

report baden-württemberg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Juli 2009

ersatzkassen

Die ärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

1. Hintergrund

Mit Zahlen, Daten und Fakten leisten der Verband der Ersatzkassen (vdek) Baden-Württemberg, der Verband der Betriebskrankenkassen Baden-Württemberg, die IKK Baden-Württemberg und Hessen sowie die Knappschaft einen Beitrag zur sachgerechten Darstellung der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg. Damit soll auch die Diskussion um die vertragsärztliche Vergütung versachlicht werden. Gleichzeitig sollen Aussagen zum Grad der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg getroffen werden. Die genannten Kassenarten haben in Baden-Württemberg einen **Versichertenanteil von fast 60 Prozent**.

2. Aktuelle Situation

In den vergangenen Monaten haben einige Ärzte und Ärzteguppen den **Honorarstreit auf dem Rücken der Patienten ausgetragen**, um ihrem Ansinnen nach mehr Geld den notwendigen Druck zu verleihen. Einzelne Praxen gingen so weit, die Versicherten nur noch gegen Vorkasse bzw. Privatliquidation zu behandeln, andere Ärzte

wiederum schlossen ihre Praxis. Ein derartiges Vorgehen ist grob rechtswidrig. Vertragsärzte, die dies praktizieren, müssen mit disziplinarrechtlichen Schritten rechnen, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können. Patienten haben ein Recht darauf, qualitativ hochwertig und so oft wie medizinisch notwendig behandelt zu werden – und zwar ohne dass sie dafür über die gesetzliche Verpflichtung hinaus (z. B. Praxisgebühr) etwas dazuzahlen oder in Vorkasse gehen müssen.

Lt. Presseberichten hat Ministerpräsident Günther H. Oettinger von Bundeskanzlerin Merkel die Zusage erhalten, dass die Einbußen der Vertragsärzte

In dieser Ausgabe:

- 50 Pflegestützpunkte im Land
- Schiedsstelle setzt Landesbasisfallwert fest
- Einsatz für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich gelohnt



in Baden-Württemberg im Jahr 2009 vom Bund ausgeglichen werden. Ministerpräsident Oettinger geht von einem Nachschlag in einer Größenordnung von **140 Mio. EUR** aus. Aus welchen finanziellen Ressourcen diese zusätzlichen 140 Mio. EUR aufgebracht werden sollen, ist bislang unklar. Hierzu wurden weder von Seiten der Bundeskanzlerin noch von Ministerpräsident Oettinger Aussagen getätigt.

Die baden-württembergischen Krankenkassen wenden für vertragsärztliche Leistungen im Jahr 2009 über **3,7 Mrd. EUR** auf. Darüber hinaus stellen die Krankenkassen in Baden-Württemberg den Vertragsärzten bereits zusätzlich **35 Mio. EUR** zur Finanzierung von vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 zur Verfügung. Dieses Geld wird von Beitragszahlern aufgebracht, die in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage nicht wissen, ob ihr Arbeitsplatz weiterhin sicher ist. Das zugesagte Geld fließt in voller Höhe den Vertragsärzten zu – unabhängig von möglichen Einnahmeausfällen durch die wirtschaftliche Entwicklung.

3. Missverständnisse

Der Unmut der Vertragsärzte resultiert aus überzogenen Erwartungen in Verbindung mit grundlegenden Missverständnissen, die die Politik und die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch eine unzureichende Kommunikation der Honorarreform verursacht haben. Drei Missverständnisse sollen hier aufgeklärt werden.

3.1 Missverständnis 1: Der Durchschnitt

Der bundesweit für 2009 berechnete Honorarzuwachs von durchschnittlich 10 % bedeutet nicht, dass der Zuwachs in jedem Bundesland, in jeder Arztgruppe und auch nicht in jeder einzelnen Praxis 10 % beträgt. Dass nicht alle Ärzte gleichermaßen profitieren, liegt auch deshalb auf der Hand, weil es eines der ausdrücklichen Ziele der Reform war, Leistungen bundeseinheitlich zu vergüten und so auch eine Angleichung zwischen West und Ost zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde die Vergütung unter den Vertragsärzten neu verteilt, was ebenfalls zu Gewinnern und Verlierern geführt hat.

Diese Vereinheitlichung war seitens der Politik so gewollt, nicht aber von den Verbänden und ihren Kassen.

Demzufolge liegen die Zuwächse von 2007 auf 2009 in den neuen Ländern durchweg im zweistelligen Bereich, während sie in den alten Ländern von 2,5 % (Baden-Württemberg) bis 16,5 % (Niedersachsen) reichen. Diese Nivellierung, verbunden mit einem Finanzabfluss aus Baden-Württemberg, war von den Verbänden und ihren Kassen nicht gewollt und wurde auch nicht unterstützt.

