

Ein Jahr neue Bundesregierung – neue Gesundheitspolitik?

30 Jahre Biersdorfer Krankenhausgespräche

10.09.2010 in Biersdorf am See

Johann-Magnus v. Stackelberg

Stellv. Vorstandsvorsitzender, GKV-Spitzenverband, Berlin

Thesen

→ GKV-FinG:

- Der Beitragszahler zahlt die Zeche!
- Nullrunde nur für die Krankenkassen!
- Leistungserbringer werden geschont!

→ Strukturelle Reformen stehen weiterhin aus:

- Effiziente Leistungserbringung erfordert mehr Einzelverträge auch im Krankenhausbereich.
- Innovationen sollten zunächst in spezialisierten Zentren eingeführt und getestet werden.
- Es bedarf einer sektorübergreifenden Bedarfsplanung insbes. für spezialärztliche Leistungen
- Der in NRW beschrittene Weg der Pauschalförderung ist richtig.

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung
- 6 Investitionsfinanzierung

Gesundheitsfonds – Deckungslücke

- ➔ Drei Optionen auf der Einnahmenseite:
 - Beitragssatz erhöhen
 - Steuerzuschuss erhöhen
 - Zusatzbeiträge erheben bzw. anheben

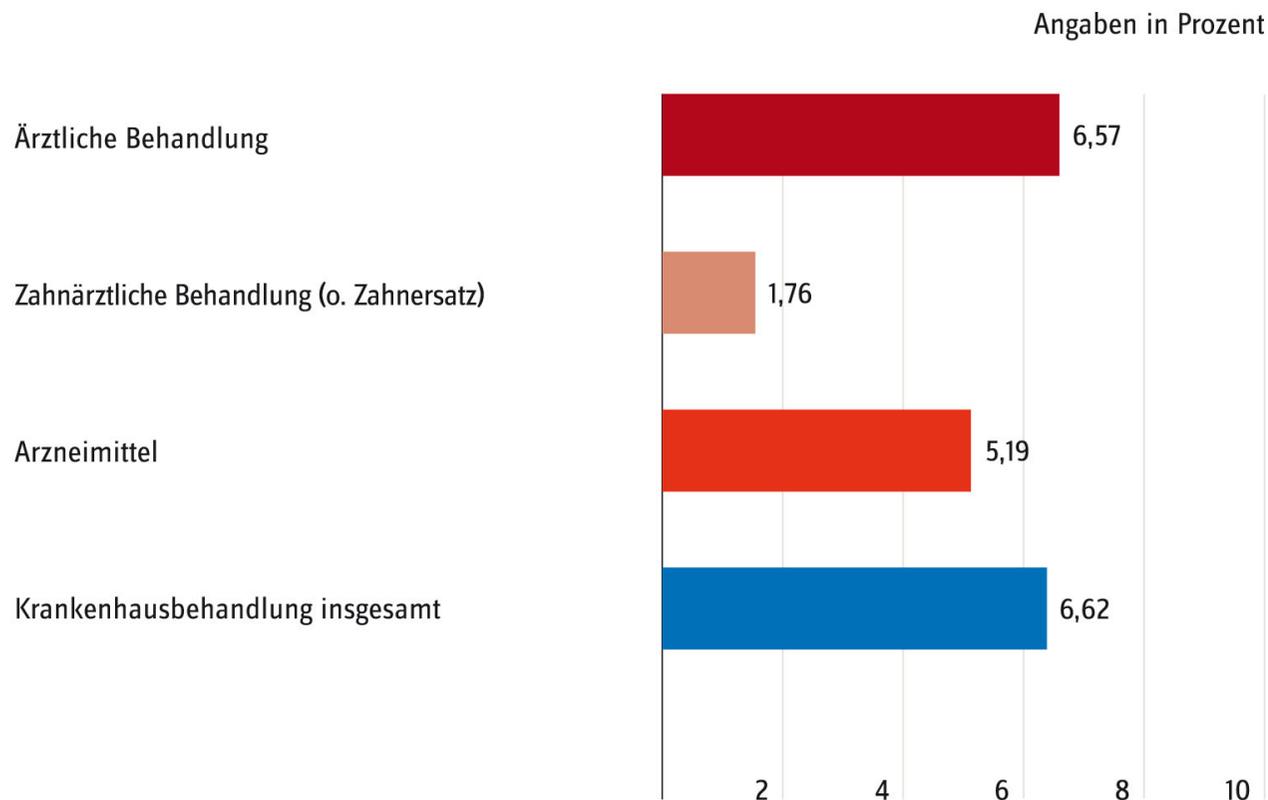
- ➔ Drei Einsparoptionen auf der Ausgabenseite:
 - Arzneimittel
 - ambulante Versorgung
 - stationäre Versorgung



Spitzenverband

Ungebremster Ausgabenanstieg

Veränderungsraten der Leistungsausgaben
1. - 4. Quartal 2009 im Vergleich zum 1. - 4. Quartal 2008



Quelle: Amtliche Statistik KV45; Stand: 10. März 2010
Darstellung: GKV-Spitzenverband

Zum Vergleich: Veränderungsraten der Einnahmenseite

- Grundlohnsumme:
+ 0,6 %
- Rentensumme:
+ 1,4 %
- Beiträge für
geringfügig Beschäftigte:
- 4,9 %

(Quelle: GKV-Schätzerkreis,
09.12.2009)

Veränderung BIP

- 1.-4. Quartal 2009
zum Vorjahr:
- 5 %

(Quelle: Destatis)

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung
- 6 Investitionsfinanzierung

Referentenentwurf zur Neuordnung der GKV-Finanzierung (GKV-FinG)



Bundesminister Philipp Rösler:

- „Reform sichert Finanzierung der GKV langfristig.“
- „Ausgaben werden begrenzt und Einnahmen stabilisiert.“
- „Einstieg in wettbewerbliche Neuordnung des Gesundheitssystems ist geschafft.“
- „Neuer unbürokratischer und gerechter Sozialausgleich schützt vor Überforderung.“

GKV-FinG: Maßnahmen auf der Einnahmenseite



- **Allgemeiner Beitragssatz**
 - paritätisch: 14,6 %
 - Sonderbeitrag Arbeitnehmer: wie bisher 0,9 %
- **Arbeitgeberbeitrag**
 - wird mit 7,3 % festgeschrieben
- **Beibehaltung Gesundheitsfonds**
 - keine Anpassung des Beitragssatzes bei Absinken des Fonds unter 95 % (Regelung wird aufgehoben)
 - **Kostensteigerungen werden in Zukunft nur durch Zusatzbeiträge finanziert**
- **Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge**
 - nur noch in Euro und Cent in unbegrenzter Höhe
- **Einführung eines Sozialausgleichs**

GKV-FinG: Maßnahmen auf der Einnahmenseite



→ Einführung eines Sozialausgleichs

- durchschnittlichen Zusatzbeitrag legt BMG im November für Folgejahr fest (ab 2012)
 - bis zu diesem Betrag automatischer Sozialausgleich
- Abwicklung über beitragsabführende Stelle (Arbeitgeber/Rentenversicherungsträger)
- einkommensabhängiger Beitrag des Mitglied wird entsprechend gemindert
 - Gesundheitsfonds erhält automatisch die um den Sozialausgleich geminderten Beiträge
- Schuldner des Zusatzbeitrages bleibt das Mitglied immer in voller Höhe
- Finanzierung des Sozialausgleichs bis 2014 aus Liquiditätsreserven des Fonds, ab 2015 aus Steuermitteln
- 2011 voraussichtlich kein Sozialausgleich, da keine Fondsunterdeckung

