

report baden-württemberg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

April 2009

ersatzkassen

Honorarreform:

Mehr Gerechtigkeit bei der Verteilung der Honorare?

Die Ministerin für Arbeit und Soziales, Dr. Monika Stolz, möchte bei der Verteilung der Honorare mehr Gerechtigkeit. Sie sieht unerträgliche Honorarabflüsse aus Baden-Württemberg, die es zu verhindern gilt. Mit einer Gesetzesinitiative wollte die baden-württembergische Landesregierung zusammen mit Nordrhein-Westfalen – ihrer Meinung nach – die Fehlentwicklungen der aktuellen vertragsärztlichen Vergütung korrigieren. Die Bürgerinnen und Bürger im Südwesten zahlen weit überdurchschnittlich in den Gesundheitsfonds ein und relativ wenig Beitragsmittel fließen ins Land. „Wir können nicht in jeder Hinsicht der Zahlmeister der Nation sein und immer dann in die Röhre schauen, wenn es ans Verteilen geht“, erklärte die Ministerin. Bekanntlich ist der eingebrachte Gesetzesvorschlag im Bundesrat gescheitert.

Die Fakten

Die Ärzteschaft hat für 2009 gegenüber 2007 3,8 Mrd. Euro mehr erhalten. Das sogenannte Morbiditätsrisiko ist mit der Honorarreform 2009 auf die Krankenkassen übergegangen. Die Anbindung der Arzthonorare an die Einnahmen der Krankenkassen ist Geschichte. Die Ärzte rechnen jetzt in Euro und Cent ab. Für die Vergütung gilt der Grundsatz „Gleiches Geld für glei-

che Leistung“. Die Selbstverwaltung hat mit der Vergütungsreform einen Einkommenszuwachs – im Durchschnitt 17.500 Euro brutto pro Praxis – für die Ärzteschaft beschlossen. Keine Region verliert 2009 gegenüber 2007 Geld. Allerdings fällt von KV zu KV – durch die bundesweite Vereinheitlichung und unterschiedliche Vertragshistorien – der Honorarzuwachs unterschiedlich aus. Die Honorarreform ist am 1. Januar 2009 in Kraft getreten. Trotzdem wird vielerorts so getan, als stünden die endgültigen Ergebnisse für die einzelnen Praxen bereits fest. Viele Ärzteverbände beklagen die aus ihrer Sicht zu niedrigen Regelleistungsvolumen. Dabei werden zahlreiche Leistungen von den Krankenkassen zusätzlich vergütet (z. B. Früherkennungsunter-

In dieser Ausgabe:

- Konjunkturprogramm für Krankenhäuser
- Ambulante Pflegeeinrichtungen:
Bei der Hygiene besteht noch Verbesserungsbedarf
- Kassen sichern Selbsthilfe mit Millionenbetrag



suchungen). Es herrscht aktuell ein massives Transparenzproblem durch die teilweise unzureichende Informationspolitik der Kassenärztlichen Vereinigung. Hier muss die Aufklärungsarbeit gegenüber der Ärzteschaft deutlich verbessert werden. Das Durchschnittseinkommen eines Arztes in Deutschland betrug nach Erhebungen des Statistischen Bundesamtes zuletzt ca. 126.000 Euro pro Jahr (= Gesamteinkommen) und wird durch die Honorarreform auf über 140.000 Euro pro Jahr steigen. Die Ärztestreiks, Praxisschließungen sowie Ausstiegsdrohungen diverser Berufsverbände lassen sich in Anbetracht derartiger Zahlen von der Bevölkerung, welche die Beitragszahler sind, nicht nachvollziehen. Insbesondere dann nicht, wenn ein derartiges Spektakel zu einem Zeit-



„Die Kassen und ihre Verbände sind sich einig: Die Ärzte dürfen Leistungen nicht verweigern.“, Walter Scheller vom Verband der Ersatzkassen beim Empfang der sehr zahlreich erschienenen baden-württembergischen Gesundheitsakteure im Landtag.



Walter Scheller,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Baden-Württemberg

DER KOMMENTAR

Sollte die Arbeitslosigkeit weiter ansteigen...

Die Finanz- und Wirtschaftskrise wirft ihre Schatten auf die Einnahmen bei den Krankenkassen voraus. Steigt die Arbeitslosigkeit weiter, droht den Krankenkassen ein Defizit. Der aktuelle Beitrag von 15,5 % reicht nicht aus, um die durch steigende Arbeitslosigkeit wegbrechenden Einnahmen auszugleichen. Ende April wird der Schätzerkreis für das Gesundheitswesen über die weitere wirtschaftliche Entwicklung für das Jahr 2009 sprechen und Strategien entwickeln müssen. Als Faustregel gilt: 100.000 neue Arbeitslose schlagen mit jährlichen Mindereinnahmen von 70 Mio. Euro zu Buche. Erheblich teurer wird es, wenn sich Erwerbslosigkeit verfestigt und die Leute Arbeitslosengeld II bekommen. 100.000 Hartz-IV-Empfänger bedeuten für die Krankenkassen 200 Mio. Euro weniger Einnahmen.

