

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Gesundheits- und Sozialsenator Mario Czaja | **MASERN** Bekenntnis zum Impfen  
**KRANKENHAUSPLANUNG** Bettenverschiebungen | **PALLIATIVMEDIZIN** Bestmögliche Versorgung schwer kranker Kinder

## BERLIN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . AUGUST 2013

### IN EIGENER SACHE

## Ersatzkassen positionieren sich



FOTO: Marnutt Wilson – Fotolia.com / vdek

Selbstverständlich wollen sich die Ersatzkassen auch in der nächsten Legislaturperiode auf Bundesebene in die gesundheitspolitische Diskussion einbringen. Darum haben sie sich auf gemeinsame Positionen geeinigt:

Sie erwarten von der Politik, sich weiterhin klar zum Selbstverwaltungsprinzip in der Kranken- und Pflegeversicherung zu bekennen. Das ist die beste Voraussetzung für eine hochwertige, faire und bezahlbare medizinische Versorgung aller Versicherten.

Das Finanzierungssystem mit einem staatlich festgelegten Beitragsatz, Zusatzbeiträgen, Prämien hat sich nicht bewährt. Die Finanzierung muss wieder in die Hände der Selbstverwaltung der Kassen und paritätisch erfolgen.

Wichtig ist auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Hier erwarten sie verlässlichere, aussagekräftigere Leistungsbewertungen.

### KRANKENHAUSFINANZIERUNG

## Die (vergessene) Verantwortung der Länder

Vor über 40 Jahren hat der Gesetzgeber die Krankenhausfinanzierung mit klarer Zuordnung der Finanzierungsverantwortung festgelegt: Betriebskosten (Personal, Medikamente usw.) bezahlen die Krankenkassen, Investitionskosten trägt das Bundesland. Was ist daraus geworden?

**W**ährend die Ausgaben der Krankenkassen jährlich wachsen, schrumpfen die Ausgaben der Länder für Investitionen. Kein Bundesland wird heute seiner Verantwortung für die Investitionsförderung gerecht. Und: Berlin ist im Vergleich zu allen Bundesländern Schlusslicht.

Mindestens 180 Mio. Euro pro Jahr sind notwendig, um alle notwendigen Investitionen im Land Berlin zu finanzieren. Diese Summe hat die Senatsgesundheitsverwaltung unter Führung der ehemaligen Senatorin Lompscher gemeinsam mit der Berliner Krankenhausgesellschaft in einer Studie im Jahr 2010 veröffentlicht. Gerade einmal 60 Mio. Euro pro Jahr stellt das Land Berlin effektiv zur Verfügung. Dazu kommen 34 Mio. Euro, die für Zins- und Tilgungszahlungen aus bereits in vergangenen Jahren getätigten Investitionen zu leisten sind. Übrigens handelt es sich hierbei nicht alleine um Haushaltsmittel des Landes Berlin: Mehr als 12 Mio. Euro davon fließen von den Krankenkassen über sog. „Artikel 14-Gelder“, die seit Mitte der

90iger Jahre des vorigen Jahrhunderts für den Aufbau Ost vorgesehen sind. Diese im Artikel 14 des Grundgesetzes festgelegte Finanzierungsverpflichtung besteht bis zum 31.12.2014.

Die dramatische Unterfinanzierung der Investitionskosten kann nicht ohne Folgen bleiben: Die Krankenhäuser müssen notwendige Investitionen aus Mitteln finanzieren, die die Krankenkassen „eigentlich“ für eine gute Personalausstattung zur Verfügung gestellt haben. Mit 120 Mio. Euro – die Differenz zwischen der jährlich notwendigen und der tatsächlichen Investitionsförderung durch das Land – könnte man über 2.500 Pflegekräfte zusätzlich finanzieren und damit die Zahl der Pflegekräfte in Berlin um 20 Prozent steigern – weit mehr als nur der oft postulierte „Tropfen auf den heißen Stein“!

Der Rückzug des Landes Berlin aus seiner Verantwortung für die Investitionsfinanzierung wirkt damit auf die Arbeitsbelastung des vorhandenen Personals und damit unter anderem auf die



### Gesetz gilt für alle

FOTO: viki



von  
**GABRIELA LEYH**  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Berlin/Brandenburg