GKV-FinG: Maßnahmen auf der Einnahmenseite



Beispiel für Sozialausgleich

- Fondsunterdeckung: 12 Mrd. Euro
 - durchschnittlicher Zusatzbeitrag: 20 Euro
 - Zusatzbeitrag einer Krankenkasse: 25 Euro
 - Einkommen, z. B. Rente: 800 Euro
 - davon 2 %: 16 Euro im Monat = individuelle Belastungsgrenze
- Differenz zwischen 2 % (16 Euro) und durchschnittlichem Zusatzbeitrag (20 Euro)
- kompensiert Sozialausgleich (4 Euro)
- verbleibende 5 Euro: trägt Mitglied
- RV-Träger kürzt den abzuführenden KV-Beitrag um 4 Euro

GKV-FinG: Maßnahmen auf der Ausgabenseite



Bereich	Maßnahmen	Einsparvolumen 2011	Einsparvolumen 2012
Krankenkassen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Begrenzung der Verwaltungskosten auf dem Niveau von 2010 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 300 Mio. € 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 300 Mio. €
Krankenhäuser	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Effizienzabschläge für Mehrleistungen ▪ Ausgabenanstieg nur mit halber Grundlohnsummensteigerung (bei akutstationären Preisen und Budgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 350 Mio. € ▪ 150 Mio. € 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 270 Mio. € ▪ 300 Mio. €
Zahnärzte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zuwachsbegrenzung auf halbe Grundlohnsummensteigerung 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 20 Mio. € 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 40 Mio. €
Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hausarztzentrierte Versorgung: Begrenzung des Vergütungsniveaus ▪ Vertragsärztliche Versorgung: Begrenzung des Ausgabenzuwachses 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 500 Mio. € ▪ k. A. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 500 Mio. € ▪ k. A.
Insgesamt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Einsparvolumen (inkl. Einsparungen aus GKV-ÄG und AMNOG) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 3,5 Mrd. € 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 4 Mrd. €

Angaben laut GKV-FinG-Referentenentwurf vom 25.08.2010

GKV-FinG: Maßnahmen auf der Ausgabenseite



- Sparvolumen aus Sicht der GKV: ca. 800 Mio. Euro für 2011
 - ohne die nicht präzisierbaren Einsparungen bei der ärztlichen Vergütung incl. der hausarztzentrierten Versorgung

- Kritik
 - nur marginale Begrenzung der Honorar- und Einnahmenezuwächse
 - „Nullrunde“ vertretbar
(nach politisch gewollten sehr hohen Zuwächsen im Vorjahr)
 - Folge: hohe finanzielle Belastungen der Beitragszahler
 - Anstieg der Ärztehonorare bleibt unkalkulierbar

GKV–FinG: Beabsichtigte Neuregelungen für den Krankenhausbereich



- **Halbierung der Grundlohnrate in den Jahren 2011 und 2012**
- **Mehrleistungsabschläge auf Krankenhausebene:**
Die beabsichtigte Neuregelung sieht krankenhausspezifische Mehrleistungsabschläge für vereinbarte Leistungen vor. Der Mehrleistungsabschlag ist für das Jahr 2011 in Höhe von 30 % vorgesehen. Ab dem Jahr 2012 ist die Höhe des Abschlags durch die Vertragsparteien auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu vereinbaren.

GKV–FinG: Stellungnahme des GKV–SV



- Die Einsparmaßnahmen werden durch den GKV–Spitzenverband begrüßt, sie gehen aber nicht weit genug.
- Die konkrete Form ist ebenfalls nicht befriedigend, weil sie die hausspezifischen Budgets revitalisiert und so zur Konservierung bestehender Strukturen beiträgt.

Mehrleistungsabschlag: Kritikpunkte

→ Falscher Prozentsatz

Finanziert werden darf nur der variable Kostenanteil in Höhe von 35 %. Die Abschlagshöhe müsste also 65 % betragen, nicht 30 %.

→ Zusammenhang zwischen Mehrleistungen auf Haus- und Landesebene

Die Symmetrie bei der Berücksichtigung von Ausgaben absenkenden und erhöhenden Tatbeständen im Landesbasisfallwert wird durch den Mehrleistungsabschlag gestört, weil das Argument der Fixkostendegression bereits auf Hausebene verbraucht ist.

→ Leistungsgerechte Vergütung statt Strukturkonservierung

Der Mehrleistungsabschlag genügt auch ordnungspolitisch nicht den Anforderungen an eine leistungsgerechte Gesundheitspolitik. Über fünf Jahre hinweg hat der Gesetzgeber unter dem Motto „Das Geld soll der Leistung folgen“ vergangenheitsbezogene Krankenhausbudgets in leistungsorientierte Budgets überführt. Ein Wettbewerb der Krankenhäuser um ihre Kunden ist gewollt und mit positiven Veränderungen verbunden.

Mehrleistungsabschlag: Mindestkorrekturen

- Begrenzung des Mehrleistungsabschlags auf die Jahre 2011 und 2012, um die Landesbasisfallwertverhandlungen nicht zu gefährden
- Veränderung der Abschlagshöhe auf 65 %
- Der Mehrleistungsabschlag darf nicht erhöhend im Landesbasisfallwert berücksichtigt werden, wie dies im vorliegenden Entwurf durch die Änderung in § 7 vorgesehen ist. Die Ausgaben absenkende Wirkung des Jahres 2011 würde damit im Jahr 2012 wieder aufgehoben.

Alternativvorschlag 1 (Landesbasisfallwert)

- Der GKV–Spitzenverband schlägt deshalb zwei Alternativen zu den bestehenden Gesetzesvorschlägen vor. Diese Alternativen sind den beabsichtigten Neuregelungen vorzuziehen.

- **Alternativvorschlag 1 (Landesbasisfallwert):**
 - Absenkung der Landesbasisfallwerte um 1 %; entspricht einer Kostenreduktion um 500 Mio. Euro in der Basis
 - Bewertung zusätzlicher Leistungen im Landesbasisfallwert in Höhe der variablen Kosten; kostenwirksam aufgrund der halbierten Veränderungsrate frühestens ab dem Jahr 2013

Alternativvorschlag 2 (Ausgabenzuwachs begrenzen)

- Alternativ schlagen wir vor, den Ausgabenzuwachs im Krankenhausbereich für die Jahre 2011 und 2012 jeweils auf die (volle) Veränderungsrate zu begrenzen. Das Pflegesonderprogramm wird in dem Fall nicht mit budgetiert.

- **Alternativvorschlag 2 (Ausgabenzuwachs begrenzen):**
 - Der Anstieg des Ausgabevolumens wird 2011 und 2012 auf die (volle) Veränderungsrate begrenzt. Die Ausgaben in 2011 steigen durch diese Maßnahme um 250 Mio. Euro. Für das Jahr 2012 ist mit einem Ausgabeanstieg von rund 500 Mio. Euro zu rechnen.
 - Die Finanzierung des Pflegesonderprogramms erfolgt in beiden Jahren zusätzlich in Höhe von 220 Mio. Euro.