3.2 Missverständnis 2: Das Regelleistungsvolumen

Durch die Reform gibt es – von den Vertragsärzten lange gefordert – feste Preise für vertragsärztliche Leistungen, indem die Bewertungspunktzahl der jeweiligen ärztlichen Leistung mit dem bundesweit



Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

DER KOMMENTAR

Es reicht!

Zum wiederholten Mal werden Versicherte zum Spielball einzelner Ärzteguppen. Diese rufen immer wieder öffentlich zu Protestaktionen auf, welche zu Lasten unserer Versicherten gehen. Der Honorarstreit darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden! Die Verbände der Kassen in Baden-Württemberg warnen einzelne Ärztegruppierungen eindringlich! Die betroffenen Ärzte werden von der Öffentlichkeit und den Medien durchschaut: Es wird auf hohem Niveau gejammert, während andere Berufsgruppen ihre Jobs verlieren. Schlechtes Gewissen? – Fehlanzeige!

Mit einem fundierten Faktenpapier haben wir gemeinsam mit dem BKK-Landesverband, der IKK Baden-Württemberg und der Knappschaft sowohl die Versorgungssituation als auch die Honorardebatte der Ärzte in Baden-Württemberg mit Experten nicht emotional, sondern sachlich analysiert und näher beleuchtet. Im Ergebnis verfügt Baden-Württemberg derzeit über eine gute vertragsärztliche Versorgung. Es besteht aktuell keine Unterversorgung, vielmehr sind regional erhebliche Überversorgungen festzustellen. Daher ist bei uns auch in den nächsten Jahren kein Ärztemangel zu erwarten.

Nachdem die beitragsfinanzierte Gesamtvergütung 2009 in Höhe von über 3,7 Mrd. EUR nahezu identisch mit der Gesamtvergütung 2008 ist, sind Honorarverluste eher in der Verteilungsproblematik innerhalb der Ärzteschaft als in zu geringen Zahlungen seitens der Krankenkassen zu suchen. Das Faktenpapier kann unter <http://www.vdek.com/LVen/BAW/index.htm> abgerufen werden.

einheitlichen Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent multipliziert wird. Um eine Orientierung am Notwendigen zu gewährleisten, ist die Menge der Leistungen, die abgerechnet werden kann, begrenzt – das sogenannte Regelleistungsvolumen (RLV).

Dieses RLV vergleichen die Vertragsärzte nun in der öffentlichen Diskussion mit dem gesamten Honorar der Vergangenheit, um die vermeintliche Talfahrt zu belegen. Das RLV ist jedoch mit dem Gesamthonorar nicht vergleichbar, da das RLV nur einen Teil des Gesamthonorars ausmacht.

Leistungen, die das RLV übersteigen, werden zwar mit einem niedrigeren Punktwert belegt, aber dennoch vergütet.

Zusätzlich zum RLV können noch eine Vielzahl von Leistungen abgerechnet werden. Hierzu gehören zum Beispiel Leistungen im organisierten Notfalldienst, dringende Besuche, ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Gastroskopien, Schmerztherapie, Akupunktur, Laborleistungen oder auch die Psychotherapie.

Bestandteile des ärztlichen GKV-Honorars

Beispiel: Der RLV-Fallwert eines Arztes liegt bei 35 EUR und der Arzt betreut im Quartal 1.000 Patienten. Dies ergibt ein RLV in Höhe von 35.000 EUR. Innerhalb dieses RLV rechnet der Arzt RLV-relevante Leistungen zum Preis der Euro-Gebührenordnung ab. Unabhängig vom RLV-Fallwert rechnet der Arzt die tatsächlich erbrachten Leistungen ab. Bei Versicherten mit hoher Leistungsanspruchnahme ggf. mehr als den RLV-Fallwert, bei Versicherten mit niedriger Leistungsanspruchnahme entsprechend weniger.