Und dann gibt es ja noch die unsägliche Diskussion um mehr Honorar für die Ärzte. Unerträglich ist für mich, dass die Honorardebatte der Ärzte auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird. Dies ist inakzeptabel! Die Krankenkassen in Baden-Württemberg stellen den Ärzten bereits über die gesetzliche Verpflichtung hinaus 35 Mio. Euro zur Finanzierung von zusätzlichen Leistungen im Jahr 2009 zur Verfügung. Im Ergebnis wenden damit die baden-württembergischen Krankenkassen für ärztliche Leistungen im Jahr über 3,7 Mio. Euro auf. Dieses Geld wird von Beitragszahlern aufgebracht, die in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage überhaupt nicht wissen, ob ihr Arbeitsplatz Mitte des Jahres noch sicher sein wird. Das zugesagte Geld fließt in voller Höhe in das Gesundheitssystem, unabhängig von möglichen Einnahmeausfällen durch die wirtschaftliche Entwicklung. Gerade vor diesem Hintergrund muss die ungerechtfertigte Stimmungsmache einiger Ärzte zulasten von Versicherten und Patienten sofort gestoppt werden. Weiteres Ungemach droht bei den Medikamentenausgaben...

punkt inszeniert wird, an dem sich die Menschen hierzu-lande in der tiefsten Konjunktur- und Finanzkrise seit dem zweiten Weltkrieg befinden.

Honorarstreit darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden

Anlässlich einer Protestaktion der Ärzte gegen die Honorarreform in Stuttgart äußerte sich Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg: „Die Ärzte protestieren vor dem Hintergrund der Honorarreform gegen eine Unterfinanzierung der ambulanten Medizin. Die Honorarreform hat den Ärzten bundesweit insgesamt ein Plus von rund 3,8 Milliarden Euro gegenüber 2007 beschert. Insofern sind die Protestaktionen und Streiks nicht nachvollziehbar und im Wesentlichen der Unsicherheit über die Auswirkungen des fast komplett neuen Vergütungssystems geschuldet. Mit einer umfassenden, sachlichen Information war die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg wohl überfordert. Den Honorarstreit auf dem Rücken der Patienten auszutragen, ist nicht hinnehmbar. Einzelne Praxen gehen so weit, die Versicherten nur noch gegen Vorkasse oder mittels Zuzahlungen zu behandeln. Ich möchte an dieser Stelle nochmals klarstellen: Ein derartiges Vorgehen ist grob rechtswidrig. Die Ärzte, die dies praktizieren, müssen disziplinarrechtliche Schritte befürchten, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können. Patienten haben ein Recht darauf, qualitativ hochwertig und sooft wie nötig behandelt zu werden – und zwar ohne, dass sie dafür etwas dazuzahlen oder in Vorkasse gehen müssen!“

Die Krankenkassen in Baden-Württemberg stellen den Ärzten bereits über die gesetzlichen Verpflichtungen hinaus 35 Mio. Euro zur Finanzierung von zusätzlichen Leistungen im Jahr 2009 zur Verfügung. Im Ergebnis wenden damit die baden-württembergischen Krankenkassen für ärztliche Leistungen im Jahr über 3,7 Milliarden Euro auf. Dieses Geld wird von Beitragszahlern aufgebracht, die in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage überhaupt nicht wissen, ob ihr Arbeitsplatz Mitte des Jahres noch sicher sein wird. Das zugesagte Geld fließt in voller Höhe in das Gesundheitssystem unabhängig von möglichen Einnahmeausfällen durch die wirtschaftliche Entwicklung.

Honorarreform wurde von Ärzten gefordert

Sollten Versicherte von Streik- und Protestaktionen ihrer Ärzte betroffen sein, sollten sie sich umgehend an ihre Kasse wenden. Dort wird alles getan, um gemeinsam mit den Beteiligten vor Ort, der Kassenärztlichen Vereinigung und ggf. auch mit dem zuständigen Landesministerium das Problem zu lösen. Als letzte Möglichkeit scheue man sich aber nicht, rechtliche Konsequenzen zu ziehen, so Walter Scheller. „Die Honorarreform wurde von weiten Teilen der

Ärzteschaft selbst gefordert. Zukünftig werde sich die ärztliche Vergütung tatsächlich nach der Morbidität der Versicherten richten. Ärzte, die jetzt die Honorarreform ablehnen, richten sich damit gegen ihre eigenen Forderungen“, argumentiert Walter Scheller.