Finanzielle Bilanz: Referentenentwurf* GKV–FinG

erwartetes Defizit 2011:	ca. 10,0 Mrd. Euro	(GKV–SV 9 –11 Mrd. Euro)
./.. Beitragssatzerhöhung:	6,3 Mrd. Euro	
./.. Bundeszuschuss:	2,0 Mrd. Euro	
<small>(auch wenn in Liquiditätsreserve und damit der Defizitdeckung dem Grunde nicht dienend)</small>		
./.. Sparmaßnahmen GKV–FinG:	<u>0,8 Mrd. Euro</u>	
⇒ verbleibendes Defizit:	0,9 Mrd. Euro	

*nicht berücksichtigt:

- etwaige Einsparungen bei ärztlichen Honoraren
- Einnahmentwicklung 2011
- etwaige Einnahmefälle durch Abwanderung in die PKV
(Stand 25.08.2010)

berücksichtigt:

- GKV–ÄndG bei Defizitberechnung 2011



Spitzenverband

Fazit Finanzreform:

+	-	?
<ul style="list-style-type: none">▪ Krankenkassen mit Planungssicherheit für 2011: Ohne Entscheidung der Politik drohten Schließungen und Insolvenzen▪ Keine Leistungsstreichungen und Leistungskürzungen, z. B. für chronisch Kranke▪ Defizit des Gesundheitsfonds in 2011 voraussichtlich nahezu geschlossen▪ teilweise wird Ausgabenanstieg reduziert▪ Quellenabzug bei Alg I- und II-Empfängern	<ul style="list-style-type: none">▪ Sparbemühungen reichen nicht: Nullrunden bei Krankenhäusern und Ärzten▪ hohe finanzielle Belastung der Beitragszahler▪ Mitglieder tragen zukünftig sämtl. Kostensteigerungen im Gesundheitswesen allein (Interesse an Ausgaben Stabilisierung?)▪ Mindestens bis 2014 ist etwaiger Sozialausgleich aus Zusatzbeiträgen zu finanzieren▪ Bei nicht vorhandenen/nicht auskömmlichen Steuerzuschüssen für Sozialausgleich, droht Finanzierung durch Zusatzbeiträge▪ Sozialer Ausgleich und Änderungen im Beitrags-/Meldebereich mit sehr hohem Verwaltungsaufwand▪ Hohe Belastung geringer Einkommen▪ Ausgestaltung des Sozialausgleichs verzerrt Kassenwettbewerb▪ Erleichterter Wechsel in PKV	<ul style="list-style-type: none">▪ Zentrale Frage der Finanzierung des Sozialausgleichs bleibt unbeantwortet▪ Gesetzliche Zusicherung der Bundesbeteiligung von 2 Mrd. € im SGB V fehlt▪ Praktikabilität der Säumnisregelung▪ Perspektivische Erweiterung des Einkommensbegriffs beim Sozialausgleich

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung
- 6 Investitionsfinanzierung

Einstieg in den Wettbewerb: Einzelverträge für planbare Krankenhausleistungen



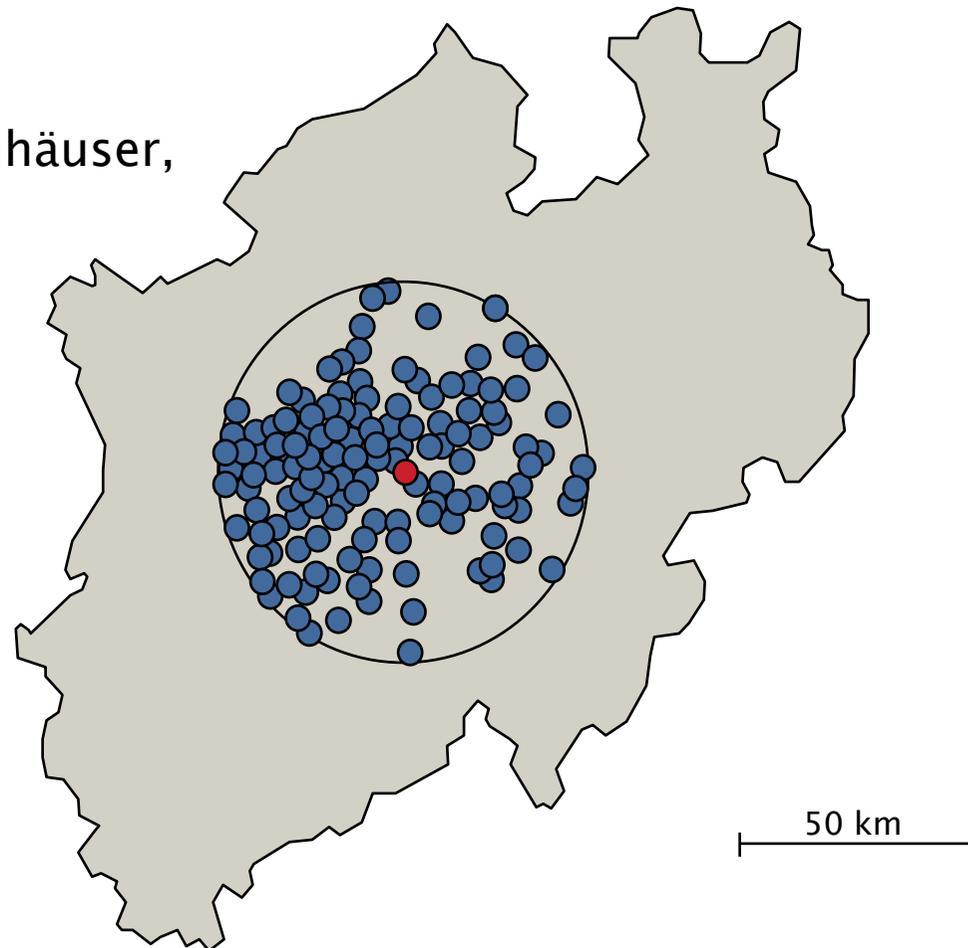
Wettbewerbselement:

- Für ein definiertes Spektrum von planbaren Krankenhausleistungen sollen Krankenkassen Einzelverträge mit zugelassenen Krankenhäusern abschließen können.

- Umsetzungswunsch:
 - Katalogbestimmung durch das BMG (1. Katalog für das Jahr 2011)
 - jährliche Erweiterungen des Kataloges durch die Selbstverwaltung
 - Krankenkassen sollen Möglichkeit erhalten, diese Leistungen auszuschreiben und zu vereinbaren
 - Wirkung für Versicherte wie im Arzneimittelbereich
 - wichtig: Qualitätsanforderungen als Teil der Verträge und Ausschreibungen
 - mittelfristige Wirkung

Die Ikone des Projektes

50 km-Umkreis
von Essen:
rund 100 Krankenhäuser,
die Kniegelenk-
Endoprothesen
implantieren
(OPS 5-822)



Quelle: Leber, Malzahn, Wolff: Elektiv wird selektiv

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung
- 6 Investitionsfinanzierung

Innovationen

→ Hintergrund:

Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB)

- ambulanter Bereich: Erlaubnisvorbehalt
- stationärer Bereich: Verbotsvorbehalt → NUB immer zu Lasten der GKV möglich, solange Methode vom G-BA nicht explizit ausgeschlossen wurde; flächendeckende Einführung jeglicher „Innovation“ ohne Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsbewertung

→ Forderung des GKV-Spitzenverbandes:

Nutzen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung vor der Einführung einer flächendeckenden Leistungserbringung in Bezug auf NUB im stationären Bereich

→ Ziel:

Neue Verfahren sollten zunächst zeitbegrenzt in Innovationszentren eingeführt und getestet werden.

Nutzenbeleg in Innovationszentren: Beispiel „medikamentenbeschichteter Ballonkatheter“



- 2008: 276 NUB–Anträge beim InEK
- Januar 2009: Verfahren bekommt erstmalig NUB Status 1 – Vergütung der Leistung auf regionaler Ebene möglich
- ab 2011: ZE im DRG–Katalog
- Bis heute ist lediglich der Nachweis der Wirksamkeit des Verfahrens erfolgt.

Nutzenbeleg in Innovationszentren: Beispiel „medikamentenbeschichteter Ballonkatheter“



- Vergütungssystem setzt keinerlei Anreize für eine vergleichende Nutzenbewertung.
- Daher ist bis heute keine vergleichende Studie zum Nutzen des medikamentenbeschichteten Ballonkatheters mit patientenrelevanten Endpunkten publiziert.
- Forderung: Solange keine Nutzenbelege aus publizierten Studien vorliegen, soll Leistungserbringung zeitlich befristet auf Innovationszentren begrenzt werden – verbunden mit der Auflage, Studien durchzuführen; erst dann flächendeckende Leistungserbringung.