Berlin steht im bundesweiten Vergleich in der Krankenhausfinanzierung seit Jahren am hinteren Ende. Und zwar in einer Dimension, die sich im Vergleich zu anderen Bundesländern ganz schlicht beschreiben lässt: Hamburg zum Beispiel stellt seinen Krankenhäusern mehr als dreimal so viel Geld pro Bett für notwendige Investitionen zur Verfügung. Die Metropole hat wie Berlin bestimmt auch viele andere drängende finanzielle Herausforderungen, setzt aber in diesem Bereich ganz klare Signale zu Gunsten der Versorgung der Patienten, der Sicherung der Krankenhäuser und damit zugleich für die Situation der Fachkräfte in den Kliniken. Die Berliner Koalitionsvereinbarung enthält klare Aussagen, Berlin zum führenden Gesundheitsstandort in Europa zu entwickeln. Krankenhausplanung, ambulante ärztliche Bedarfsplanung und spezialärztliche Versorgung sollen demnach verschränkt werden. Diese Ziele sind ohne Zweifel im Interesse der Berliner Bevölkerung. Die Politik erwartet zu Recht, dass sich Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigung und Krankenhäuser nach ihren gesetzlichen Möglichkeiten hierfür engagieren. Kritisch wird es aber, wenn landesweit weiterhin und wissentlich gegen geltendes Bundesrecht verstoßen wird und die Krankenhäuser bei der Investitionskostenfrage allein gelassen werden.



zeitliche Zuwendung auf den Patienten, auf die Einhaltung von Hygienestandards, damit auf die Qualität der Versorgung und in letzter Konsequenz auf die Gesundheit der Bevölkerung. Zudem ist nach Ansicht der Krankenkassen ein Teil der von unterschiedlicher Seite bis hin zu der OECD kritisierten Mengenentwicklung genau auf dieses Finanzierungsloch zurückzuführen.

#### Verschleppte Investitionen bedeuten Mehrkosten in der Zukunft

Umso unverständlicher sind Diskussionen in den Haushaltsberatungen, die sogar noch die 34 Mio. Euro nach Auslaufen des Darlehnprogramms 2014 im großen Berliner Haushaltsloch verschwinden lassen wollten. Geld, das ganz originär für die Krankenhäuser vorgesehen ist. Geld, das ganz dringend für die Aufrechterhaltung der Qualität der Versorgung für die Berliner Bevölkerung von Nöten ist. Geld, das Krankenhäuser auf anderen Wegen organisieren müssen: zu Lasten der Patienten und des Personals.

Angesichts der dauerhaft schlechten Ausstattung der Krankenhäuser mit Investitionsmitteln in Berlin sind aber auch die 34 Mio. Euro nicht ausreichend, egal ob diese ganz oder hälftig zur Verfügung gestellt werden. Und: Es wird nicht wesent-

#### **»Wer mehr Gestaltungsmöglichkeiten in der Versorgung verlangt, muss auch seine Aufgaben erfüllen.«**

lich besser, den Mangel künftig über Pauschalen anstelle von Einzelförderung zur Verfügung zu stellen.

In einem Bundesland, das seit Jahren das Thema Investitionen verschleppt, spitzt sich der Nachholbedarf an Erneuerungs- und Ersatzmaßnahmen zu. Jeder „Häuslebauer“ kennt den großen Fehler des vermeintlichen Sparens an der falschen Stelle, der sich teuer rächt.



FOTO: Techniker Krankenkasse

#### KH-Finanzierung muss ein zentrales Thema der Verantwortlichen sein

In den aktuellen Beratungen zum Berliner Doppelhaushalt wird in den Ausschüssen nun um die begrenzten Gelder gefeilscht. Wer behauptet, dass die Lage in den Krankenhäusern nicht dramatisch sei, kann sich im Ernstfall allerdings nicht mit Nichtwissen aus der Affäre ziehen. Welches Krankenhaus sollte zur noch deutlicheren Veranschaulichung der Probleme auf marode Immobilien, Defizite in Sanitärbereichen, Fluren, Kellern, Installationsanlagen etc. aufmerksam machen? In einer hart umkämpften Wettbewerbswelt wird kaum ein Krankenhaus solche Situationen offenbaren. Es wird sich auch kein Krankenhaus im Einzelfall gegen die zu geringe Förderpraxis wehren. Man schlägt nicht die Hand, die einen füttert.

Nun gilt es, Schwung in die aktuell laufenden Haushaltsberatungen zum Doppelhaushalt 2014/2015 mitzunehmen, die 34 Mio. Euro aus dem Darlehnprogramm und die fehlenden Gelder für die Zukunft der Investitionsförderung im Land Berlin zu sichern. Und es gilt, den Gesundheitssenator, Herrn Czaja, in seinem Bemühen zu unterstützen, die Verantwortung des Landes Berlin in dieser wichtigen Frage der Daseinsvorsorge durch eine deutliche Erhöhung der Investitionsmittel für die Berliner Krankenhäuser in der Haushaltsplanung zu hinterlegen. Man darf gespannt sein, ob es den Koalitionspartnern gelingt, die vernachlässigte Verantwortung für die Daseinsvorsorge der Bürger und Bürgerinnen ernst zu nehmen. ■

## EIN SIGNAL FÜR DIE PFLEGE

## Kommt die Kammer vor dem BER?

In der Koalitionsvereinbarung 2011 – 2016 hat sich die Landespolitik für die Stärkung der Pflege ausgesprochen. Als zentrale Themen sind Pflegequalität, Fachkräfteausbildung und Image der Pflegeberufe genannt.