Durch die bundesweite Vereinheitlichung der Arzthonorare fällt der Honorarzuwachs in den Regionen tatsächlich unterschiedlich aus. So seien die Kassenärzte in den neuen Bundesländern die klaren Gewinner der Reform, sie erhielten fast 20 % mehr Geld von den Kassen. Aber auch in den alten Bundesländern seien die Honorarzuwächse teilweise ähnlich hoch, wie etwa in Niedersachsen mit einem Plus von 16,5 % und Berlin mit einem Plus von 11,5 %. Bei den – relativen – Verlierern wie Baden-Württemberg und Bayern sei zu berücksichtigen, dass das Ausgangsniveau hier bereits sehr hoch gewesen sei, der Honorarzuwachs entsprechend geringer ausfalle. Fakt sei, dass das Jahr 2009 für die niedergelassenen Ärzte insgesamt mit einem Honorarzuwachs von rund 3,8 Milliarden Euro begonnen hat – das entspricht einem Einkommenszuwachs von durchschnittlich 17.500 Euro pro Praxis. Durch die Honorarreform würde das Durchschnittseinkommen eines Arztes in Deutschland damit voraussichtlich auf 140.000 Euro pro Jahr steigen.

„Angesichts der immer bedrohlicheren Entwicklung der allgemeinen wirtschaftlichen Situation sollte das ein Grund für Zufriedenheit sein“, so Walter Scheller. Zu beachten sei dabei auch, dass die Honorarreform erst einige Monate in Kraft sei und endgültige Ergebnisse für die Arztgruppen und die einzelnen Haus- und Facharztpraxen noch gar nicht fest stünden.

So kämen zu den Regelleistungsvolumen zahlreiche zusätzliche Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung hinzu. „Für eine Gewinner- und Verlierer-Bilanz ist es daher noch viel zu früh“, so Walter Scheller, Verbandschef der Ersatzkassen in Baden-Württemberg.

Wie hoch die Einkommen der Ärzte und Therapeuten tatsächlich sind, wird erst nach Abrechnung des ersten Quartals im Mai erkennbar werden. Die jetzt beschlossenen Korrekturen sollen es einigen Medizinern erlauben, mehr Leistungen außerhalb eines gedeckelten Budgets, den sogenannten Regelleistungsvolumina, abzurechnen.

Mehr Gerechtigkeit bei den Honoraren – mehr Geld gibt es aber nicht

Die umstrittene Reform der Ärztehonore wird zum 1. Juli nachgebessert. Ärzte und Krankenkassen haben am 20. April beschlossen, die Verteilungsregeln zu ändern. Mehr Geld für die in Deutschland rund 150.000 niedergelassenen Ärzte und Therapeuten gibt es aber insgesamt nicht.

BKK, IKK, Knappschaft und Verband der Ersatzkassen: „Verwerfungen bei den Honoraren begrenzen!“



Manfred Zach, Ministerialdirekt im Ministerium für Arbeit und Soziales, kritisiert Ärzte, die Patienten nur gegen Vorkasse oder Zuzahlungen behandeln.

Einheitliche Standpunkte und eine gemeinsame Vorgehensweise bei den aktuellen Auseinandersetzungen um die Honorarverteilung unter den baden-württembergischen Ärzten demonstrieren die Vorstandsvorsitzenden des BKK-Landesverbandes Baden-Württemberg, der IKK Baden-Württemberg und Hessen, der Knappschaft und des Verbands der Ersatzkassen (vdek) Baden-Württemberg bei ihrem ersten gemeinsamen Neu-

jahrsempfang Ende Januar im Plenum-Restaurant des Landtags in Stuttgart.

„Der gemeinsame Neujahrsempfang soll die gute Zusammenarbeit der vier Kassenverbände unterstreichen“, betonte Konrad Ehing, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes Baden-Württemberg, in seiner Begrüßung. Denn diese Allianz, gerade auch bei Verhandlungen im Vertragsbereich, sei trotz aller Konkurrenz unter den Kassen gut, sinnvoll und notwendig.

Wie Ehing unterstrich auch Hugo Schüle, Vorstandsvorsitzender der IKK Baden-Württemberg und Hessen, die Notwendigkeit, die Verteilung der Mittel

für die Gesundheitsversorgung im Land gerechter zu gestalten. Schließlich sei die absolute Größe des Honorarvolumens für ärztliche Leistungen in der Bundesrepublik sogar gestiegen: „Denkbaren Verlusten auf der einen Seite müssen Gewinne auf der anderen Seite gegenüberstehen“, betonte Schüle. Diese Verwerfungen wollten die Krankenkassenverbände gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg nun begrenzen.