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 **Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung**
- 6 Investitionsfinanzierung

Gestaltungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes (I)



Eckpunkte

- Einbindung der ambulant-stationären Leistungskapazitäten
- Einrichtung von Gesundheitszentren in unterversorgten Regionen, dabei tageweise Arztsprechstunden, Einbeziehung von Gemeindeschwestern und Unterstützung durch Telemedizin
- Umstellung der Arzt-Kopf-Zählung auf eine Kapazitäten bezogene Planung

Gestaltungsvorschlag des GKV–Spitzenverbandes (II)

Ärztliche Primärversorgung

- Stärkung der ärztlichen Primärversorgung
- engmaschiges Netz an Haus-, Kinder- und Frauenärzten für eine flächendeckende, wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung
- Berücksichtigung regionalspezifischer Bedarfsanalysen
- Ergänzung der primärärztlichen Versorgungsstruktur durch nichtärztliche Leistungserbringer

Gestaltungsvorschlag des GKV-Spitzenverbandes (III)

Allgemeine fachärztliche Versorgung

- gegenüber dem primärärztlichen Bereich deutlich weiter gespanntes Netz an Versorgungseinrichtungen
- Berücksichtigung regionalspezifischer Bedarfsanalysen
- Einbeziehung ambulant-stationärer Behandlungskapazitäten
- Herauslösung spezialisierter fachärztlicher Leistungen aus dem Bereich der allgemein-fachärztlichen Versorgung
- Möglichkeiten zur Erbringung spezialisierter fachärztlicher Leistungen sektorübergreifend organisiert und an eine gesonderte Ermächtigung geknüpft

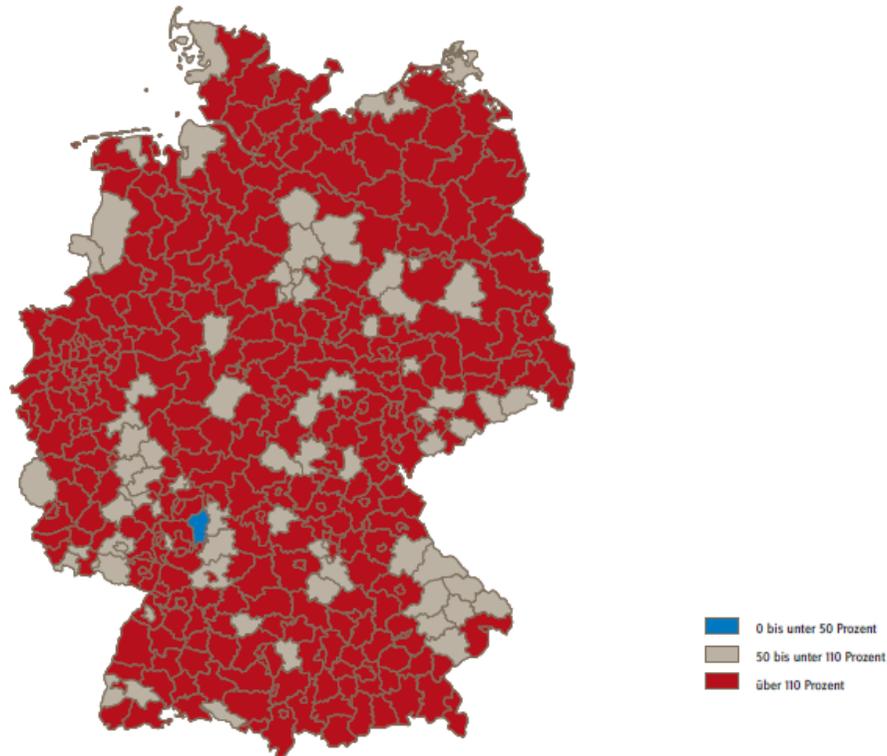
Gestaltungsvorschlag des GKV–Spitzenverbandes (IV)

Spezialisierte fachärztliche Versorgung

- spezialisierte Leistungsbereiche, die von verschiedenen Anbietern erbracht werden können (KH, VA, MVZ)
- Bündelung spezialisierter fachärztlicher Kompetenz in Zentren, Krankenhäusern und kooperierenden Einrichtungen
- sektorübergreifende regionalspezifische Versorgungsplanung auf Ebene der KV–Gebiete
- kapazitäts- bzw. leistungsbezogene Planung
- Orientierung der Planung an Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsparametern

Überversorgung bei niedergelassenen Augenärzten

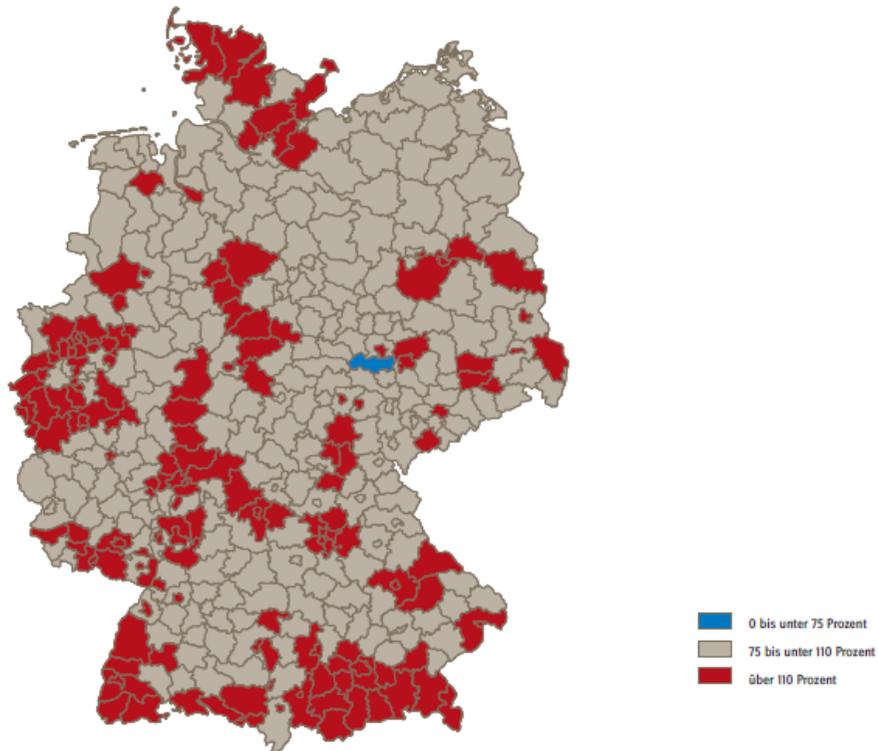
Regionale Verteilung der Augenärzte
Versorgungsgrad 2010



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Drohende Unterversorgung bei Hausärzten?

Regionale Verteilung der Hausärzte
Versorgungsgrad 2010



Darstellung: GKV-Spitzenverband

Exkurs: Ärztemangel?

- Anzahl der Studierenden im Fach Medizin:
 - zwischen 1999 und 2008 konstant bei ca. 80.000
(Quelle: Statistisches Bundesamt, Stand: 08.03.2010)

- Absolventenzahlen der Humanmedizin nahezu konstant:
 - 2007: 9.574 (höchster Wert seit 10 Jahren)
(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung bzw. Statistisches Bundesamt)

- Anstieg der Ärzte (Vollkräfte) an Krankenhäusern:
 - Steigerung zwischen 1999 und 2009: + 20 %
(Quelle: Destatis)

- Anstieg der ambulant tätigen Ärzte:
 - Steigerung zwischen 1999 und 2008: + 9,8 %
(Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Grunddaten Ärzte)



Spitzenverband

Neuer „sektorübergreifender Sektor“



Spezialärztliche Versorgung

- Es gibt eine „spezialärztliche Versorgung“, die durch Krankenhäuser und Facharztpraxen erfolgt. Alle wesentlichen politischen Kräfte wünschen eine Ausweitung.
- Die Regelungen für die GKV sind extrem unbefriedigend (Zulassung frei, keine Mengensteuerung, Minderheit in Schiedsstelle, ...) – Protest hat nicht geholfen.