**vdek** Herr Senator, Sie haben sich – entgegen einiger Ihrer Amtskollegen – klar für die Gründung einer Pflegekammer in Berlin ausgesprochen. Welche Argumente waren für Ihre Entscheidung maßgeblich?

**Mario Czaja** Eine Pflegekammer kann für die Pflegefachkräfte eine wirkungsvolle Interessenvertretung sein. Wir verstehen unter Stärkung der Pflege nicht nur die Verbesserung der Pflegequalität in den Pflegeheimen und den Wohngemeinschaften, sondern auch die Wertschätzung der Arbeit der Pflegekräfte. Ich denke, eine Pflegekammer würde unter anderem auch der Qualitäts- und Imageverbesserung der Pflegeberufe dienen. Auch aus diesem Grund stehe ich der Gründung einer Pflegekammer positiv gegenüber.

**vdek** Spannend werden Organisationen durch ihre Mitglieder. Wer wird aus heutiger Sicht in der Kammer vertreten sein und welche Aufgaben stehen vorrangig an?

**Mario Czaja** Mitglieder einer Pflegekammer sollten in der Pflege tätige Fachkräfte sein, denn es gilt, ihre Interessen zu vertreten. Eine Pflegekammer hätte vielfältige Aufgaben und wichtige Kompetenzen, z. B. in Fragen der Berufsausbildung, der Anerkennung von Berufsbezeichnungen, aber auch bei der Festlegung von Qualitätsstandards der Pflegearbeit. Sie könnte selbstständig berufliche Richtlinien und Vorschriften erlassen. Auch in Bezug auf Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen käme der Kammer natürlich ein großer Gestaltungsspielraum zu.



MARIO CZAJA Senator für Gesundheit und Soziales

**vdek** Alle bisher aktiven Bundesländer stellen der Kammergründung eine Befragung der Pflegebranche voran. Wie können die Erfahrungen aus diesen Aktivitäten auch für Berlin genutzt werden? Welchen Zeithorizont sehen Sie?

**Mario Czaja** Natürlich werden wir die Erfahrungen anderer Bundesländer auswerten, damit Schwierigkeiten, die sich dort zeigen, in Berlin von vornherein möglichst vermieden werden können. Eine Befragung der Zielgruppe sollte vor allem dazu dienen, dass man nicht an dem Bedarf der Betroffenen vorbei agiert. All dies wollen wir berücksichtigen. Zudem werden wir bewusst schon im Vorfeld der Erstellung des Fragebogens Kritiker des Vorhabens mit einbeziehen, um somit allen Positionen in der Debatte Rechnung zu tragen. Ich hoffe, dass wir noch in diesem Jahr mit der Befragung starten können. ■

## MASERNAUSBRUCH

## Impfen nützt – denn impfen schützt – alle!

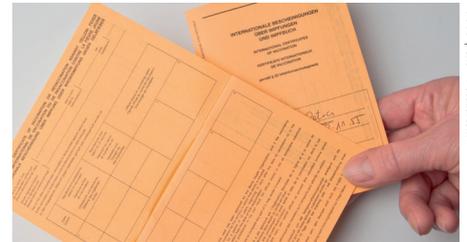


FOTO: perez - Fotolia.com

Seit Februar 2013 stellt das Landesamt für Gesundheit und Soziales eine Häufung an gemeldeten Masernfällen fest. Vor allem bei Erwachsenen zwischen 16 und 45 Jahre tritt die Erkrankung auf.

Für die Krankenkassen sind die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut (RKI) verbindlich. Zum Schutz gegen Masern empfiehlt die STIKO, folgende Personengruppen zu impfen: alle Kleinkinder (zweimal, meist in Kombination mit der gegen Mumps, Röteln und Varizellen) und alle nach 1970 geborenen Erwachsenen (sofern keine zweifache Masernimpfung ärztlich dokumentiert ist). Für Erwachsene wird dann eine einmalige aktive Immunisierung – vorzugsweise mit einem Dreifach-Impfstoff – empfohlen. Vor 1970 geborene Erwachsene sind damit von der STIKO nicht erfasst, da das RKI in den Jahren 95/96 und 98 belegt hat, dass bei diesem Personenkreis mehr als 95% aller Personen gegen Masern immun sind. Zum langfristigen Schutz der Bevölkerung hat die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales aktuell eine Impfempfehlung veröffentlicht, die über die STIKO-Empfehlung hinausgeht. Die Krankenkassen wollen ebenso einen nachhaltigen Impfschutz für ihre Versicherten erreichen und bemühen sich derzeit, eine für alle Seiten (Bürger, Arzt und Kasse) gesetzlich legitime und möglichst unbürokratische Regelung mit den niedergelassenen Vertragsärzten zu finden.