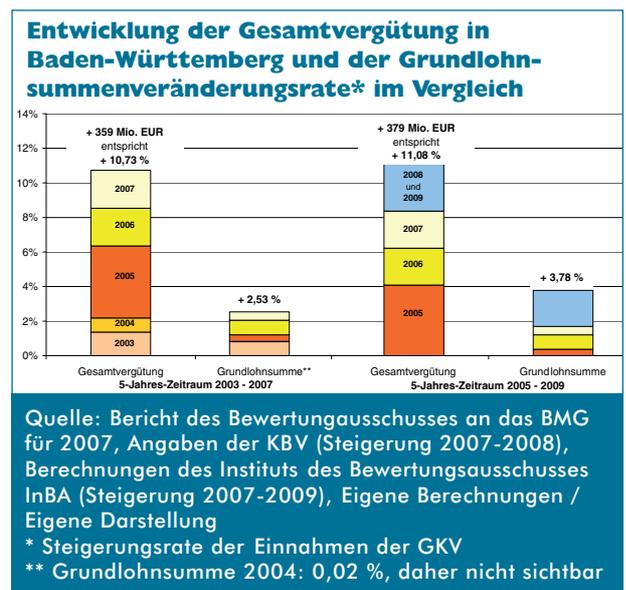
Nach wie vor klagen die Vertragsärzte über zu niedrige Fallwerte (Vergütung je Versicherte, Arzt und Quartal), und auch die Protestaktionen sind nicht abgeebbt. Ob diese berechtigt sind, wird sich frühestens im Juli 2009 erweisen. Dann erst liegen die Abrechnungsergebnisse für das erste Quartal 2009 detailliert vor. Sie werden zeigen, ob die Furcht der Niedergelassenen vor überproportionalen Honorarverlusten gerechtfertigt ist oder ob die außerhalb des RLV vergüteten Leistungen für ein Auskommen auf dem gewohnt hohen Niveau sorgen.

3.3 Missverständnis 3: Das Bezugsjahr

Als im Laufe des Jahres 2008 eine Honorarreform 2009 verhandelt wurde, lag es in der Natur der

Sache, dass sich die für Baden-Württemberg errechnete Vergütungssteigerung von 2,5 % auf das Basisjahr 2007 bezog – eben weil für 2008 noch keine Zahlen vorlagen. Was jedem Arztfunktionär klar war, ist offenbar nicht in allen Praxen angekommen. So ging mancher Arzt irrtümlich davon aus, dass sich der angekündigte Zuwachs für 2009 im Vergleich zum Vorjahr darstellen würde. Da nun aber das Honorar in Baden-Württemberg bereits vom Jahr 2007 auf das Jahr 2008 um 6,2 % gestiegen war, bedeutet dies für das Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 einen Vergütungsrückgang.

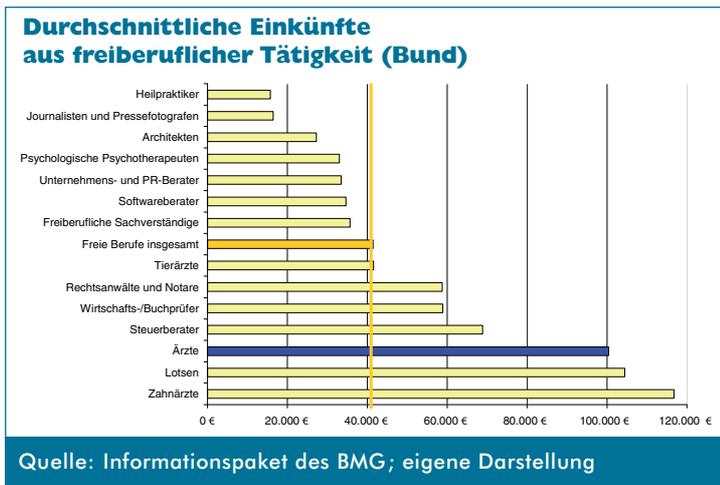
Betrachtet man den 5-Jahres-Zeitraum 2003 bis 2007, so ergibt sich eine Vergütungssteigerung von 10,73 %. Trotz des Vergütungsrückgangs im Jahr 2009 liegt im 5-Jahres-Zeitraum 2005 bis 2009 die Vergütungssteigerung sogar bei 11,08 %. Dies erklärt sich aus den überdurchschnittlichen Steigerungen in den vorangegangenen Jahren. Bei dieser Betrachtung sind die von Herrn Ministerpräsident Oettinger in Aussicht gestellten 140 Mio. EUR noch nicht einmal berücksichtigt. Daher sind die derzeit stattfindenden Proteste nicht nachvollziehbar.



4. Einkommen der Ärzte

Das Einkommen der Vertragsärzte resultiert zum einen aus der medizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten, zum anderen aus der Behandlung der Privatversicherten und Selbstzahlerleistungen.

Im Vergleich zu anderen Freiberuflern zählen die niedergelassenen Vertragsärzte zu den Spitzenverdienern. Mit einem durchschnittlichen Einkommen von rd. 100.000 EUR verdienen niedergelassene Ärzte z. B. rd. 70 % mehr als Rechtsanwälte und Notare.