Erst in den vergangenen Tagen habe das Zweckbündnis der vier Krankenkassenverbände, die zusammen über einen Versichertenanteil von 58 Prozent im Land verfügen, gemeinsames Handeln bewiesen, führte Walter Scheller, Leiter des Verbandes der Ersatzkassen, aus: Per Pressemitteilung forderten die Vorstände die baden-württembergischen Gastroenterologen auf, ihre Leistungsverweigerung und ihre irreführenden Aussagen vor dem Hintergrund der aktuellen Honorardebatten sofort zu beenden. Scheller appellierte an die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg, die Versorgung mit Gastroskopien sicherzustellen.

Zahlreiche Vertreter der Bundes- und Landespolitik, des Ministeriums für Arbeit und Soziales sowie der Leistungserbringer, Verwaltungsräte, Kammern, Verbände, Organisationen im Gesundheitswesen und Vorstände der beteiligten Kassen nutzten den Neujahrsempfang für einen regen Gedankenaustausch.

Konjunkturprogramm für Krankenhäuser 25 Projekte in Baden-Württemberg werden mit 174 Mio. Euro unterstützt

„Als erfreulich und richtigen Ansatz“ hat Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, die Umsetzung des Zukunftsinvestitionsprogrammes des Bundes und des Infrastrukturprogrammes des Landes für die Krankenhäuser kommentiert. Danach wird das Land (130 Mio. Euro) in Kofinanzierung mit den Kommunen (44 Mio. Euro) 25 Krankenhausprojekte mit insgesamt 174 Mio. Euro fördern. Für die Förderung von Einzelvorhaben spricht, dass damit eine Vielzahl von dringlichen Einzelvorhaben zur Verbesserung der stationären medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Baden-Württemberg verwirklicht werden kann.

„Dies ist ein erster wichtiger Schritt in die richtige Richtung, dem weitere folgen müssen. Mit diesen Mitteln wird der Investitionsstau von 1,2 Milliarden Euro im baden-württembergischen Krankenhauswesen zumindest ein wenig reduziert“, so Walter Scheller weiter. Diese Summe bezieht sich auf Vorhaben, die einer schnellen Realisierung bedürfen (z. B. hygienerelevante OP-Sanierungen und Sanierungen von Intensivstationen). Diese Vorhaben sind prioritär einzustufen. Der aktuelle Anmeldebestand aller beim Land angemeldeten Vorhaben beträgt absolut sogar rd. 1,786 Mrd. Euro (Stand Dezember 2008). Der Anmeldebestand lag 2006 bei 1,620 Mrd. Euro und 2007 bei 1,737 Mrd. Euro.

Nach Einschätzung des Verbandes der Ersatzkassen hätten viele Kliniken im Lande weniger ein Problem mit dem Geld der Krankenkassen als mit den Investitionsmitteln aus dem Landeshaushalt. Kassenmittel könnten häufig zweckentfremdet in bauliche Investitionen fließen. Damit stünden diese Gelder der medizinischen Versorgung nicht mehr zur Verfügung oder fehlten zum Ausgleich von Tarifierhöhungen. Der Grund hierfür liege vor allem darin, dass die Länder ihrer Investitionsverpflichtung nicht in ausreichendem Maße nachkämen – seit Beginn der dualen Finanzierung habe sich die Investitionsquote

stetig verringert. Der Investitionsstau im stationären Sektor Baden-Württembergs in Höhe von 1,2 Milliarden Euro ergibt sich aus der verschleppten Beseitigung ineffektiver Strukturen – insbesondere alter Bausubstanz, die zu langen und teuren Wegen führt. Dies wiederum bedeutet, dass mehr Personal vorgehalten werden muss, welches nicht zur Verbesserung der medizinischen Versorgung eingesetzt werden kann. Das Land Baden-Württemberg entzieht sich somit der Finanzierung notwendiger Gebäudemodernisierungen sowie medizinischer Großgeräte.

Ambulante Pflegeeinrichtungen: **Bei der Hygiene besteht noch Verbesserungsbedarf**

Die Kassen im Land Baden-Württemberg beauftragten den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) die zugelassenen ambulanten Pflegeeinrichtungen im Land einer Qualitätsprüfung zu unterziehen. Im Jahr 2008 (Untersuchungszeitraum 1.01.08 bis 31.12.08) wurden insgesamt 403 Pflegeeinrichtungen (401 Vollprüfungen, 2 Teilprüfungen) geprüft. Alle geprüften Pflegedienste bieten häusliche Kranken- und Altenpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie beratende und vermittelnde Angebote an.