# Einzelentscheidung – Krankenhausplan nach Berliner Art

Von der Last eines mehrjährigen Plans und den Schwierigkeiten, einen bedarfsorientierten Ausgleich zu finden

**D**er Berliner Krankenhausplan gilt für die Jahre 2010 bis 2014. Noch bevor er verabschiedet war, hat der Senat eine Überprüfung in 2012 beschlossen – also innerhalb des Planungshorizontes, insbesondere mit Blick auf die Entwicklung in der Geriatrie sowie im freigemeinnützigen Trägerbereich. Für den lukrativen Bereich der Geriatrie lagen bereits zahlreiche Anträge vor. Im freigemeinnützigen Bereich wurde Potenzial für einen Bettenabbau gesehen.

Zwei klassische Möglichkeiten der Krankenhausplanung heißen Erstellung eines neuen Krankenhausplanes oder Fortschreibung des bestehenden Krankenhausplanes – jeweils mit Anpassungsmöglichkeit bei unabweisbaren Veränderungen. Die Umsetzung des Berliner Krankenhausplanes ist praktisch eine Mischung aus Fortschreibung und gravierender Anpassung.

## Kriterium einer unabweisbaren Veränderung der Annahmen nicht erfüllt

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales als zuständige Planungsbehörde hat im Oktober 2012 bis heute andauernd damit zu tun, diesen Senatsbeschluss umzusetzen. Unabhängig davon, dass eine Überprüfung planerischer Vorgaben und eine Anpassung an einen sich ggf. veränderten Bedarf an Krankenhauskapazitäten sinnvoll sein kann, ist aus Sicht der Krankenkassen das gewählte Vorgehen kritisch zu werten. Es wird keine die gesamte Berliner Versorgungssituation berücksichtigende Analyse vorgenommen.

Die Leistungsdaten aller 27 Anträge werden weitgehend isoliert für sich

betrachtet. Dies führt z.B. in einem Krankenhaus zu einem Aufbau an chirurgischen Betten, obwohl in diesem Fachgebiet übereinstimmend kein weiterer Bedarf gesehen wird. In bereits überversorgten Regionen

## »Das Ergebnis überrascht nicht: Aufbau der Geriatrie und diverse Bettenverschiebungen.«

wird ein zusätzliches Angebot an geriatrischen Kapazitäten geschaffen. Und dies nicht nur durch einen gemäßigten Ausbau bereits bestehender Einrichtungen, sondern durch Aufbau einer komplett neuen Fachabteilung. Die krankenhausespezifischen Ergebnisse der Überprüfung werden zu 27 isolierten Einzelentscheidungen führen. Bei der Mehrzahl der insgesamt 51 Krankenhäuser werden sich demnach voraussichtlich die Bettenkapazitäten ändern.

Das Thema der Investitionskosten für diese neuen Kapazitäten findet nicht statt. Demnach werden die Krankenhausträger „Eigenmittel“ hierfür verwenden müssen. Diese Eigenmittel werden zu einem großen Teil aus den Einnahmen der Krankenkassen für die Behandlung der Patienten kommen. Geld, das die Krankenkassen für die Betriebskosten bereitstellen, wird zweckentfremdet.

Auch wenn das Verfahren kritisch gewertet wird, ist ein Teil der geplanten Anpassungen nachvollziehbar. Allerdings sind alle Entscheidungen noch vor dem Hintergrund einer deutlich wachsenden Bevölkerung getroffen worden. Die neuen Mikrozensus-Daten gehen von einer deutlich

geringeren Bevölkerung in der Größenordnung einer mittleren Stadt in Deutschland aus. Ob die Planungsbehörde dies bei ihren „Einzelentscheidungen“ noch berücksichtigen wird, bleibt zu abzuwarten.

In jedem Fall werden die neuen Bevölkerungszahlen Grundlage für den bereits begonnenen Planungsprozess für den neuen Krankenhausplan 2016 sein.