4.1 Einkommen aus GKV-Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg klagt massiv über Honorareinbußen. Was sie verschweigt: Vertragsärzte in **Nordwürttemberg**

Durchschnittlicher Umsatz und Überschuss* je Arzt (ohne nicht-ärztliche Psychotherapeuten) aus der Leistungsabrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (2007) – nach Kassenärztlichen Vereinigungen –

Kassenärztliche Vereinigung	GKV-Umsatz je Arzt in EUR	GKV-Überschuss je Arzt in EUR	In v. H. vom Durchschnitt West
Nord-Württemberg	238.563	106.161	115,8
Mecklenburg-Vorpommern	222.740	99.119	108,1
Niedersachsen	221.017	98.353	107,3
Bremen	220.888	98.295	107,2
Bayern	219.523	97.688	106,6
Süd-Württemberg	216.438	96.315	105,1
Nordbaden	215.339	95.826	104,5
Westfalen-Lippe	215.016	95.682	104,4
Sachsen-Anhalt	214.803	95.587	104,3
Brandenburg	211.295	94.026	102,6
Saarland	208.739	92.889	101,3
Sachsen	204.756	91.116	99,4
Hamburg	200.806	89.359	97,5
Südbaden	198.776	88.455	96,5
Rheinland-Pfalz	197.765	88.005	96,0
Schleswig-Holstein	197.639	87.949	95,9
Nordrhein	193.497	86.106	93,9
Thüringen	191.286	85.122	92,8
Hessen	183.758	81.772	89,2
Berlin	162.941	72.509	79,1
Bund	206.247	91.780	100,1
Neue Länder	207.568	92.368	100,7
Alte Länder	206.026	91.682	100,0

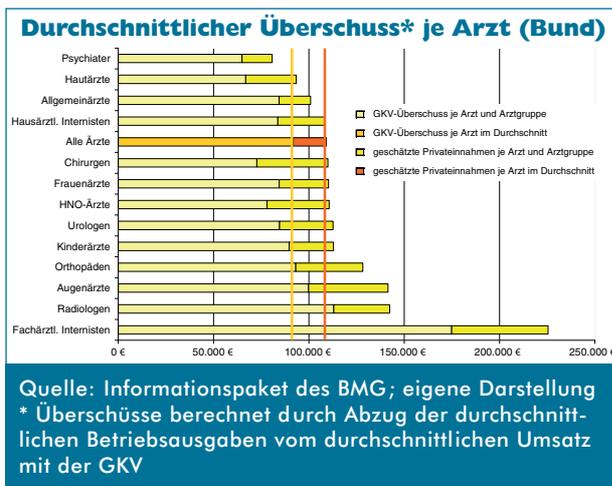
Quelle: Informationspaket des BMG
 *Überschüsse berechnet durch Abzug der durchschnittlichen Betriebsausgaben vom durchschnittlichen Umsatz mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (d.h. ohne Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit), Ermittlung der Betriebsausgaben jew. mit den Anteilen der Betriebsausgaben am Gesamtumsatz lt. KBV für 2007: 55,5 für alte und neue Länder

berg waren bisher bundesweit die **Spitzenverdiener ihrer Branche**.

Aus einem bundesweiten Vergleich über Umsatz und Überschuss je Vertragsarzt im Jahr 2007 ergibt sich: In 3 von 4 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Nordwürttemberg, Südwürttemberg, Nordbaden) lagen die Mediziner beim GKV-Überschuss deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Vertragsärzte in Nordwürttemberg belegen mit einem durchschnittlichen GKV-Überschuss von 106.161 EUR den Spitzenplatz (Bundesdurchschnitt: 92.780 EUR). Nur in Südbaden rangieren die Vertragsärzte knapp unterhalb des Durchschnitts.

4.2 Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit

Nach einer Statistik des BMG haben die niedergelassenen Vertragsärzte zusätzlich zu ihren Abrechnungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2007 bundesweit insgesamt rund 4,6 Mrd. EUR Umsatz mit den Privatversicherungen gemacht. Der Anteil der privatärztlichen Einnahmen am Gesamtüberschuss je Vertragsarzt ist jedoch in den einzelnen Fachgruppen höchst unterschiedlich.