Das Ergebnis zeigt, so Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, dass alle befragten Kunden mit den Leistungen ihrer ambulanten Pflegeeinrichtung zufrieden sind. Die professionell Pflegenden gehen mit den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen freundlich und zugewandt um. In der Regel beziehen die professionell Pflegenden die Angehörigen und weitere an der Pflege beteiligten Personen in die Pflege mit ein. Die beobachteten grundpflegerischen Maßnahmen sind immer individuell geplant. In 88 % der Fälle werden diese grundpflegerischen Maßnahmen korrekt vorbereitet. Allerdings betrug dieser Anteil im Jahr 2007 noch 100 %, schränkt Walter Scheller ein. In 83 % der Fälle werden die beobachteten pflegerischen Maßnahmen korrekt durchgeführt. Im Jahr 2007 betrug dieser Anteil noch 97 %. Da der Anteil korrekt vorbereiteter und fach- und sachgerecht durchgeführter grundpflegerischer Maßnahmen gegenüber dem Vorjahr um mehr als 10 % abgenommen hat, wird deshalb bei weiteren Prüfungen gerade darauf ein Hauptaugenmerk gerichtet werden, so Walter Scheller weiter. Die Gutachter des MDK stellten

weiter fest, dass in 69 % der Fälle die beobachteten grundpflegerischen Maßnahmen hygienisch korrekt durchgeführt werden. Im Jahr 2007 betrug dieser Anteil 77 %. Es besteht demnach, so Walter Scheller, unverändert Verbesserungspotenzial beim Hygieneverhalten. So sollten die Pflegekräfte Ihre Hände fachgerecht desinfizieren. Bei körpernahen Tätigkeiten, wie z. B. Waschen und Transfer, sollen die Pflegekräfte immer Schürzen tragen und Einmalhandschuhe sachgerecht einsetzen und wechseln. Die Notwendigkeit zum Tragen von Einmalhandschuhen und zum Tragen von Schutzkleidung bei körpernahen Tätigkeiten wird immer noch nicht von allen Pflegekräften eingesehen. Dazu kommt, dass die Beschaffung dieser Artikel der Pflegeeinrichtung Kosten verursacht. Manche Pflegeeinrichtungen möchten diese Kosten einsparen. „Dies ist ein Skandal und mit gesundem Menschenverstand nicht zu erklären“, ärgert sich Walter Scheller. Verbesserungspotenzial gibt es außerdem bei behandlungspflegerischen Maßnahmen, z. B. bei der korrekten Verbandstechnik oder bei der Vorgehensweise bei Wundspülungen. So werden z. B. Spülflüssigkeitsgebilde benutzt, die nicht mit Anbruchsdaten versehen sind oder es werden Verbände durchgeführt ohne dass hierzu Handschuhe angezogen werden. Mitunter wird die Handdesinfektion unterlassen.

Festzuhalten bleibt, dass Qualität und Qualitätssicherung bei ambulanten Pflegeeinrichtungen einen hohen Stellenwert haben. Qualitätsentwicklungen brauchen eine offene, konstruktive Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachtern. Hierfür sind Qualitätsprüfungen mit beratungsorientiertem Prüfansatz von großer Bedeutung.

Kassen sichern Selbsthilfe mit Millionenbetrag

Selbsthilfe ist wie ein „Airbag“ gegen Krankheit, meinen die Krankenkassen in Baden-Württemberg und beteiligen sich finanziell an der Arbeit von über 1.300 Selbsthilfegruppen und -organisationen. Nach Kassenangaben wurden 2008 von den von allen Kassen zur Verfügung gestellten 2 Millionen Euro rund 1,9 Millionen Euro an Fördergeldern ausbezahlt. Die übrigen 100.000 Euro fließen wieder in die Gemeinschaftsförderung 2009. Die Krankenkassen appellieren an die Selbsthilfegruppen, die zur Verfügung stehenden Fördermittel auch zu nutzen.

Mit der finanziellen Unterstützung würdigen die Kassen nicht nur die Selbsthilfearbeit. Es ist auch die Anerkennung einer gesellschaftlichen Institution, die in der Betreuungsarbeit nicht mehr wegzudenken ist. Vom Gesamtbetrag haben die Selbsthilfekontaktstellen 2008 rund 490.000 Euro erhalten, 590.000 Euro gingen an 59 Landesorganisationen. Die Arbeit der 1285 Selbsthilfegruppen im Land wurde mit weiteren über 820.000 Euro belohnt. Nach Kassenangaben werden 2009 zusätzlich zu den 100.000 Euro aus dem Jahr 2008 weitere 80.000 Euro in die Gemeinschaftsförderung einfließen, da einige Kassen ihre individuellen Fördergelder dem gemeinschaftlichen Topf zur Verfügung stellen. Insgesamt stehen damit 2009 rund 2,2 Millionen Euro Fördermittel für die Selbsthilfe bereit.