## Forderungen für die Erarbeitung des neuen Krankenhausplans

1. Das Land Berlin kommt seinem gesetzlichen Auftrag zur Investitionskostenfinanzierung nach. Fördermittelverzicht wird transparent.
2. Das Land Berlin setzt aktiv einen planerischen Rahmen, der rechtssicher Qualitätskriterien umfasst.
3. Es findet ein transparenter Planungsprozess mit verbindlicher Planungssicherheit – auch für die Krankenkassen statt.
4. Das Land Berlin entwickelt gemeinsam mit dem Land Brandenburg die Krankenhausplanung zur Stärkung der gesamten Region Berlin-Brandenburg und für einen gleichmäßigen Zugang der Bevölkerung zur Versorgung.

Das bereits angelaufene Verfahren stimmt mit Blick auf einen transparenten Planungsprozess optimistisch. In Arbeitsgruppen werden zentrale Fragen der Planung gemeinsam mit den Krankenkassen und der Berliner Krankenhausgesellschaft beraten. Und: Herr Senator Czaja hat der brandenburgischen Planungsbehörde eine kontinuierliche Beteiligung am Planungsprozess ermöglicht. Schritte in die richtige Richtung. ■

## ALKOHOLPRÄVENTION

# Erfolgreich gegen Alkoholmissbrauch von Minderjährigen

Die Ersatzkassen in Berlin unterstützen exklusiv das Präventionsprojekt „HaLT – Hart am Limit“. Mit dem Projekt sollen Minderjährige vom sog. „Komasaufen“ abgehalten werden.



FOTO runzelkorn – Fotolia.com

Bereits 2011 haben die Ersatzkassen und das Land Berlin eine Vereinbarung zur Umsetzung des Projekts geschlossen, um eine nachhaltige Alkoholprävention als auch die Absenkung der Fallzahlen der mit Alkoholvergiftung stationär behandelten Jugendlichen zu sichern.

Das Projekt beinhaltet zwei aufeinander abgestimmte Bausteine. Der sog. proaktive Teil beinhaltet eine gezielte Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit in enger Abstimmung mit den Kommunen. Im sog. reaktiven Teil werden Jugendliche, die wegen riskanten Alkoholkonsums stationär behandelt werden mussten und deren Eltern durch gezielte Einzel- und Gruppengespräche betreut. Die Maßnahmen des reaktiven Bausteins werden für Ersatzkassen-Versicherte übernommen.

Zur Prüfung der Wirksamkeit des Projektes haben die Ersatzkassen und das Land Berlin eine jährliche Evaluation verabredet.

## Eine positive Zwischenbilanz

Die Aktivitäten des Projekts werden durch die Stiftung Sozialpädagogisches Institut „Walter May“ und den Caritasverband des Erzbistums Berlin e.V. dokumentiert und bewertet. Die Ersatzkassen erhalten so Informationen über die Inanspruchnahme und Qualität der Maßnahmen. Im Jahr 2012 wurden in Berlin insgesamt 444 Kinder und Jugendliche von „HaLT“ betreut. Insgesamt neun Kliniken haben das Projekt erfolgreich integriert und zum Erfolg beigetragen. 90 Prozent der Betroffenen konnten zur Teilnahme an „HaLT“ gewonnen werden. 89 Prozent der Behandelten würden anderen Jugendlichen die Teilnahme an „HaLT“ empfehlen. Auch die „HaLT“-Hotline der beiden o. g. Partner wurde stark genutzt.

Das Projekt „HaLT“ leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Prävention gegen Alkoholmissbrauch bei Minderjährigen. Aufgrund der positiven Evaluation wurde diese Vereinbarung 2013 verlängert. ■

## NOTFALLRETTUNG

## Rettungsdienst in Berlin – ein „Fass ohne Boden“



FOTO Starpics – Fotolia.com

Die neue Gebührenverordnung für Einsätze der Berliner Feuerwehr in der Notfallrettung sieht eine Erhöhung der Gebühr von vormals 281 Euro auf 319 Euro vor. Bei ca. 292.500 Noteinsätzen der Berliner Feuerwehr in 2012 bedeutet die Erhöhung um 38 Euro pro Einsatz für die Krankenkassen einen Ausgabenanstieg von ca. 11,1 Mio. Euro. Die gesetzlichen Krankenkassen hatten bereits an der Kalkulation der alten Gebühr in Höhe von 281 Euro beträchtliche Zweifel.

Das Berliner Rettungsdienstgesetz verpflichtet die zuständige Senatsverwaltung für Inneres und Sport lediglich dazu, vor Erlass einer Gebührenverordnung die Zustimmung der Krankenkassen anzustreben. Damit besteht de facto keine Einflussmöglichkeit auf die Gebührenhöhe. Insofern bleibt den Krankenkassen derzeit nur der Klageweg.