5. Vertragsärztliche Versorgungssituation

Regelmäßig vor Ärtztagen, so auch unlängst in Mainz, warnen die Ärzte vor einem drohenden Versorgungsnotstand im Gesundheitswesen. Die Ärzte befürchten, dass unter den zuvor genannten Voraussetzungen in der Vergütung von Vertragsärzten niemand mehr den Beruf des Arztes ergreifen wolle bzw. eine Vielzahl sich einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verweigert. Dieser Trend könne nach Auffassung der Ärzte nur mit einem entsprechenden finanziellen

Anreiz abgewendet werden. Die Fakten dagegen sprechen eine andere Sprache.

Hierzu eine aktuelle Umfrage der Ärzte Zeitung: „Wie eh und je: Junge Ärzte zieht`s in die Praxis“, so titelte die Ärzte Zeitung in ihrer Ausgabe vom 10. Juni 2009. Was reizt junge Ärzte daran, sich in einer Praxis niederzulassen? Die „Ärzte Zeitung“ befragte frisch gebackene Praxischefs. Eines wurde deutlich: Das Einkommen spielt keine so große Rolle bei der Entscheidung – eher das Verlangen nach Unabhängigkeit und besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Außerdem wurden als weitere Gründe, sich als Arzt niederzulassen, genannt: Patienten über eine längere Zeit betreuen, die Unabhängigkeit des Freiberuflers, die Gestaltungsmöglichkeiten, die Vielfältigkeit, Vermeidung von Stress im Klinikalltag (z. B. regelmäßige Nachschichten, Unvereinbarkeit mit Kindern). Selbstkritisch wird angemerkt, dass im Studiengang Medizin betriebswirtschaftliche Grundlagen kein nennenswerter Bestandteil seien.

5.1 Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg

Die aktuelle vertragsärztliche Versorgungsstruktur in Baden-Württemberg ist gut. Arztgruppenübergreifend kann ein gesetzlich Krankensversicherter, im Rahmen seiner freien Arztwahl, bei Bedarf immer noch und weiterhin auf eine große Vielfalt von Haus- und Fachärzten zurückgreifen.

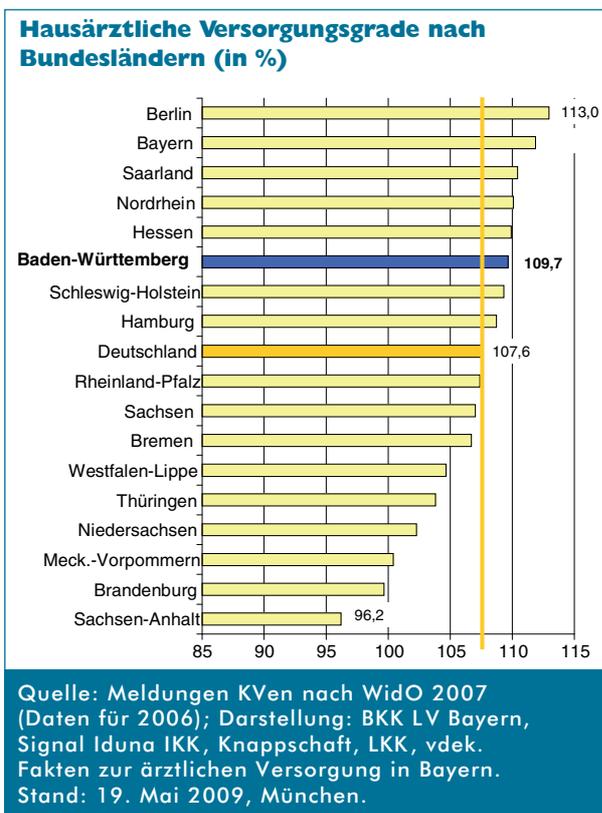


Wie sich die Versorgungsstruktur einer Region darstellt, erkennt man am so genannten vertragsärztlichen Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass die Zahl der Vertragsärzte dem planerischen Soll entspricht, welches bundeseinheitlich durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird (Verhältniszahlen, unterschieden nach Planungsbereich und Arztgruppe).

Von einer Überversorgung spricht man bei einem Versorgungsgrad von 110 % oder mehr. Unterversorgt mit Vertragsärzten einer Arztgruppe ist ein Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 75 % bei Hausärzten und 50 % bei Fachärzten. Eine Unterversorgung ist nach aktuellem Kenntnisstand in Baden-Württemberg mittelfristig nicht zu befürchten. Die vertragsärztliche Versorgung in Baden-Württemberg wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales und den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens kontinuierlich beobachtet und bewertet. Ebenso wurde das Thema Unterversorgung bereits im dafür zuständigen Gremium (Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg) diskutiert.

5.2 Hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Im Vergleich der Bundesländer belegt Baden-Württemberg bei der hausärztlichen Versorgung sogar eine Platzierung unter den ersten sechs und grenzt an eine Überversorgung mit Hausärzten.



Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg hat für die Arztgruppe Hausärzte in 27 von 43 Planungsbereichen Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet. Auch in den übrigen noch offenen Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad nicht unter 100 %.

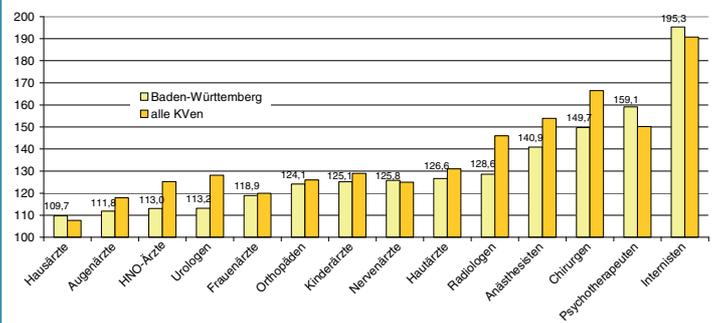
5.3 Fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Bei der fachärztlichen Versorgung weist Baden-Württemberg derzeit einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von ca. 130 % mit 20 offenen und 540 gesperrten und somit Überversorgten Planungsbereichen aus. Bei den genannten Zahlen sind die zur ambulanten Behandlung ermächtigten Krankenhausärzte nicht berücksichtigt. Nachdem in Baden-Württemberg ganz überwiegend eine Überversorgung besteht, ist daher auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft zumindest in den nächsten Jahren nicht mit einer nennenswerten Unterversorgung zu rechnen.

6. Fazit

Das Bundesland Baden-Württemberg verfügt im Ergebnis derzeit über eine gute vertragsärztliche Versorgung. Es besteht aktuell keine Unterversorgung, vielmehr sind regional erhebliche Überversorgungen festzustellen. Daher ist auch in den

Ärztliche Versorgungsgrade nach Facharztgruppen: Baden-Württemberg und Deutschland (in %)



Quelle: Meldungen KVen nach WidO 2007* (Daten für 2006); eigene Darstellung

* Klose J., Rehbein I., Uhlemann T., *Ärztatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Wissenschaftliches Institut der AOK (WidO), Bonn

nächsten Jahren in Baden-Württemberg kein Ärztemangel zu erwarten.

Nachdem die Gesamtvergütung 2009 in Höhe von über 3,7 Mrd. EUR nahezu identisch mit der Gesamtvergütung 2008 ist, sind Honorarverluste eher in der Verteilungsproblematik innerhalb der Ärzteschaft als in zu geringen Zahlungen seitens der Krankenkassen zu suchen.

Autoren: Ilona Fallaschek, BKK Landesverband Baden-Württemberg; Rolf Hofmann, IKK Baden-Württemberg und Hessen; Nina Willkomm, Knappschaft; Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg, Stand Juni 2009

50 Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg

Pflegestützpunkte bündeln die Beratung über die pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen und deren Vernetzung unter einem Dach. Für Baden-Württemberg sind ca. 50 funktionsfähige Pflegestützpunkte – zunächst ein Pflegestützpunkt je Stadt- und Landkreis – vorgesehen. Die zwischen den Verbänden mit ihren Pflege- und Krankenkassen sowie den kommunalen Landesverbänden unterzeichnete Kooperationsvereinbarung stellt sicher, dass vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig berücksichtigt werden. Die Pflegestützpunkte sollen die wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten übernehmen.

Verbände und ihre Kassen beteiligen sich an den Pflegestützpunkten

Der Verband der Ersatzkassen räumt der Beratung von Menschen mit Pflegebedarf und der Koordinie-

rung passgenauer Hilfen einen zentralen Stellenwert ein. Die Pflegestützpunkte sind hierfür geeignete und wichtige Instrumente. Sie können dazu beitragen, dass auf der örtlichen Ebene die Beratungs- und Begleitstrukturen wirksam vernetzt und somit trotz der Gliederung des sozialen Hilfesystems den pflegebedürftigen Menschen Hilfen aus einer Hand ermöglicht werden.

Doppelstrukturen vermeiden

Da jedoch bereits in Baden-Württemberg auf kommunaler Ebene vielfach Institutionen vorhanden sind, wie z. B. die Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen (IAV-Stellen), die bereits kompetent Beratungs- und Koordinierungsaufgaben wahrnehmen, sind nach Auffassung der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg die Aufgaben der Beratung hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, der Koordinierung der Hilfen im Einzelfall und der

Koordinierung des regionalen Versorgungssystems gemeinsam und gleichberechtigt von Sozialversicherungs- und Sozialhilfeträgern und den Kommunen zu gestalten und zu verantworten – mit dem Ziel Doppelstrukturen zu vermeiden.

