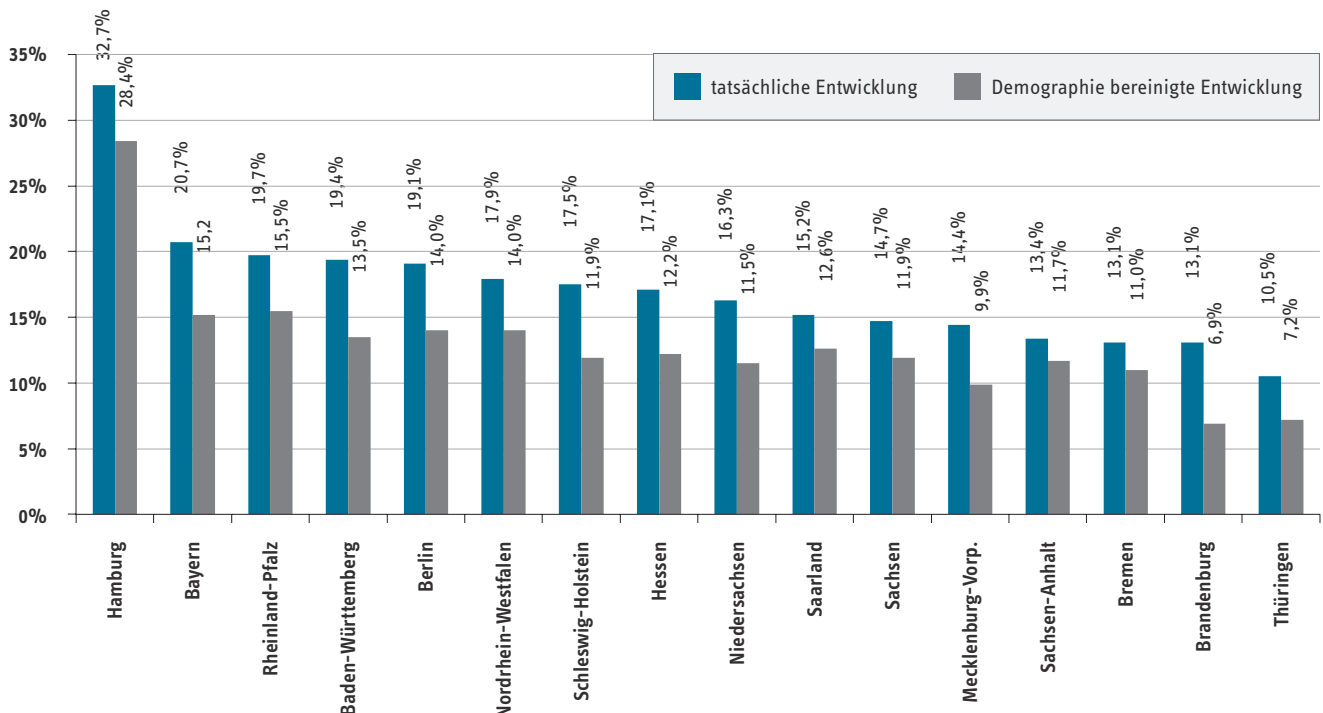
Direkt- und Selektivverträge zwischen Krankenkasse und Krankenhaus für planbare Eingriffe könnten ebenfalls unbegründeten Mengenentwicklungen entgegenwirken.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Fehlentwicklungen wie die beschriebene Mengensteigerung bei bestimmten Eingriffen in Hamburger Krankenhäusern gestoppt werden muss. Dies gilt natürlich nicht für den Anteil, der aufgrund der Alterung der Gesellschaft und des technischen Fortschritts weiter zunehmen wird, sondern allein für diejenigen planbaren Operationen, die wirtschaftlich begründet und medizinisch nicht notwendig sind.

Gelänge dies, wäre es ein großer Fortschritt, besonders für die Patienten: Denn jede unnötig vorgenommene Operation mindert in der Regel zeitweise oder sogar langfristig die Lebensqualität der betroffenen Versicherten. Wenn in Kliniken die wirtschaftlich motivierten Eingriffe entfielen, profitierten die Patienten sogar noch in einer zweiten Hinsicht: Die Krankenhäuser hätten mehr Zeit für die notwendigen Eingriffe und könnten auf diese Weise ihre Qualität weiter steigern. ■

EINGRIFFE BEI MUSKEL-SKELETTERKRANKUNGEN (Z.B. HÜFT-OPs)