Der Innensenator stand für ein Vermittlungsgespräch in diesem seit Jahren Streit befangenen Thema nicht zur Verfügung – trotz mehrfacher Anfragen der Krankenkassen. Andere Senatoren und Amtskollegen bieten zu vergleichbar wichtigen Themen von sich aus Gespräche an ... Die Situation in Berlin ist verfahren. Es ist höchste Zeit für ein besseres Rettungsdienstgesetz!

## Niedersachse ist neuer Sozialstaatssekretär



DIRK GERSTLE  
Staatssekretär für  
Soziales

Dirk Gerstle (CDU) heißt der neue Staatssekretär für Soziales in der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, der Ende Juli sein Amt antrat.

Der 52-jährige studierte Diplom-Verwaltungsfachwirt stand seit mehr als 20 Jahre in den Diensten des Ministeriums für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration des Landes Niedersachsen. Von 2008 bis 2013 war er dort Leiter des Büros der Ministerin und des Staatssekretärs. In dieser Zeit konnte er maßgeblich an den Initiativen zur Attraktivitätssteigerung der Pflegeberufe, zum Pflegepakt oder zur Einführung der Zukunftsregionen Gesundheit mitwirken.

Vor seinem Wechsel nach Berlin arbeitete er einige Monate als Referent für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration in der CDU-Fraktion im Niedersächsischen Landtag.

## Ersatzkassen erheben Klage gegen Schiedsspruch

**N**un ist ein Schiedsspruch für einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen BARMER GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse, hkk, und dem Hausärzterverband Berlin und Brandenburg e.V. gefallen. Und: Nicht alles, was lange währt, wird gut.

Nach dem Gesetz (§ 73 b SGB V) haben in aller erster Linie die Versicherten einen Anspruch auf eine hausarztzentrierte Versorgung, nicht die Ärzte, nicht die Krankenkassen. Diesem Grundgedanken wird der nach gescheiterten Verhandlungen von der Schiedsperson festgelegte Vertrag nicht gerecht. Er beinhaltet, von einer Verpflichtung zur Vermeidung von Wartezeiten über 30 Minuten, einer Sprechstundenmöglichkeit einmal pro Woche bis 20 Uhr und der Prüfung des Impfstatus abgesehen, kaum erwähnenswerte Verbesserungen für die Versicherten gegenüber der Regelversorgung.

Die zusätzlichen Ausgaben müssen nach den Vorgaben des Vertrages von den Hausärzten durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen gedeckt werden. Die Festlegung der erforderlichen Einsparziele und die Definition der konkreten Maßnahmen zur Teilnahme hat die Schiedsperson Hausärzten und den betreffenden Ersatzkassen überlassen. Die größte Aufgabe steht also noch bevor. Erklärt ein Hausarzt freiwillig seine Teilnahme am Vertrag, muss er definieren, wo sich für seine Praxis die Einsparungen und Effizienzsteigerungen ergeben werden. Hieraus ableitend sollte der teilnehmende Arzt einschätzen, ob er den ökonomischen Rahmenbedingungen des Vertrages entsprechen kann. Ansonsten droht für den Arzt die Gefahr, mit Rückzahlungsforderungen belastet zu werden. Ein bürokratisches Vertragsmonster, in dem finanzieller Aufwand und qualitativer Nutzen für die Versicherten in keinem vertretbaren Verhältnis stehen.

## Bestmögliche Versorgung für schwer kranke Kinder



Die gesetzlichen Krankenkassen haben gemeinsam mit der Björn Schulz Stiftung in Kooperation mit der Charité zum 1.4.2013 einen Versorgungsvertrag für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) vereinbart. Der Vertrag ist speziell auf die Bedürfnisse und Belange von Kindern und Jugendlichen zugeschnitten. Ziel der SAPV ist es, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen – in ihrem gewohnten Umfeld – so weit wie möglich zu erhalten, zu fördern und zu verbessern. Mit der Björn Schulz Stiftung und dem Universitätskrankenhaus Charité ist es gelungen, das in Berlin bereits vorhandene spezielle Know-how zu verbinden und für die Kinder und Jugendlichen in Berlin zu nutzen.

Ein vergleichbares Versorgungsangebot ist bisher nur in wenigen Bundesländern vorhanden. In Berlin hatten die Krankenkassen die Möglichkeit, weil die erforderliche besondere Qualifikation und durch die beiden Vertragspartner auch die notwendige enge Zusammenarbeit gewährleistet ist. Mit diesem Angebot erhalten vor allem die Familien eine hervorragende Unterstützung, schwerstkranken Kinder und Jugendliche im häuslichen Umfeld zu betreuen und die gemeinsame Zeit möglichst nach eigenen Wünschen zu gestalten.