Aufgaben der Pflegestützpunkte

In den Pflegestützpunkten sollen die pflegerischen, sozialen und umweltbezogenen Anfragen, auch im Vor- und Umfeld der Pflege, aufgenommen und nach Möglichkeit beantwortet werden. Sie sollen ein von Träger- und Leistungserbringerinteressen unabhängiges, neutrales, wohnortnahes Beratungsangebot anbieten. Leistungsentscheidungen werden jedoch nicht im Pflegestützpunkt getroffen.

Pflegestützpunkte werden auch zur Vernetzung eines Angebotes für Hilfe suchende Menschen beitragen, das möglichst alle pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort umfasst.

Kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote werden vorrangig berücksichtigt

Die Kooperationsvereinbarung sieht eine Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Pflegestützpunkte vor, die über regionale Trägerschaft der Pflegestützpunkte entscheidet. Dabei werden vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig berücksichtigt. Erst wenn die Errichtung eines Pflegestützpunktes unter Beteiligung eines kommunalen Trägers nicht zustande kommt, errichtet die „LAG Pflegestützpunkte“ eine Stelle. Die „LAG Pflegestützpunkte“ wird als eingetragener Verein geführt. Gründungsmitglieder sind die Landesverbände der Pflege und Krankenkassen sowie die kommunalen Landesverbände. Der Satzungsentwurf

wurde im Juli 09 dem zuständigen Registeramt zur Genehmigung vorgelegt.

Da mit der Errichtung von Pflegestützpunkten neue Pflegeberatungsangebote geschaffen werden und folglich keine Erfahrungswerte vorliegen können, in welchem Umfang die Pflegestützpunkte überhaupt in Anspruch genommen werden, werden ca. 50 Pflegestützpunkte errichtet.

Erste Pflegestützpunkte in diesem Jahr

Die LAG Pflegestützpunkte wird sich landesweit gültige und einheitliche Vorgaben zur personellen und sächlichen Ausstattung der Pflegestützpunkte geben. Eine personelle Präsenz mit mindestens einer Fachkraft und feste Öffnungszeiten von Montag – Freitag sind Mindestanforderungen. Dabei werden die Kosten eines Pflegestützpunktes kalkulatorisch mit einem durchschnittlichen pauschalen Aufwand von ca. 80.000 Euro anzusetzen sein. Krankenkassen, Pflegekassen und kommunale Träger teilen sich die Kosten zu je einem Drittel.

Die ersten Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg werden in diesem Jahr eröffnet.



Gruppenbild mit Dame. Unser Foto zeigt Arbeits- und Sozialministerin Dr. Monika Stolz mit der unterzeichneten Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten. Diese Vereinbarung wurde von allen Landesverbänden der Pflege - und Krankenkassen sowie den kommunalen Landesverbänden unterzeichnet. Unser Bild zeigt von links nach rechts: Roger Kehle/Präsident des Gemeindetages Baden-Württemberg, Dr. Jürgen Schütz/Präsident des Landkreistages Baden-Württemberg, Stefan Gläser/Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Städtetages Baden-Württemberg, Ministerin Dr. Monika Stolz, Hugo Schüle/Vorstandsvorsitzender der IKK Baden-Württemberg und Hessen, Dr. Rolf Hoberg/Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, Reinhold Knittel/Geschäftsführer der LSV, Walter Scheller/Leiter des Ersatzkassenverbandes (vdek) Baden-Württemberg, Konrad Ehing/Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes Baden-Württemberg, Herbert Meyer/Knappschaft.

KURZ GEMELDET

Einsatz für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen hat sich gelohnt

In der gesetzlichen Krankenversicherung haben die versicherten Kinder einen Anspruch auf nichtärztliche sozialpädiatrische und -psychiatrische Leistungen (§ 43 a SGB V). Zur Umsetzung des gesetzlichen Anspruchs haben die Ersatzkassen bereits im Jahre 1994 mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Sozialpsychiatrie-Vereinbarung geschlossen. In Abgrenzung zu den Primärkassen-Verträgen beschränkte sich die Vereinbarung der Ersatzkassen nicht nur auf den gesetzlich festgeschriebenen Mindestumfang. Neben der Erstdiagnostik und der Erstellung eines Behandlungsplans erhalten die Versicherten der Ersatzkassen auch umfangreiche nichtärztliche Therapieleistungen.

