

report berlin

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Juli 2011

ersatzkassen

Tohuwabohu über neue Arzneimittel-Richtgrößen

Sachlichkeit statt Panikmache

Jährlich verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin über die Höhe des Arzneimittelvolumens und zu dessen notwendiger Steuerung die Richtgrößen für die einzelnen Arztgruppen.

Da in Berlin im Bundesvergleich die höchsten Zuwachsraten bei den Arzneimittelausgaben zu verzeichnen sind, müssen die vom Gesetzgeber zur Verfügung gestellten und für KV und Kassen verpflichtend umzusetzenden Instrumente für eine Steuerung der Arzneimittelausgaben selbstverständlich sinnvoll vereinbart werden. Für das Jahr 2011 mussten die im November 2010 begonnenen Verhandlungen aufgrund unterschiedlicher Vorstellungen in dem Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung in Berlin beendet werden.

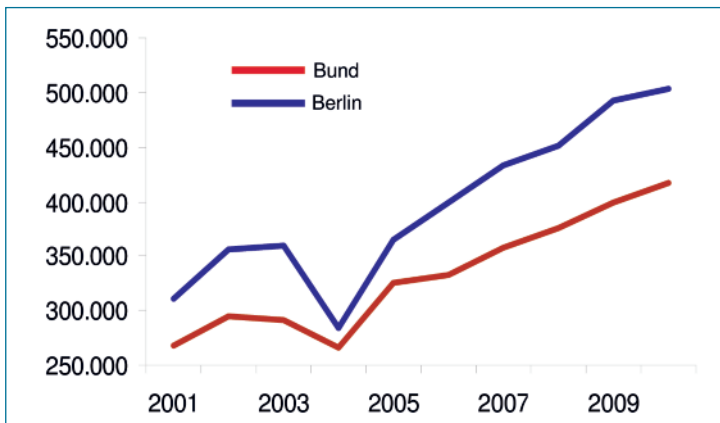
Die nunmehr Ende Juni vom Schiedsamt festgesetzte Arzneimittel-Richtgrößenvereinbarung mit neuen Richtgrößen für die Berliner Ärzte ab Juli 2011 sorgt für Unsicherheit, Aufregung, teilweise auch Unsachlichkeit, führt in einigen Fällen sogar zur Verunsicherung von Patienten. Die Krankenkassen

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Stationäre Rehabilitation in Berlin „Eine Absprache ohne Wert“
- Es fehlt Geld... Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in Berlin
- Dauernotfall: Berliner Rettungsdienst

sen(verbände) haben dies zum Anlass genommen, die Berufsverbände in einem Schreiben u. a. über die Notwendigkeit der Anpassung der Richtgrößen zu informieren:

Kernstück der Verhandlungen war von Beginn an eine der Berliner Versorgungssituation gerechter werdende Vereinbarung von Arzneimittel-Richtgrößen für das Jahr 2011. Hintergrund ist die Tatsache, dass die letztmalig für das Jahr 2002 auf der Basis der Arzneimittelausgaben des Jahres 2000 neu berechneten Arzneimittel-Richtgrößen – einschließlich linearer Weiterentwicklung in den Folgejahren – inzwischen wenig mit dem tatsächlichen Verordnungsgeschehen der Berliner Vertragsärzte zu tun haben und daher keine wirtschaftliche Steu-



Arzneimittelausgaben (netto) je 1.000 Versicherte in Euro von 2001 bis 2010 für GKV-Bund und Berlin – Quelle: GamSi

erungsfunktion in der Realität entwickeln können. Die Ausgaben je Arztgruppe in den vergangenen Jahren haben sich u. a. durch neue therapeutische Möglichkeiten, Patentabläufe, Rabattverträge und Festbetragsabsenkungen sehr unterschiedlich entwickelt.