Übersicht Regelungsbedarf: Spezialärztliche Versorgung

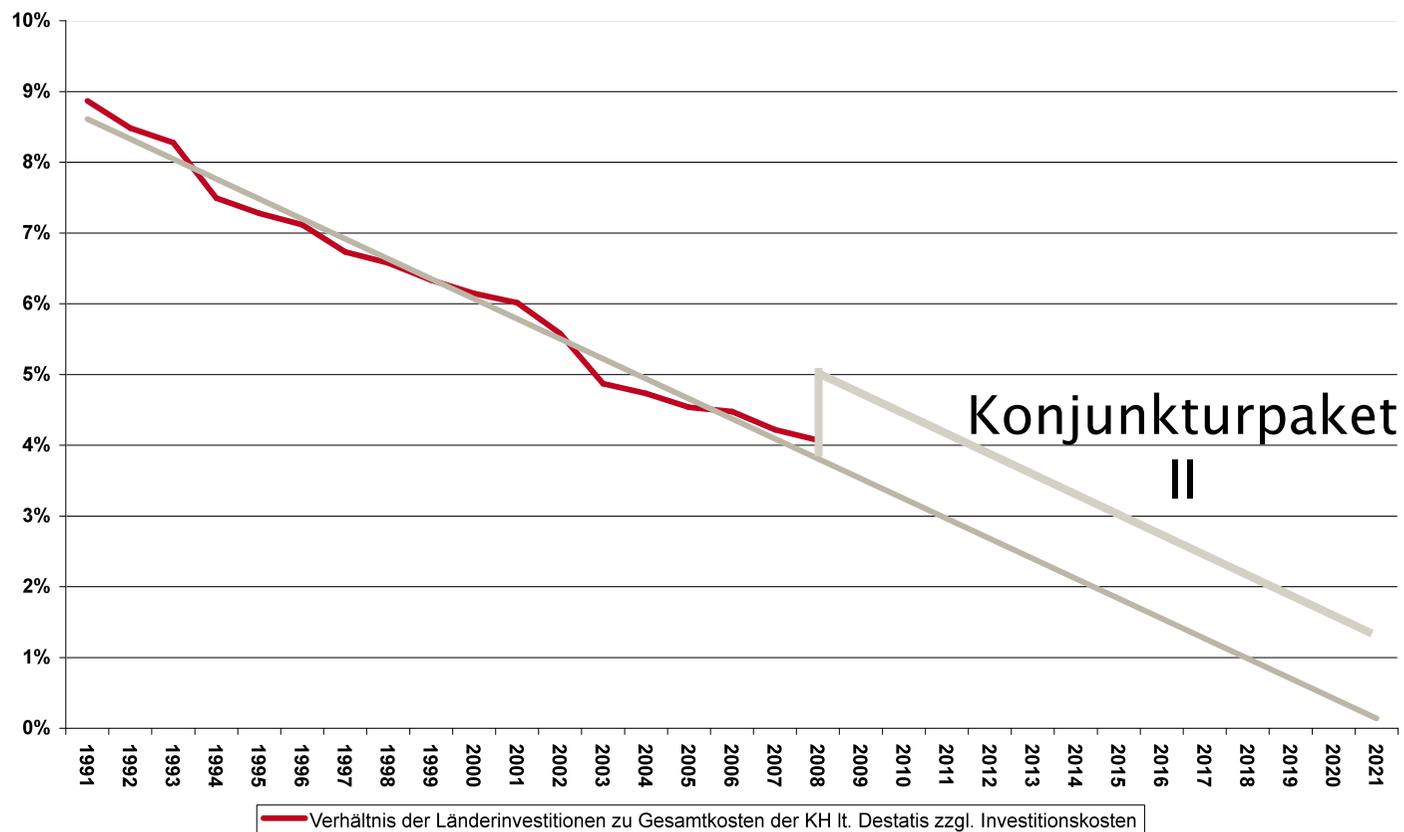


1. Abgrenzung der spezialärztlichen Versorgung
2. Leistungen (Katalog)
3. Vertragspartner
4. Vergütung und Mengensteuerung
5. Zulassung und Versorgungssteuerung
6. Qualitätssicherung
7. Neue Leistungen (Innovation)

Agenda

- 1 Situationsanalyse
- 2 Beabsichtigte Neuregelungen (insb. KH)
- 3 Einzelverträge
- 4 Innovationen
- 5 Bedarfsplanung/Spezialärztliche Versorgung
- 6 Investitionsfinanzierung

Erosion der dualen Finanzierung 1991 – 2008, Trendprognose 2021



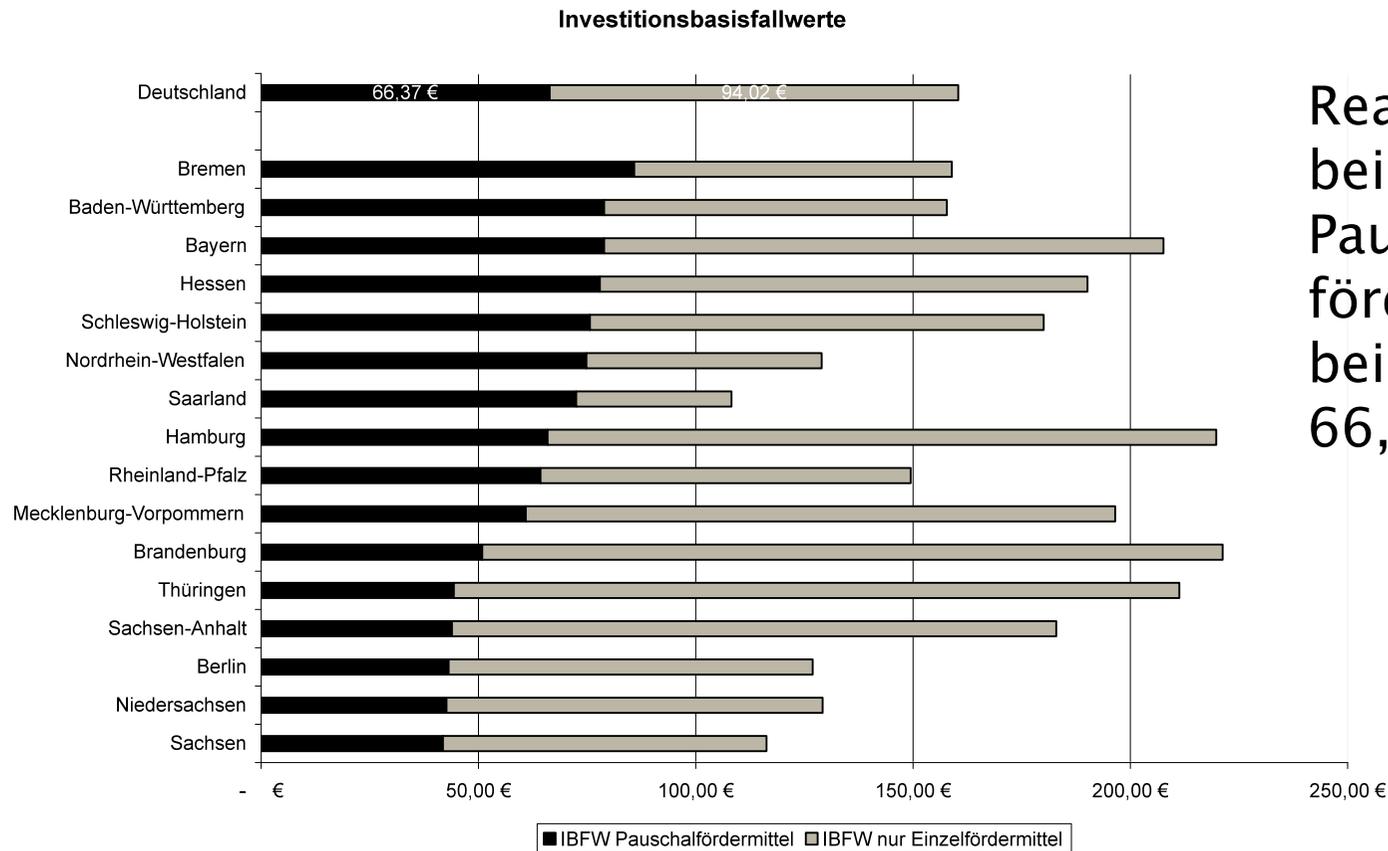
Quelle: Destatis, Haushaltsansätze der Länder, eigene Berechnungen