Im Rahmen der Kündigung der Vereinbarungen ist eine Diskussion um den Leistungsumfang entstanden. Die sozialpsychiatrischen Leistungen waren aber nie ein Wettbewerbsfeld für die Ersatzkassen, sodass sich die Bundes- wie auch die Landesebene der Ersatzkassen immer für eine Vereinheitlichung auf dem hohen Ersatzkassenniveau stark gemacht haben.

Die Verhandlungen auf Bundesebene gestalteten sich schwierig. Aus diesem Grund haben sich die Ersatzkassen in Baden-Württemberg bereit erklärt, dass sie die bisherige Vereinbarung weiter gegen sich gelten lassen. Außerdem hat der vdek-Baden-Württemberg die behandelnden Ärzte aufgefordert, für eine einheitliche Vereinbarung auf Ersatzkassenniveau einzutreten. Die Verhandlungen auf Bundesebene wurden auch durch die Feder des Gesetzgebers beschleunigt. Eine bundesweite Regelung im Rahmen der Bundesmantelverträge auf dem hohen Leistungs- und Vergütungsniveau der Ersatzkassen steht nun kurz bevor. Somit hat sich der Einsatz der Ersatzkassen in Baden-Württemberg gelohnt und die Versicherten aller Kassenarten erhalten ab sofort nicht nur diagnostische Leistungen sondern auch nichtärztliche Therapieleistungen.

Premiere: Schiedsstelle setzt Landesbasisfallwert 2009 fest

Erstmals in der Geschichte der baden-württembergischen Landesbasisfallwertverhandlungen konnten sich die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassenverbände einschließlich der Privaten Krankenversicherung für das Jahr 2009 nicht auf dem Vereinbarungswege über die Höhe des Landesbasisfallwertes verständigen. Zur Festsetzung des Landesbasisfallwertes musste daher die Schiedsstelle nach § 18 a KHG angerufen werden. Nach zwei umfangreichen mündlichen Verhandlungen am 13. und 27.05.2009 hat die Schiedsstelle in zwischen den Landesbasisfallwert 2009 festgesetzt. Danach beläuft sich der Landesbasisfallwert auf 2.918,66 € ohne Berücksichtigung des sogenannten „Schonbetrages“ für die im Konvergenzverfahren noch zu „schonenden“ Krankenhäuser. Mit Berücksichtigung des „Schonbetrages“ beläuft sich der Landesbasisfallwert auf 2.917,18 €. Die auf der Bundesebene zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband vereinbarten Tarifierhöhungen für Löhne und Gehälter sind bei dieser Festsetzung ebenfalls berücksichtigt worden. Der schriftliche Schiedsstellenbeschluss liegt vor. Das Genehmigungsverfahren läuft.

Die Genehmigung des Ministeriums für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg vorausgesetzt, wird dieser Landesbasisfallwert für insgesamt 183 Krankenhäuser, die in Baden-Württemberg nach dem pauschalierten Entgeltsystem abrechnen, zum Tragen kommen. Für diese Krankenhäuser erhöht sich damit gegenüber dem Jahr 2008 das Erlösvolumen um rund 480 Mio. € auf insgesamt 6,13 Mrd. €.

Fehlverhalten im Gesundheitswesen ist immer ein Thema

Wegen Betruges in einem besonders schweren Fall und wegen Urkundenfälschung in sieben Fällen wurde der Geschäftsführer eines ambulanten Pflegedienstes rechtskräftig verurteilt. Über eine Freiheitsstrafe auf Bewährung hinaus muss der Angeklagte eine Strafe im oberen fünfstelligen Bereich zahlen. Gefälscht wurden Urkunden von Mitarbeitern über die staatliche Anerkennung als Altenpfleger/in, obgleich die Mitarbeiter lediglich Pflegehelfer/in waren. Es wurden falsche Rechnungen eingereicht, wodurch den Krankenkassen ein Schaden entstand. Dem Angeklagten wird für die Dauer von drei Jahren verboten einen ambulanten Pflegedienst zu leiten. Die AG Abrechnungsmanipulation der Ersatzkassen beschäftigt sich unter Federführung des vdek Baden-Württemberg regelmäßig mit derartigen wie auch anders gelagerten Fällen von Leistungserbringern im Gesundheitswesen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Baden-Württemberg des vdek
Christophstraße 7 (Eberhard Passage) · 70178 Stuttgart
Telefon: 07 11 / 2 39 54-19 · Telefax: 07 11 / 2 39 54-16
E-Mail: Frank.Winkler@vdek.com
Verantwortlich: Walter Scheller · Redaktion: Frank Winkler