Nach einer Auflage des Landesschiedsamtes haben Kassen und KV Berlin ihre Daten für das Jahr 2009 zusammengetragen und die tatsächlichen Ist-Verord-

nungsdaten je Arztgruppe ermittelt. Diese erstmalige gemeinsame Datenerhebung bestätigte aufgrund der starken Abweichungen zwischen Ist-Verordnung und bestehender Richtgröße die Notwendigkeit einer Anpassung. Auf dieser Datenbasis aufbauend wurde zunächst Einvernehmen mit der KV über die Neubildung der Arztgruppen erzielt: Die Berliner Honoraruntergruppen, in denen insbesondere die Gruppe der fachärztlichen Internisten nach Schwerpunkten untergliedert wird, weil diese spezifische Gliederung – wie sie in ähnlicher Unterteilung auch in anderen KV-Bereichen vereinbart ist – ein geeigneteres Instrument zur Orientierung und Steuerung der Arzneimittelausgaben für den Arzt in der jeweiligen Arztgruppe darstellt. Damit hatten die Vertragspartner den Auftrag des Schiedsamtes vom 15.4.2011 „zur Erreichung gerechterer arztgruppenspezifischer Richtgrößen die Arztgruppen für die Richtgrößenberechnung neu zu gliedern“ erfüllt. Insbesondere über die Höhe der Richtgrößen für die neue Arztgruppensystematik konnte keine Einigung erzielt werden, sodass das Landesschiedsamt am 22.6.2011 eine Entscheidung treffen musste.

Die Krankenkassen(verbände) sehen sich klar in der Pflicht, alle Sachargumente für eine wirtschaftliche

DER KOMMENTAR

Verkehrte Welt!

Nun kann man sich die Frage stellen, warum die Berliner Vertragsärzte offenbar erst nach Beendigung des Schiedsverfahrens über die neuen Regelungen informiert und damit verunsichert wurden, obwohl seit Ende 2010 über eine Neujustierung verhandelt wurde. Man könnte auch die Frage stellen, warum so wenig Sachargumente von der KV Berlin vorgetragen wurden, obwohl schon an der Fülle der von den Kassen für die Berliner Spezifik anerkannten Praxisbesonderheiten die Bereitschaft, nachvollziehbare Versorgungssituationen entsprechend abzubilden, erkennbar war. Warum wird ein Szenario skizziert, in dem rund 15 Prozent der Vertragsärzte vom Regress bedroht sind, obgleich die Begrenzung auf fünf Prozent in der jeweiligen Arztgruppe gesetzlich nach wie vor gilt.

Wer Böses denkt, könnte hier den Schluss ziehen, dass das Agieren oder eben Nichtagieren von Hoffnungen einiger Standesvertreter auf einen generellen Verzicht auf Wirtschaftlichkeitsprüfungen beeinflusst gewesen sein könnte. Dies wäre äußerst schade, da die Berliner Kassenverbände in den Gesprächen mit Vertretern der Berufsverbände durchaus anerkennen, dass bei den Arzneimittelausgaben reale Orientierungswerte nicht verteufelt werden müssen.

Bei allem Verständnis für das Leid mit der Bürokratie: Wo kämen wir hin, wenn wir beim Thema Arzneimittelausgaben die Auffassung vertreten, dass da niemand mehr hinschauen muss? Könnten nicht sämtliche Sparbemühungen, Gesetzesinitiativen hierzu, Mengensteuerungen entfallen? Wir sollten uns vor Augen halten, dass Ausgabensteigerungen künftig direkt beim Versicherten ankommen!

Noch ein Wort zu den Medien: Bis auf wenige Ausnahmen erfolgte eine Berichterstattung zu diesem für die Patienten so wichtigen Thema frei nach Tucholsky: „Erst haben sie es nicht richtig verstanden und dann schreiben sie es falsch auf.“ Mehr Sachlichkeit schon in den Überschriften wäre wünschenswert!



Gabriela Leyh, Leiterin der Landesvertretungen Berlin/Brandenburg des Verbandes der Ersatzkassen e.V. – vdek

und sinnvolle Steuerung des größten Ausgabenbereiches zu nutzen. Nur durch gemeinsames Handeln mit der KV Berlin im Rahmen der gemeinsamen Selbstverwaltung kann dieser Pflicht auch Genüge getan werden. Dies setzt allerdings voraus, dass auch von allen Seiten nachvollziehbare Argumente

vorgetragen werden, die dem Anspruch, eine medizinisch notwendige, ausreichende, zweckmäßige und eben auch wirtschaftliche Versorgung der Berliner Versicherten mit Arzneimitteln sicherzustellen, gerecht werden.

Stationäre Reha in Berlin – eine Glosse?