QUELLE: RWI: „Mengenentwicklung und Mengensteuerung stationärer Leistungen“, Forschungsprojekt im Auftrag des GKV-Spitzenverbands



BÜCHER

Fragliche Diagnosen

Als gelungenen Fall von Wissenschaftsmarketing beschreibt die Journalistin Cornelia Stolze das Phänomen Alzheimer. Industrie und Forschung nutzten das „Schreckgespenst“, um aus der Unsicherheit von Patienten Kapital zu schlagen, urteilt die Autorin. Wissenschaftler gaulen vor, es gebe bereits sichere Diagnose-Verfahren und wirksame Medikamente. Auch wenn sich hier und da Argumentationslücken auftun – das Buch ist wichtig, denn es beleuchtet kenntnisreich Hintergründe eines wachsenden Bereichs des Gesundheitssystems.



Cornelia Stolze, **Vergiss Alzheimer. Die Wahrheit über eine Krankheit, die keine ist** 2011, 245 Seiten, € 18,99 Kiepenheuer & Witsch, Köln

Zukunft der ambulanten Versorgung

Das Buch gibt einen guten Überblick über die Struktur der Facharztgruppen. Für Bayern und Baden-Württemberg wird die Nachfrage nach Fachärzten vorausberechnet und analysiert. Ergebnis: Trotz rückläufiger Bevölkerungszahlen wird wohl der Bedarf steigen, weil der Alterungseffekt überwiegt. Die Verbesserung der Versorgung zwischen den Ärzten und Kliniken scheitert aber an ungleichen und unfairen Wettbewerbsbedingungen, so die Autoren. Helfen könnten jedoch einheitliche Leistungsdefinitionen und Vergütungen.



Eberhard Wille, Daniel Erdmann **Gesundheitsökonomischer Stellenwert einer flächendeckenden ambulanten Facharztversorgung** 2011, 235 Seiten, € 49,- Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden

VERSORGUNG

Unterstützung für „Gesundheitsnetz Depression“

FOTO: vdek



VERTRETERINNEN UND VERTRETER der Kassen und Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung nach Unterzeichnung der Absichtserklärung

Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich finanziell an einem Forschungsprojekt, das die Versorgung von Patienten mit Depressionen verbessern soll. Das Projekt „Gesundheitsnetz Depressionen“ ist Teil des Verbundforschungsprogramms „Hamburger Netz psychische Gesundheit – psychenet“ im Rahmen der vom Bundesforschungsministerium geförderten Gesundheitsmetropole Hamburg. Ob ein Patient mit Depressionen eine zeitnahe und angemessene Behandlung erhält, hängt in der Hansestadt noch viel zu oft vom Zufall ab – etwa vom Wohnort oder vom Therapieverfahren des aufgesuchten Arztes. Daher geht es darum, Ärzte, Psychotherapeuten und Kliniken noch stärker als bisher zu vernetzen, um Behandlungswege zum Wohl der Patienten noch besser abzustimmen. Wie dies am besten erreicht werden kann, untersuchen die Wissenschaftler im Rahmen des geförderten Projekts. Sie testen unter anderem, mit welchen Behandlungsformen die größten Erfolge erzielt werden. Von ihren Ergebnissen erhoffen sich Kassen wichtige Impulse, um die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern.

AUSZEICHNUNG

Zukunftspreis: Ersatzkassen fördern Versorgungsideen

FOTO: Yuri Arcurs – Fotolia.com



Der Verband der Ersatzkassen lobt zum dritten Mal den vdek-Zukunftspreis aus. Mit dem Preis will der Verband zukunftsweisende Versorgungsangebote unterstützen und die Diskussion über den demographischen Wandel mit positiven Versorgungsbeispielen begleiten. In diesem Jahr sind innovative Konzepte und Best-Practice-Beispiele zu „Versorgungsideen bei Multimorbidität“ gefragt. Dabei ist es den Ersatzkassen wichtig, dass die Lebensqualität von Patienten mit Mehrfacherkrankungen im Mittelpunkt steht. Menschen und Initiativen sind aufgefordert, ihre Versorgungsideen und -konzepte schriftlich beim vdek einzureichen. Die Bewerbungsfrist läuft noch bis zum 14.9.2012. Ein Preisgeld von 20.000 Euro wird ausgelobt.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Hamburg des vdek
Spaldingstraße 218, 20097 Hamburg
Telefon 0 40 / 41 32 98-12
Telefax 0 40 / 41 32 98-22
E-Mail stefanie.kreiss@vdek.com
Redaktion Stefanie Kreiss
Verantwortlich Kathrin Herbst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-407X