Die Pauschalförderung ab 2012 bzw. 2014

Die Verteilung der pauschalen Investitionsmittel
soll über leistungsorientierte Investitionspauschalen erfolgen:

$$\begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{basisfallwert} \\ \hline \end{array} \times \begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{casemix} \\ \hline \end{array} = \begin{array}{|c|} \hline \text{Investitions-} \\ \text{pauschalerlös} \\ \hline \end{array}$$

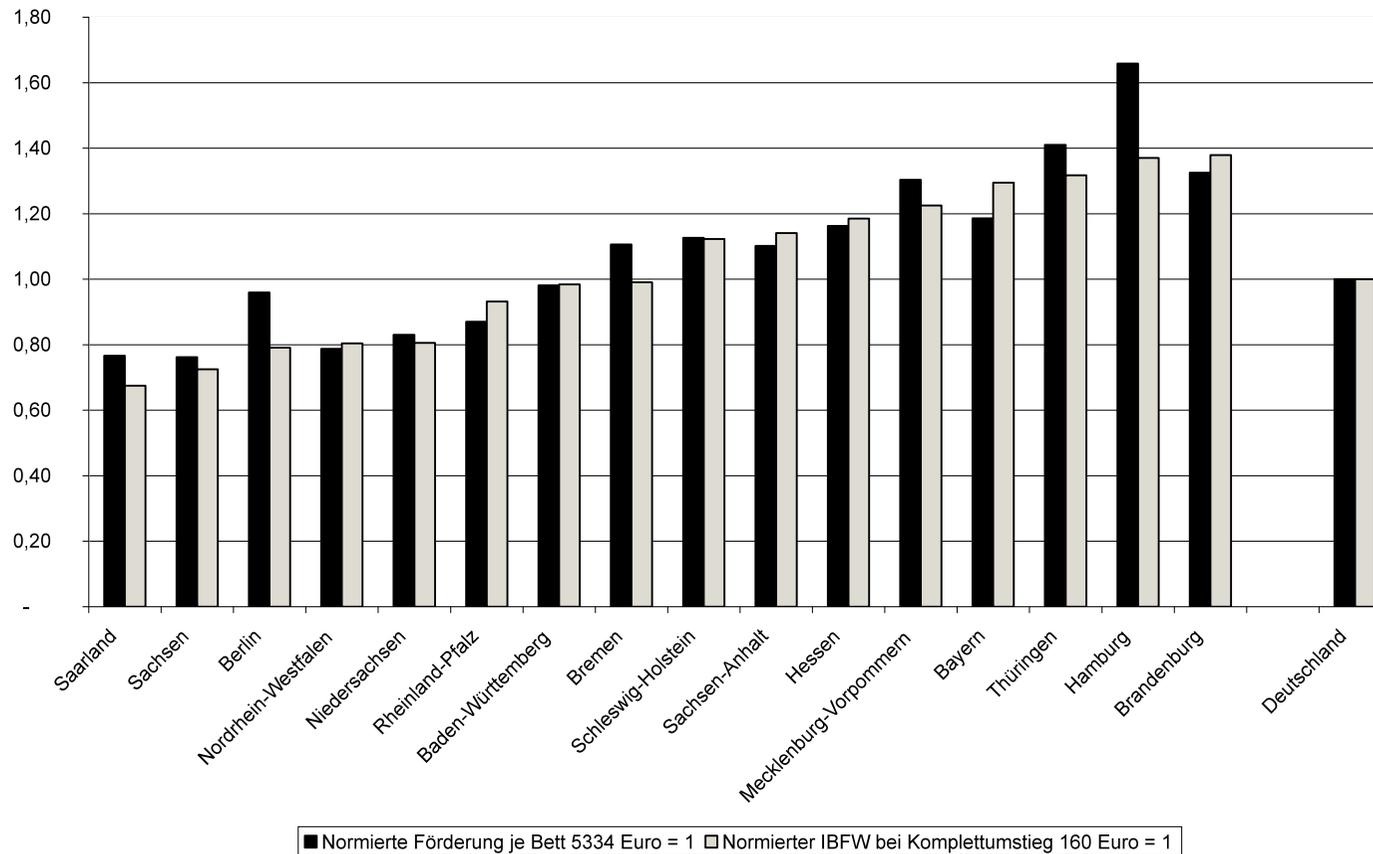
Fiktive Investitionsbasisfallwerte (CM–Somatik/Volumanstieg)



Realer IBFW
bei aktuellem
Pauschal-
förderanteil
bei Volumanstieg:
66,37 Euro

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Haushaltsansätze der Bundesländer, Statistisches Bundesamt 2008

Normierter, fiktiver Investitions-BFW und Förderung pro Bett



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der Haushaltsansätze der Bundesländer, Statistisches Bundesamt 2008

Vielen Dank!

www.gkv-spitzenverband.de

Backup!