„Eine Absprache ohne Wert“

So titelte die Märkische Allgemeine am 19.3.2009 anlässlich der Eröffnung einer großen stationären Rehabilitationseinrichtung in Berlin, die es eigentlich nie geben sollte...

Die Länder Berlin und Brandenburg begannen schon vor Jahren damit, sich regelmäßig zu treffen, um länderübergreifende Probleme zu erörtern und lösungsorientierte Absprachen zu treffen. Bezogen auf die Gesundheitsversorgung beider Länder gab es beispielsweise eine „politische Willensbildung“ dahingehend, dass das Land Berlin keine stationären Rehabilitationseinrichtungen in Berlin errichtet und auch keine Errichtung fördert – die qualitativ hochwertigen Kapazitäten der stationären Rehabilitationskliniken im Land Brandenburg sollten auch durch die Berliner Bevölkerung genutzt werden. Im Gegenzug würde Brandenburg medizinische Hochleistungsbereiche – insbesondere universitäre medizinische Kliniken – nicht selbst aufbauen, sondern für die Bevölkerung die vorhandenen Einrichtungen in Berlin nutzen. Im Rahmen eines Förderprogramms der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern und dem „Ostteil“ von Berlin, bei dem auch Bundesfinanzmittel zur Verteilung gelangten, gab es dadurch zugunsten Berlins sogar einen größeren Anteil, als dies rechnerisch dem Bevölkerungsanteil entsprochen hätte.

Gilt die Länderabsprache noch?

Nach unserem Kenntnisstand gilt diese bilaterale Länderabsprache nach wie vor. So weit so gut.

Zumindest für einige Jahre... bis ein Investor aus Süddeutschland im Jahr 2009 dann eine stationäre Rehabilitationsklinik in Berlin betreiben wollte und diese inzwischen auch betreibt... Über Gründe und Zusammenhänge soll an dieser Stelle allerdings nicht weiter spekuliert werden.

Nach diesem „Ausrutscher“, der insbesondere in der Brandenburger Rehabilitationslandschaft für verständliche Irritationen sorgte (siehe auch report Brandenburg Juli 2009), sahen sich die verantwort-

lichen Politiker beider Länder in die Augen und versicherten sich, dass dies ein Einzelfall gewesen sei – heißt also, nicht wieder vorkommen soll. Gegenseitiges Vertrauen und Verlässlichkeit ist und bleibt eine Grundvoraussetzung, um das ehrgeizige Ziel des Brandenburger Ministerpräsidenten, gemeinsam die deutsche Gesundheitsregion Nr. 1 zu werden, auch erreichen zu können.

Nach der ersten folgt die zweite...?

Diese stationäre Rehabilitationsklinik in Berlin-Reinickendorf feierte noch nicht ihr zweijähriges Bestehen, da werden in Berlin erneut potenzielle Betreiber einer stationären Rehabilitationsklinik – wiederum aus dem süddeutschen Raum – vorstellig, um eine Klinik für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Psychosomatik (Bereich ADHS) zu eröffnen. Man bedient sich hierbei der Unterstützung einer Agentur namens „Berlin Partner“. Diese Agentur erwies sich nach Aussage der potenziellen Betreiber als sehr hilfreich und öffnete die Türen zur Berliner Landes- und Bezirkspolitik. Der Mietvertrag für das leerstehende Gebäude – zufälligerweise im Besitz des Landes Berlin – wurde bereits abgeschlossen und der Umbau hat begonnen...

Ob die Investitionsmittel auch aus dem Süden stammen oder sich Berliner Politiker hierfür eingesetzt haben, ist (uns) unbekannt. Fließen hier auch entsprechende Fördermittel, weil neue Arbeitsplätze geschaffen werden...?

Aber wie ist es dann um die Sicherheit der Arbeitsplätze in den Brandenburger Rehabilitationskliniken bestellt? Gibt es den gemeinsamen Willen der Politik, die gemeinsame Region Berlin-Brandenburg zu betrachten? Welchen Wert haben Bekundungen des gegenseitigen Vertrauens und der verlässlichen Zusammenarbeit der Länder?

Und was soll die Bevölkerung von der Politik – oder besser von politisch Verantwortlichen – halten, wenn es sich bei derartigen „politischen Festlegungen“ doch offensichtlich nur um „Absprachen ohne Wert“ handelt?