Wichtig für den Ersatzkassenverbandschef in Baden-Württemberg, Walter Scheller, ist, dass der

„Selbsthilfe-Airbag“ für die Patientinnen und Patienten auch wirklich funktioniert: „Diese Verlässlichkeit garantieren die Kassen mit ihrem finanziellen Engagement und kommen damit ihrer gesetzlichen Verpflichtung in Baden-Württemberg nach. Wir sind uns in der ‚Arbeitsgemeinschaft (ARGE) Selbsthilfe‘ einig, vor allem die regionale Ebene zu stärken. Deshalb geht auch ein Großteil des Förderbetrages dort hin.“

Die Förderung der Selbsthilfe ist nach Meinung der Krankenkassen eine Gemeinschaftsaufgabe. Daher sollten sich die öffentliche Hand, die Sozialversicherungsträger und die private Krankenversicherung an ihr beteiligen. Die Krankenkassen in Baden-Württemberg fördern seit Jahren Aktivitäten von Selbsthilfegruppen/-organisationen im Gesundheitsbereich neben den finanziellen Hilfen auch durch die Bereitstellung von Räumen und Materialien sowie fachliche Beratung.

Interessierte Selbsthilfegruppen und -vereine, Selbsthilfeorganisationen und Selbsthilfekontaktstellen können alle Antragsformulare für Fördermittel über das Internet bei den einzelnen Krankenkassen abrufen oder telefonisch bei der Geschäftsstelle der ARGE Selbsthilfeförderung anfordern. Die Antragsformulare finden Sie unter:

<http://www.vdek.com/LVen/BAW/Versicherte/Selbsthilfe/index.htm>

Heilmittel

Zahl der Heilmittelerbringer in Baden-Württemberg steigt stetig

In Baden-Württemberg ist die Anzahl der Heilmittelerbringer im Jahr 2004 von 7.820 auf 9.777 Anbieter (30.01.09) um 25 % angestiegen. Zum Heilmittelbereich gehören u.a. die Physiotherapie, Ergotherapie, Sprachtherapie und die Podologie. Der Ausgabenanstieg in den genannten Therapiebereichen resultiert aus der Mengenentwicklung, u.a. bedingt durch die seit Jahren stetig steigende Zahl der zugelassenen Leistungserbringer im Heilmittelbereich. Als Ursache für den starken Ausgabenanstieg sind in den einzelnen Heilmittelbereichen folgende Trends festzustellen:

Physiotherapie – Zulassung + 22,6 %

Im Bereich der physikalischen Therapie ist neben der Mengenentwicklung festzustellen, dass Leistungserbringer zunehmend teure und spezielle Leis-

tungen – sog. „Zertifikatsleistungen“ gegenüber den Ersatzkassen abrechnen, die derzeit schon einen (Brutto-)Umsatzanteil im Heilmittelbereich von ca. 26 % (2005: ca. 23 %) ausmachen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch im „Bruttoumsatz je Heilmittel“ wider, der im 2. Halbjahr 2008 gegenüber dem 2. Halbjahr 2005 um rund 7 % angestiegen ist. Im Zeitraum von 2004 bis 30.01.2009 hat sich die Zahl der zugelassenen Leistungserbringer im Bereich der Physiotherapie von 4.605 (2004) auf 5.646 (30.01.09) um 22,6 % erhöht.

Ergotherapie und Sprachtherapie – Zulassung + 38 %

In den Bereichen Ergotherapie und Sprachtherapie erhöhte sich die Anzahl der Leistungserbringer von

2004 auf 2009 um 38 %. Damit einher ging ein Anstieg der Rezeptzahlen. Die stark ansteigende, überdurchschnittliche Anzahl an Zulassungen im Bereich der Ergotherapie und Sprachtherapie hat zur Folge, dass sich die Konkurrenzsituation zwischen den zugelassenen Praxen in den einzelnen Heilmittelbereichen erhöht. In der Konsequenz versuchen die Praxen, sich die notwendige Nachfrage zu schaffen, auch wenn oftmals kein medizinischer Bedarf gegeben ist.