## HEILMITTELVERHANDLUNGEN

## Heilmittelverhandlungen gestalten sich schwierig ...

FOTO Bernd Lehner - Fotolia.com



**G**esetzlich geregelt ist, dass jährlich auf der Bundesebene eine Rahmenvorgabe für die Vereinbarungen zum Thema Heilmittel auf der Landesebene geschlossen wird. Diese für 2013 verabschiedete Rahmenvorgabe beinhaltet erstmals bundesweit geltende Praxisbesonderheiten und bildet den Gestaltungsrahmen für die Vereinbarung über das Heilmittelvolumen und die Heilmittel-Richtgrößen.

Im Rahmen diverser Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) wurde im April diesen Jahres unter jeweiligem Gremienvorbehalt ein Kompromiss erarbeitet, in dem beide Seiten einen erheblichen Schritt auf einander zugegangen sind. Bedauerlicher Weise konnte der Gremienvorbehalt bei der KV nicht aufgelöst werden, so dass die Verhandlungen letztlich gescheitert sind.

In einem solchen Fall ist das Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung anzurufen, was zwischenzeitlich auch durch die Krankenkassen erfolgt ist. Mit einem Schiedsspruch ist im Herbst zu rechnen.

Bereits in der Vergangenheit wurden in Berlin, aber auch in anderen KV-Bereichen, Vertragsverhandlungen über Richtgrößen von medialen Forderungen nach Abschaffung der Wirtschaftlichkeitsprüfungen begleitet. Unabhängig davon, zu welchem Ergebnis das Schiedsamt kommt, werben wir für eine sachliche Auseinandersetzung ohne Verunsicherung der Patienten und Ärzte anstelle von Kampagnen. Übrigens, für das Verordnungsjahr 2011 haben von insgesamt ca. 8.300 Vertragsärzten 901 Praxen ihre Richtgröße um 15 Prozent überschritten. Nach der Vorabprüfung der Prüfungsstelle blieben 181 Praxen übrig, die evtl. auch begründet ihre Richtgröße überschritten haben. Auch diese 181 Praxen müssen nicht per se unwirtschaftlich verordnet haben, denn es können berechtigte Gründe für die Überschreitung vorliegen. Sollten allerdings keine Gründe von der gemeinsamen Prüfungsstelle der KV und der Kassen anerkannt werden, läge eine Unwirtschaftlichkeit vor.

## KURZ GEFASST

### Vergütung für Palliativpflege steigt

Zum 1.7.2013 steigt die Vergütung der Palliativpflegeleistungen deutlich. Damit wird die anspruchsvolle Tätigkeit der Pflegekräfte gewürdigt. Eine intensive Betreuung und Versorgung der schwerstkranken Patienten, die auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) angewiesen sind, ist den Ersatzkassen ein besonderes Anliegen.

### Ersatzkassen erhöhen Förderung ambulanter Hospizdienste

25 ambulante Hospizdienste (davon vier Kinderhospizdienste) erhalten in diesem Jahr allein von den Ersatzkassen einen Betrag von 1.254.189 Euro (GKV-Gesamtbetrag 2.456.660 Euro). Das sind 11 Prozent mehr als 2012. Die verantwortungsvolle und gesellschaftlich so wichtige Arbeit der ehrenamtlichen Helfer soll damit weiter gestärkt werden.

### Selbstverwaltung funktioniert: Honorar Ärzte 2013 vereinbart

Weil Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin frühzeitig eine Lösung für das Honorar 2013 entwickelten, haben die Vertragsärzte bereits seit Anfang des Jahres Gewissheit über ihr Honorar und sehen das Ergebnis auch schon in der Abrechnung in 2013. Berlin spezifische Besonderheiten (z. B. Fokus der Versorgung auf Kinder und Jugendliche zu legen) wurden berücksichtigt.

## STÄRKUNG DER GRUNDVERSORGUNG

## Mehr Geld für Hausärzte

**G**ute Nachrichten für Hausärzte und Patienten: Ab Oktober gilt ein neuer Abrechnungsmodus (Hausarzt-EBM), der die hausärztliche Grundversorgung stärkt. Damit erfolgt eine Aufwertung der hausärztlichen Betreuung.

Neben einer stärkeren Differenzierung der einmal im Quartal pro Patient abrechenbaren Versichertenpauschale gibt es künftig eine zusätzliche Pauschale. Diese soll die typischen hausärztlichen Leistungen besser anerkennen. Zur Stärkung der „sprechenden Medizin“ wird das ärztliche Gespräch im Bedarfsfall als Einzelleistung vergütet. Diese Erhöhung der Vergütung insgesamt zeigt die Wertschätzung der hausärztlichen Tätigkeit für eine qualitativ hohe Grundversorgung der Patienten.