Es fehlt Geld...

Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser in Berlin

Den Krankenhäusern fehlt Geld, viel Geld. Daher beklagen sie in regelmäßigen Abständen die Tatsache, dass für notwendige Investitionen keine ausreichenden Mittel zur Verfügung gestellt werden.

Krass ist allerdings, dass die für die Finanzierung zuständige Senatsverwaltung nunmehr, ohne mit der Wimper zu zucken, öffentlich hier einstimmt. Dieses Bekenntnis wird den gesetzlichen Krankenkassen in einem Brief zur Kenntnis gegeben, obwohl eindeutig gesetzlich geregelt ist, dass über die sogenannte „duale Finanzierung“ die Länder – und so eben auch das Land Berlin – für die Investitionen und die Krankenkassen für die laufenden Kosten (Betriebskosten) aufzukommen haben.

Die Berliner Krankenhausgesellschaft (BKG) bezifferte bereits im Jahr 2009 den Investitionsstau mit einer Größenordnung von bis zu 800 Millionen Euro. Auch wenn sicher nicht alles davon notwendig ist, verbleibt auch nach vorsichtiger Einschätzung eine sehr ernst zu nehmende Summe, die den Krankenhäusern fehlt, um wirtschaftlich vernünftige Entscheidungen im investiven Bereich umzusetzen.

Nun hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz (SenGUV) gemeinsam mit der BKG eine Analyse vorgelegt, um den jährlichen Investitionsbedarf der im Berliner Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhäuser zu bestimmen. Diese für die Frage der Investitionsmittel bundesweit ungewöhnliche Kooperation (im Übrigen ohne Einbeziehung der Krankenkassen) verdient näher betrachtet zu werden:

Schlussfolgerung 1: Das Investitionsvolumen wurde deutlich verringert

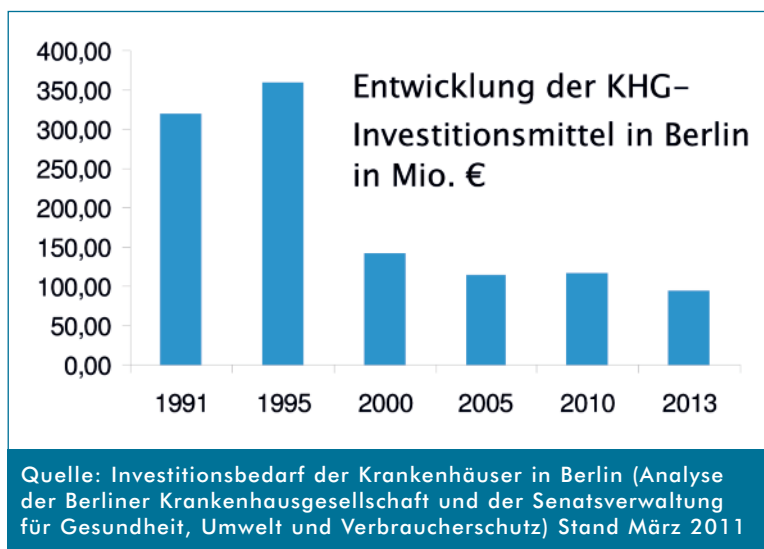
Seit Beginn der 90er-Jahre wurde das jährliche Investitionsvolumen von 319 Millionen Euro auf aktuell 92 Millionen Euro verringert; ein Minus von über 70 Prozent. Hinzu kommt, dass aus dem Darlehensprogramm in den 90er-Jahren (von dem einzelne Krankenhäuser stark profitiert haben) bis zum Jahr 2014 aus den zur Verfügung stehenden Mitteln für Investitionen auch der Schuldendienst in Höhe von

rund 34 Millionen Euro bedient werden muss. Effektiv stehen damit lediglich 58 Millionen Euro für alle Berliner Plankrankenhäuser zur Verfügung.