Da sich zudem die Länder und Kommunen immer mehr aus ihrer finanziellen Verantwortung für förder-, heil- und sonderpädagogische Leistungen zurückziehen, kommt es zu Kostenverlagerungen hin zur GKV.

Podologie

Der Bereich der Podologie weist weiterhin einen überdurchschnittlichen zweistelligen Ausgabenanstieg auf. Dies ist mit einer Verschiebung der Ausgaben von der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V

zur vertragsärztlichen Versorgung zu erklären. Zur Ausgabenverschiebung ist es gekommen, da die Podologie seit dem Jahr 2002 ein verordnungsfähiges Heilmittel zur Behandlung krankhafter Veränderungen des Fußes infolge „Diabetes mellitus“ darstellt. Des Weiteren ist der Ausgabenanstieg auf den hohen Versorgungsbedarf zurückzuführen.

Ausblick

Es geht nicht um eine Kürzung medizinisch notwendiger Behandlungen, sondern um eine moderate Reduzierung durch stärkere Beachtung der Heilmittelrichtlinien durch den verordnenden Arzt, der die individuelle Verordnungsentscheidung weiterhin eigenständig trifft. Der Verhandlungsspielraum der Ersatzkassen für Vergütungsanpassungen ist jedenfalls aufgrund der oben aufgezeigten Ausgabenentwicklung in den einzelnen Heilmittelbereichen und den z. T. enormen Vergütungsabständen zu den Nicht-Ersatzkassen sehr begrenzt. Der Ersatzkassenverband Baden-Württemberg wird die weiteren Entwicklungen genau beobachten.

Qualifizierungsmaßnahme „Haushalts- und Alltagsmanagement“: Wenn junge Familien oder Alleinerziehende in eine Notlage geraten

Im Beisein des Ministeriums für Arbeit und Soziales, Dr. Johannes Warmbrunn und Bernd Rissle von der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg wurde im Haus der Kirche in Bad Herrenalb das erste Abschlusskolloquium des Qualifizierungskurses „Haushalts- und Alltagsmanagement“ durchgeführt.

Wenn junge Familien oder Alleinerziehende wegen Erkrankung oder Überlastung in Notlagen geraten, ist oft rasche und flexible Hilfe nötig. Weil sowohl das Sozialministerium als auch die Ersatzkassen und das Diakonische Werk Baden qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für unerlässlich halten, hat das Diakonische Werk Baden jetzt die ersten 15 „Haushalts- und Alltagsmanagerinnen“ qualifiziert. Diese Mitarbeiterinnen sollen vor Ort das Fachpersonal in der Familienpflege ergänzen. Mit der Qualifizierung, die in dieser Form erstmalig in Baden-Württemberg ange-

boten wurde, erweitert die Diakonie Baden ihre Unterstützungsangebote für junge Familien und Alleinerziehende. Die Seminare umfassen 70 Wochenstunden. In dieser Zeit lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sich auf die speziellen Anforderungen zur Unterstützung von Familien bei Überlastung, Erkrankung oder Risikoschwangerschaft der Mutter einzustellen und den Familienalltag zu managen.

„Wir erleben in jungen Familien oft eine Hilflosigkeit bei der Haushaltsführung und Bewältigung des Alltags mit Kindern. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die helfen, eine Krisensituation zu überbrücken, müssen besonders einfühlsam, reflektiert und konfliktsicher sein. Sie müssen ihre Grenzen kennen und wissen, wie sie als Gast in der Familie unterstützend tätig sein können“, weiß Claudia Grosser, Referatsleiterin Diakoniestationen/Ambulante Dienste vom Diakonischen Werk Baden zu berichten. Weitere Informationen können Interessierte über grosser@diakonie-baden.de erhalten. Das Ministerium für Arbeit und Soziales und der Ersatzkassenverband Baden-Württemberg unterstützen diese Qualifizierungsmaßnahme und zollten mit ihrem Besuch vor Ort Respekt.



Das Foto zeigt: Eveline Velten, Claudia Grosser, Bernd Rissle, Dr. Johannes Warmbrunn, Karola Magerl-Feigl (von links nach rechts)

boten wurde, erweitert die Diakonie Baden ihre Unterstützungsangebote für junge Familien und Alleinerziehende. Die Seminare umfassen 70 Wochenstunden. In dieser Zeit lernen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sich auf die speziellen Anforderungen zur Unterstützung von Familien bei Überlastung, Erkrankung oder Risikoschwangerschaft der Mutter einzustellen und den Familienalltag zu managen.