Neue EBM-Abrechnungsziffern wurden zur Förderung der geriatrischen und palliativmedizinischen Versorgung vereinbart. Zusätzlichen Finanzmitteln stehen hier auch konkrete (Mehr-)Leistungen gegenüber.

BÜCHER

## Zukunft Arztpraxis

Dieses Buch wendet sich vorrangig an junge Praktiker, die sich nach ihrer medizinischen Ausbildung als niedergelassener Arzt fit machen wollen für die eigene Praxis. Das Werk führt in die Komplexität des Gesundheitswesens ein, zugeschnitten auf Anfänger in der ärztlichen Praxis. Es werden die gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Jahre, die Gesundheitsreformen und welche Konsequenzen sie für den Praxisalltag haben, beleuchtet. Zur leichteren Bewältigung des Praxisalltags werden grundlegende Fragen ebenso erörtert wie die Rolle der Verbände.



Baumgärtner/Holzmann/Holzmann  
**Zukunft Arztpraxis?**  
 1. Auflage, 187 Seiten, € 49,99,  
 Kma Medien im Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart/München 2013

## Aktuelles Zulassungsrecht

Die Zulassungsgremien entscheiden über sämtliche Anträge, die den Status der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung betreffen. Seit dem Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes (VÄndG) und den damit verbundenen Kooperations- und Gestaltungsmöglichkeiten ist die Anzahl der Verfahren vor den Zulassungsgremien stetig gestiegen. Zugleich ist die Rechtslage aufgrund verzahnter Regelungskomplexe schwer zu durchdringen. Abhilfe schafft das Handbuch, das dem Praktiker eine strukturierte Darstellung zum Themenkomplex bietet.



Kremer/Wittmann  
**Vertragsärztliche Zulassungsverfahren**  
 1. Auflage, 505 Seiten, € 64,95,  
 C.F. Müller, Heidelberg

ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

## Hilfreicher Service bei Arzt- und Zahnarztsuche

Foto: VVA-Verlag



Auch für 2013 haben die Ersatzkassen gemeinsam mit dem VVA-Verlag ein Berliner Ärzte- und Zahnärzteverzeichnis auf den Markt gebracht. Der Erfolg und die hohe Akzeptanz der Broschüre in den Vorjahren führten zur aktualisierten Auflage. Mit diesem handlichen Nachschlagewerk stellen die Ersatzkassen ihren Versicherten vor Ort bei der Arzt- und Zahnarztsuche einen hilfreichen Service zur Verfügung. Sie ergänzen damit die Suchmöglichkeiten, die selbstverständlich auch über das Internet möglich sind. Das Verzeichnis bietet einen Überblick der Vertragsärzte (unterteilt nach verschiedenen Fachrichtungen) und Vertragszahnärzte in Berlin. Es ist nach Bezirken gegliedert, so dass sich jeder Interessierte schnell über zur Verfügung stehende Haus- und Fachärzte in seinem Umfeld informieren bzw. mit einem Anruf einen Arzt- oder Zahnarzttermin vereinbaren kann. Das Ärzte- und Zahnärzteverzeichnis kann über die vdek-Landesvertretung kostenfrei bezogen werden, liegt aber auch bei Pflegediensten, in Apotheken und Krankenhäusern aus. Außerdem steht es auf der Internetseite der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg als Download zur Verfügung.

STATISTIK

## Basisdaten 2012/2013

Foto: vdek



Wie haben sich die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich in den letzten fünf Jahren entwickelt? Welche Zuzahlungsregelungen gibt es 2013? Wie viele Menschen erhalten Pflegeleistungen? Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten sind der aktuellen Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2012“ zu entnehmen. In insgesamt fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Einnahmen/Ausgaben, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) werden neben Finanz- und Versichertendaten auch die jeweiligen Leistungserbringerebene mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten. Sie kann kostenfrei von der Landesvertretung angefordert werden, steht aber auch zum Download auf der Internetseite zur Verfügung.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Berlin/Brandenburg  
 des vdek  
 Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin  
**Telefon** 0 30 / 25 37 74-0  
**Telefax** 0 30 / 25 37 74-19  
**E-Mail** LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com  
**Redaktion** Dorothee Binder-Pinkepank  
**Verantwortlich** Gabriela Leyh  
**Druck** Lausitzer Druckhaus GmbH  
**Gestaltung** ressourcenmangel  
**Grafik** schön und middelhaufe  
**ISSN-Nummer** 2193-2190