Interessant und leider kaum bekannt: Die Krankenkassen beteiligen sich schon seit 1995 an der Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Im Zuge der Wiedervereinigung wurde im Gesundheitsstrukturgesetz in Artikel 14 festgelegt, dass für jeden Belegungstag in einem Krankenhaus auf dem Gebiet der neuen Länder einschließlich Ostberlin die Kassen einen Zuschlag zur baulichen Erneuerung der Krankenhäuser bezahlen müssen. Über diesen Weg wurden von 1995 bis heute rund 200 Millionen Euro für Investitionen in Krankenhäuser im Ostteil der Stadt von den Beitragszahlern aufgebracht. Auch die aktuell vom Land Berlin für das Jahr 2011 bereitgestellten 92 Millionen Euro enthalten aus diesem Programm noch immer rund 12 Millionen Euro Versichertengelder oder anders ausgedrückt: 13 Prozent der gesamten Investitionssumme. Damit verringert sich die Summe der effektiv über den Haushalt des Landes Berlin zur Verfügung gestellten Investitionssumme einschließlich Schuldendienst auf ca. 80 Millionen Euro.

Schlussfolgerung 2: Es gibt eine massive Investitionslücke

Auf der Grundlage unterschiedlicher Rechenmodelle kommen beide Verfasser der Analyse gemeinsam zum Schluss, dass in Berlin in den letzten Jahren, aktuell und auch in Zukunft keine ausreichenden



Mittel für die investive Ausstattung der Krankenhäuser zur Verfügung stehen werden! Als „notwendig“ bis zum Jahr 2020 wird von der BKG ein jährliches Investitionsvolumen von 255,5 Millionen Euro bzw. von der SenGUV ein jährlicher Betrag von 192,6 Millionen Euro erachtet.

Selbst unter Berücksichtigung des geringeren Ansatzes der Senatsverwaltung für die jährlich benötigten Investitionsmittel wird damit deutlich, dass der Investitionsstau weiter wächst und wächst. Konkret für das Jahr 2011 bedeutet dies, dass das Land Berlin (unter Abzug des Schuldendienstes) rund 134 Millionen Euro zu wenig Investitionsmittel zur Verfügung stellt – und damit eine massive Investitionslücke in Kauf nimmt, Jahr für Jahr...

Folge 1: Krankenhäuser unterlassen notwendige Investitionen zulasten steigender Betriebskosten

Für die Krankenhäuser entsteht die problematische Situation, notwendige Investitionen nicht oder verzögert tätigen zu können. Dies kann Einfluss auf Betriebsabläufe und damit auf die Höhe der von den Krankenkassen zu tragenden Personal- und Sachkosten (insbesondere Instandhaltung), den medizinisch-technischen Standard, Kooperationen, Wettbewerb, Innovationen, im Extremfall auch auf die Versorgungsqualität haben.

Folge 2: Versichertengelder werden „zweckentfremdet“

Über sogenannte „Eigenmittel“ werden Investitionen getätigt. Eigenmittel werden u. a. über Gewinne aus dem laufenden Betrieb generiert, also aus Geldern der Krankenkassen, die für eine gute Personalaus-

stattung!! und die notwendigen Sachkosten zur Verfügung gestellt werden. (Die Gelder der Kassen sind aber immer Gelder der Versicherten, die künftig alle Beitragssteigerungen allein zu tragen haben...). Angenommen, die Krankenhäuser investierten aus Eigenmitteln lediglich 25 Millionen Euro (ca. 25 Prozent des vom Senat selbst festgestellten jährlichen Fehlbetrages), entspräche dies einem Absenkungspotenzial beim Landesbasisfallwert von 29 Euro. Zum Vergleich: Der Landesbasisfallwert wurde im Jahr 2011 um 7,50 Euro auf aktuell 2.935 Euro erhöht.

Es dürfte nicht verwundern, dass eine Schlussfolgerung der Analyse, der für die Finanzierung der Betriebskosten maßgebliche Landesbasisfallwert habe sich zur Erhöhung der Eigenmittel nicht ausreichend nach oben entwickelt, in diesem Kontext auf scharfe Kritik stößt.

Fazit:

Es ist selbstverständlich, dass sich die zuständige Senatorin der Problematik stellt und sich dafür einsetzt, dass ausreichende Mittel für Investitionen zur Verfügung stehen. Anerkennenswert ist der Anspruch an das Thema Transparenz in der Thematik – auch im Wahljahr. Allerdings ist der Adressat für die Forderung nach ausreichenden Investitionsmitteln ganz klar das Land Berlin, das sich zu gern als optimaler Standort für die Gesundheitswirtschaft bezeichnet.