Transparenz ist wichtig

Andreas Heldmaier von der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg stellte im Rahmen des 25. Bad-Liebenzeller Führungsseminars „Aus Tradition folgt Innovation“ im Februar die Vorteile von Rahmenverträgen seitens der Kassenverbände mit den Heilbädern und Kurorten vor. Er erläuterte zunächst die Rechtsgrundlagen zur Abgabe von Heilmitteln in Kurbetrieben nach dem Sozialgesetzbuch und ging dann auf die Zulassungsvoraussetzungen ein. Die Vorteile für die Kurbetriebe sind einleuchtend. Durch den kassenarten-übergreifenden Vertrag zwischen dem Verband der Ersatzkassen (vdek), IKK Baden-Württemberg und Hessen, BKK und Knappschaft werden ca. 60 % der Versicherten erfasst. Der Vertrag gilt bundesweit für alle Mitglieder, die diese Leistungen erhalten und Mitglieder einer der genannten Kassenarten sind. Mit der Rahmenvereinbarung sind Transparenz

und Vergleichbarkeit gewährleistet. Der Heilbäderverband wurde in die Vertragsgestaltung als Interessensvertretung der Kurbetriebe laut Andreas Heldmaier intensiv und kontinuierlich einbezogen. Sollten sich Änderungen ergeben, so profitieren alle Kurbetriebe gleichermaßen von den Neuregelungen, sodass hier ein administrativer Aufwand entfällt. Der Verband der Ersatzkassen geht mit der persönlichen Vorstellung von Verträgen seiner Fachreferenten neue Wege in der Zusammenarbeit. Die Resonanz auf den Vortrag seitens der Teilnehmer jedenfalls war sehr positiv.



Andreas Heldmaier ist Referent bei der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg

LESENSWERT



Das Gesundheitssystem in Deutschland – eine Einführung in Struktur und Funktionsweise

2., vollständig überarbeitete Auflage 2008. 406 Seiten, 33 Abbild., 70 Tabellen, zweifarbig, 29,95 EURO, ISBN 978-3-456-84483-1. Verlag Hans Huber, Bern

Der Autor Michael Simon leistet mit seinem Buch einen Beitrag zu mehr Transparenz des deutschen Gesundheitswesens und bietet eine allgemein verständliche Einführung in die gegenwärtige Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und seiner wichtigsten Teilsysteme. Aufgrund des Redaktionsschlusses im März 2007 konnten aktuelle Entwicklungen selbstverständlich nicht berücksichtigt werden. Die Darstellung bezieht die Neuregelungen durch die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) mit ein. Alle Versorgungsbereiche werden allgemein verständlich und nicht nur „von oben“, sondern aus Sicht der Patienten und Versicherten dargestellt. Das Buch eignet sich daher besonders als Basiseinführung für Studierende, Journalisten und Politiker.

Es wird deutlich, dass das deutsche Gesundheitswesen hochkomplex ist und für Außenstehende nur schwer durchschaubar. Selbst Experten haben Schwierigkeiten, die Struktur und Funktionsweise der verschiedenen Teilsysteme und Versorgungsbereiche insgesamt zu überblicken. Zudem tragen die zahlreichen Gesundheitsreformen der letzten Jahre ihren Teil dazu bei, dass es immer schwieriger wird, den Überblick zu behalten. Dies ist nicht nur für Patienten und Leistungserbringer ein Problem, sondern auch für Lehre und Unterricht in Themen des Gesundheitssystems und der Gesundheitspolitik.



Gesundheitssicherung, Gesundheitsversorgung, Gesundheitsmanagement

Grundlagen, Ziele, Aufgaben, Perspektiven von Jens-Uwe Niehoff, Schriftenreihe: HEALTH CARE MANAGEMENT 2008, VIII, 252 Seiten, Softcover 39,59 EURO, ISBN 978-3-939069-48-5. MWV – Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin.

Der Autor Jens-Uwe Niehoff vermittelt die wesentlichen Kenntnisse aus den Themenbereichen: Aufgaben des Gesundheitsmanagements, Sozialmedizin und Gesundheitsmanagement, Gesundheitswissenschaftliche Leitbegriffe für das Gesundheitsmanagement.

Weitere Themen sind: Hilfeleistung als Managementaufgabe, Gesundheitssicherung und -versorgung in der Bundesrepublik, Aspekte der Transformation der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Autor setzt sich mit diesen Themen unter Berücksichtigung der Einführung von Markt und Wettbewerb auseinander. Die Sicherstellung der allgemein zugänglichen, wirksamen und rationalen Gesundheitsversorgung wird mehr und mehr zu einer komplexen und fachlich eigenständigen Aufgabe, die über den politischen Willen hinaus vor allem auch sachkundiges Management erfordert. Das Buch leistet einen Beitrag dazu, Gesundheitswirtschaft zu verstehen und zu gestalten.

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