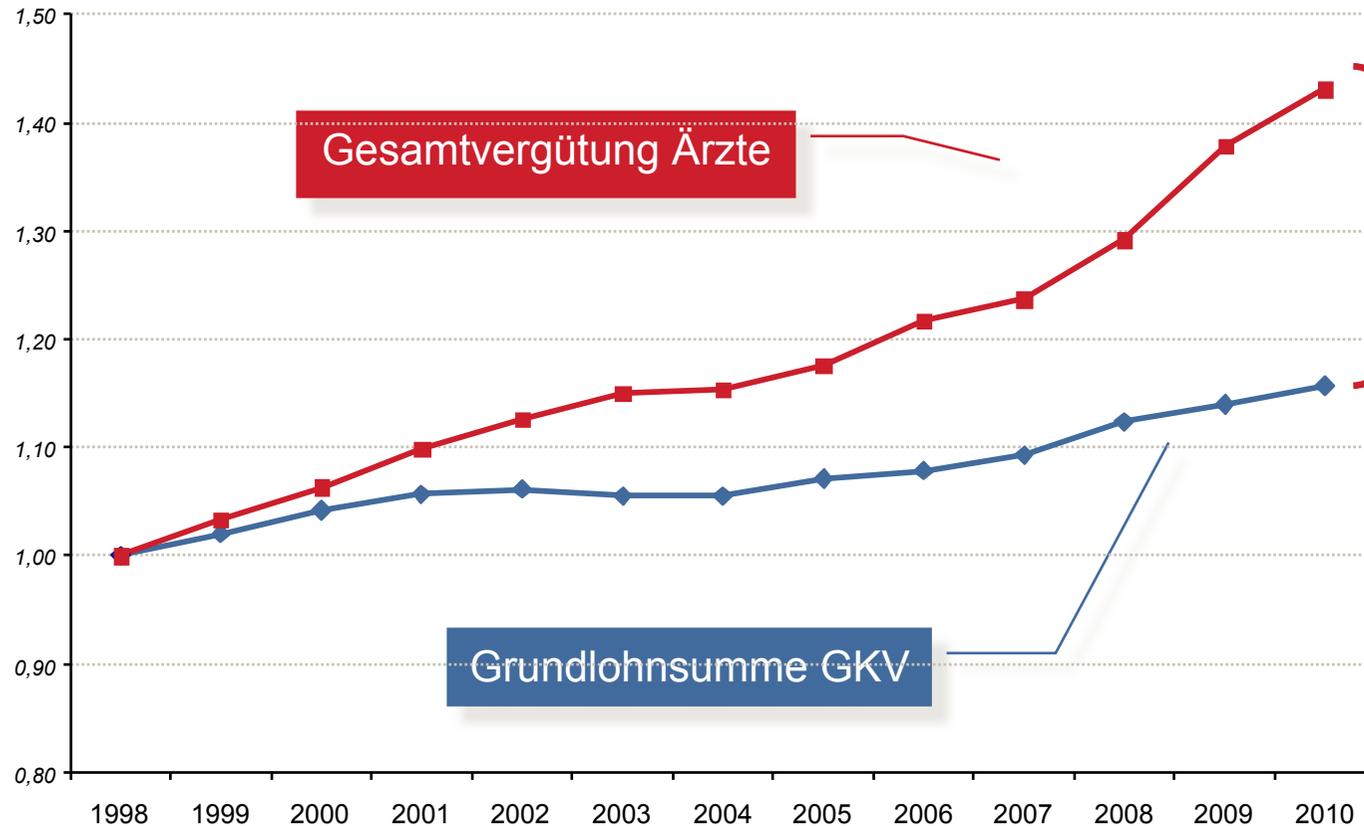


Entwicklung der Gesamtvergütung und der Grundlohnsumme

Angaben Gesamtvergütung Ärzte insgesamt und Grundlohnsumme (Index 1998 = 1,0); 2010 geschätzt



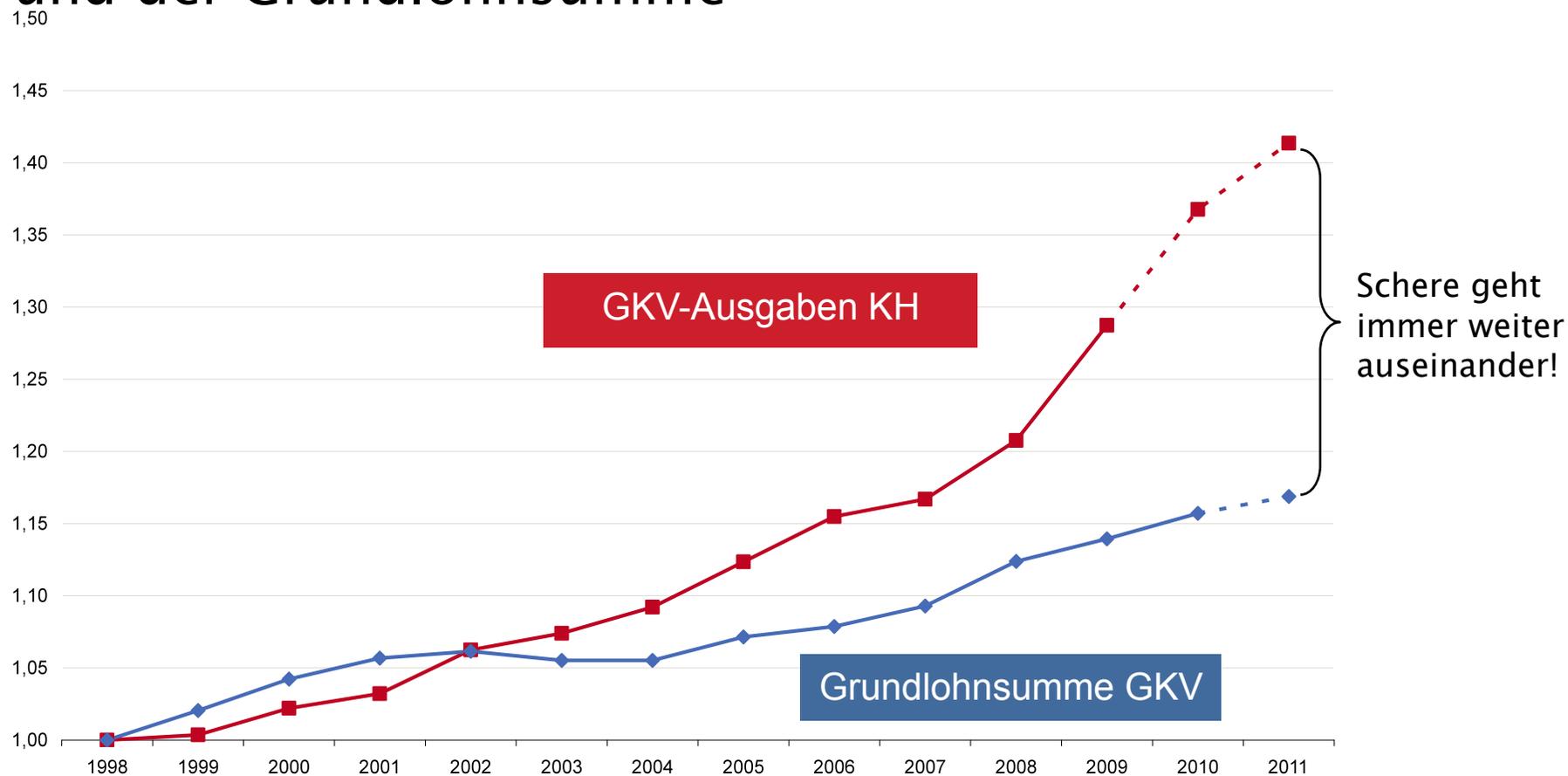
Spitzenverband



Schere
zwischen
Arzthonoraren
und Grundlöhnen
geht immer
weiter auseinander

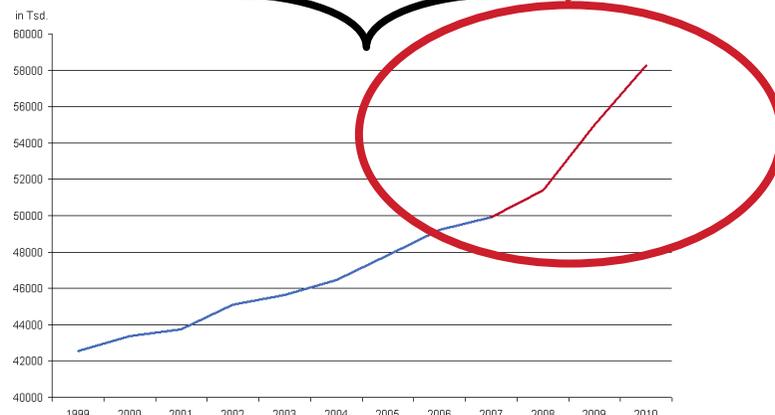
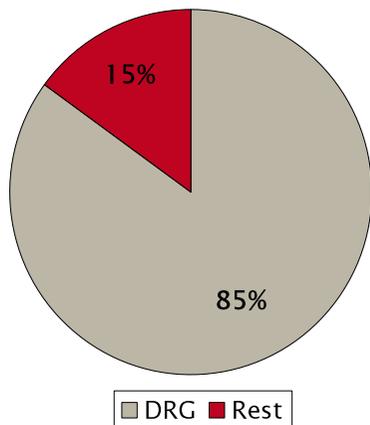
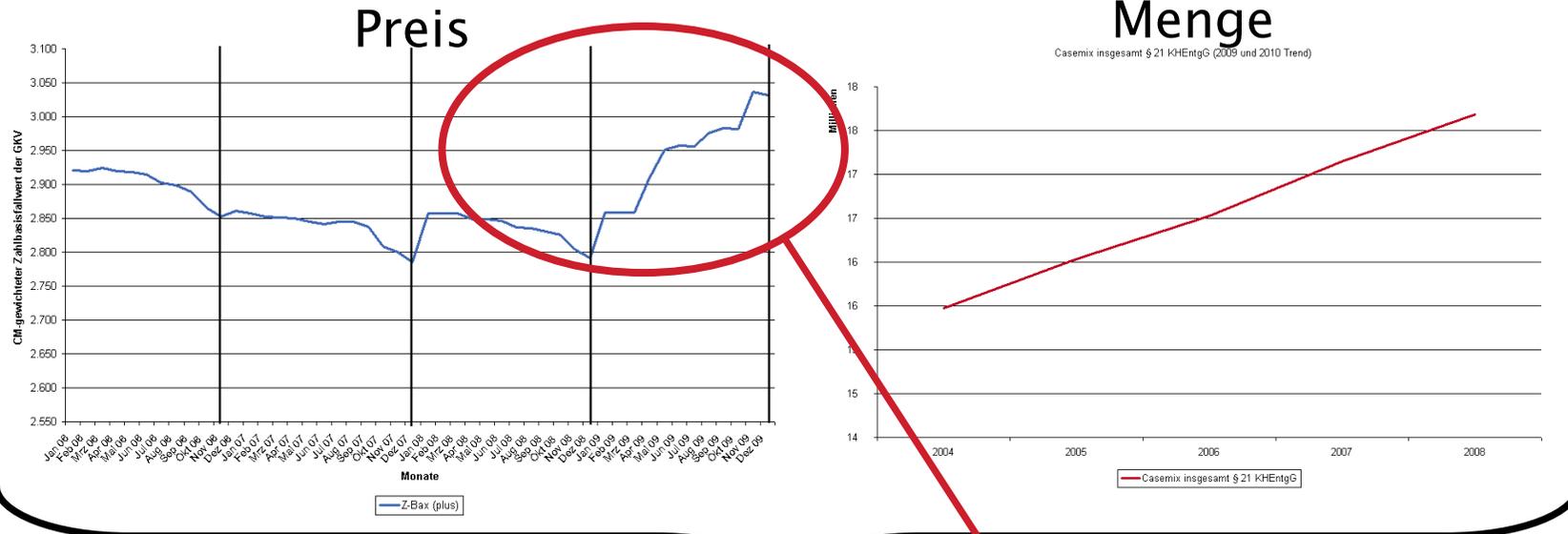
Quelle: Indexiert (1998 = 1,0), Amtliche Statistik KJ1; Amtliche Statistik KV 45, 1. - 4. Quartal; Stand 10.03.2010; Schätzungen der Honorare für 2010; Grundlohnsumme der Jahre 2009 und 2010 auf Basis der Grundlohnrate; ohne Bereinigung Selektivverträge; Darstellung GKV-Spitzenverband

Entwicklung der GKV-Ausgaben für Krankenhausleistungen und der Grundlohnsumme



Quelle: Indexiert (1998 = 1,0), Amtliche Statistik KJ1; Amtliche Statistik KV 45, 1. – 4. Quartal; Stand 10.03.2010; Schätzungen der Ausgaben für 2010 und 2011; Grundlohnsumme der Jahre 2009 und 2010 auf Basis der Grundlohnrate; Annahme Grundlohnrate 2011 = 1 %; Darstellung GKV-Spitzenverband

Preis- und Mengensteigerungen



Ausgaben



Spitzenverband

Gewinne in den Kliniken



03.11.09, 07:53 dpa-AFX

Fresenius erhöht Ausblick für Krankenhaussparte Helios - weitere Sparten

BAD HOMBURG (dpa-AFX) - Der Medizinkonzern Fresenius hat nach den ersten neun Monaten seinen Ergebnisausblick für die Krankenhaussparte Helios erhöht und die Prognosen für seine zweitwichtigste Sparte Kabi bekräftigt. Fresenius Helios rechnet für 2009 unverändert mit einem Umsatz von mehr als 2,3 Milliarden Euro, während der Ertragsbeitrag vor Zinsen und Steuern (EBIT) auf mehr als 200 Millionen Euro ansteigen wird. Die Aktie stieg am Dienstag mit. Bisher ist der Gewinn um 10 Prozent auf 1,768 Milliarden Euro der Sparte ein Plus von 39 Prozent auf 200 Millionen Euro.



Home Politik & Gesellschaft Medizin Praxis & Wirtschaft Panorama
Abrechnung Finanzen/Steuern E-Card IGeL Klinik-Management Personal EDV Praxisführung Rech

Sie befinden sich hier: Home > Praxis & Wirtschaft > Klinik-Management

Ärzte Zeitung, 04.05.2010

Kommentare (0) ☆☆☆☆

Anzeigen von Google

Medizincontrolling (B.Sc)

Privat und praxisnah studieren

www.businessschool-p...

Klinikonzern Vivantes bleibt auf der Erfolgsspur

2,6 Millionen Euro Gewinn für kommunalen Träger

BEI IN (hew) Zum sechsten Mal in Folge hat Deutschlands größter kommunaler Arbeitgeber ein Rekordjahr erlebt. Ein Unternehmen steht

Asklepios steigert Umsatz und Gewinn auf Rekordhoch

21. Mai 2010, 08:24 Uhr

Klinikbetreiber hat 40 Millionen Euro in Hamburg investiert

HAMBURG. Der Erfolg von Asklepios kann sich sehen lassen. Der Krankenhausbetreiber hat 2009 in Deutschland beim Umsatz und Ergebnis neue Rekordwerte erzielt. Die Klinikgruppe, die mit einem Marktanteil von mehr als 20 Prozent zu den drei größten privaten Betreibern von Kliniken in Deutschland zählt

er kommunaler Arbeitgeber. Ein Unternehmen steht

d Kosten steigen
antes in Millionen Euro
742
785 + 5,8%

* in Millionen Euro
575
598 + 4,2%

onalkosten steigen
als der Umsatz,
arm Strich steht ein
Reinwin als im Vorjahr.

Sana Kliniken AG

→ Home → Medizin & Gesundheit → Wir über uns → Ärzteliste → Jobs

Pressecenter

Presseforum

- Aktuelles
- Archiv 2009
- Archiv 2008

→ MediaCenter

→ Zahlen und Fakten

→ Wofür wir stehen

→ Pressefotos

→ Publikationen

↳ Redaktionspool

↳ Service

<< zurück

04.03.2010, München

München, Sana Kliniken AG legt erneut zweistellig zu

Trendmeldung

- ▶ Rekordjahr: Umsatz wächst im vierten Jahr in Folge
- ▶ Aktionäre statten Sana mit weiterem Kapital aus
- ▶ Für Privatisierungen aufgestellt
- ▶ Konzernarbeitsvertrag beteiligt Mitarbeiter am Erfolg
- ▶ Vernetzung als Zukunftsperspektive

Beflügelt durch eine erfolgreiche Akquisitionsbilanz sowie ein organisches Wachstum von mehr als 7 Prozent punktierte die Sana Kliniken AG im Geschäftsjahr 2009 mit einem Umsatzwachstum um 18 Prozent auf 1,25 Milliarden Euro. Insgesamt wurden 1.150.000 Patienten behandelt, was gegenüber dem Vorjahr einem Plus von 16 Prozent entspricht. Der Klinikonzern beschäftigte 2009 über 19.000 Mitarbeiter. Das sind 16 Prozent mehr als 2008.