Man darf gespannt sein, wie sich die von der Gesundheitsministerkonferenz ausgehenden und im GKV-Versorgungsstrukturgesetz eingebrachten „Gestaltungsmöglichkeiten der Länder“ künftig im überversorgten Berlin niederschlagen werden...

DUALE FINANZIERUNG

... wurde mit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) 1972 eingeführt und bedeutet Trennung der Finanzverantwortung:

Für die Investitionen (z. B. Krankenhausbauten oder medizinisch-technische Ausstattung) ist die öffentliche Hand mittels Steuergeldern zuständig.

Für die Betriebskosten (z. B. Personal, Arzneimittel, Unterkunft) zeichnen die Krankenkassen mittels Versichertengelder verantwortlich.

Die Öffentliche Hand hat sich im Laufe der Jahre immer weiter aus ihrer Verpflichtung zurückgezogen. Gleichzeitig bestimmen die Länder aber nach wie vor die Krankenhausplanung sowie über Investitionen und faktisch die Höhe der von den Krankenkassen zu finanzierenden Betriebskosten in den Krankenhäusern mit. Und: Den 92 Millionen Euro Investitionsmitteln des Landes Berlin für das Jahr 2011 stehen rund 2,7 Milliarden Euro gegenüber, die die Krankenkassen jährlich an die Berliner Krankenhäuser für Betriebskosten überweisen...

Dauernotfall: Berliner Rettungsdienst

Die Krankenkassen als größter Kostenträger des Notfallrettungsdienstes haben das Ziel, einen qualitativ hochwertigen, gut funktionierenden, wirtschaftlich betriebenen Rettungsdienst in Berlin zu finanzieren.

Gerade an der Wirtschaftlichkeit des Berliner Rettungsdienstes haben die Kassen jedoch erhebliche Zweifel. Um diese zu beheben, wäre es Sache der Senatsverwaltung für Inneres und Sport, eine Grundtransparenz u. a. über die notwendige Vorkhaltung des Personals, der Rettungsmittel, der Einsatzhäufigkeit und der Abgrenzung der Notfallrettung vom Krankentransport zu schaffen. Aber weder Gespräche noch Schriftwechsel führten zu einer Lösung bzw. zumindest der Bereitschaft, bestehende Probleme einer Lösung zuführen zu wollen...

Jetzt legt der Rechnungshof Berlin mit seinem aktuell veröffentlichten Bericht unter Punkt 3 den Finger genau „in die Wunde“. Er kritisiert u. a.:

- erhebliche Mängel in der Personal- und Stellenwirtschaft – Bewilligung zusätzlicher Personalstellen ohne Bedarfsnachweis,
- fehlerhafte, unplausible Daten, keine systema-

- tische Qualitätskontrolle der Datenbasis,
- keine einheitliche Bewertung/ Schlüsselung von Einsätzen, Fehleinsätzen,
- Notfallrettung versus Krankentransport – das heißt mögliche Übernahme von Krankentransportfahrten (ca. 60 Euro), die nicht zur Notfallrettung gehören – das heißt nicht gefahren werden dürfen, die aber zu Rettungskostensätzen (ca. 280 Euro) gegenüber den Kassen abgerechnet werden.

Einzelne Kritikpunkte des Rechnungshofes sind bereits Bestandteile von anhängenden Klagen der Kassenverbände gegen die Senatsverwaltung.

Der Rechnungshof erwartet u. a. eine effiziente und transparente Personalbedarfsermittlung, die Personalstellenrückführung auf das notwendige Maß, eine Struktur- und Aufgabenverteilungsüberarbeitung, die Hebung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven und und und...

Genau das erwarten die Krankenkassen im Sinne der wirtschaftlichen Beitragsmittelverwaltung ihrer Versicherten auch und sind gespannt auf messbare Ergebnisse.

Qualitätsprüfungen im Hilfsmittelbereich: Präqualifizierung erfolgreich gestartet

Mit der Anerkennung als Präqualifizierungsstelle – kurz „PQS Hilfsmittel“ – ist der vdek seit Januar dieses Jahres berechtigt, die Eignung von Anbietern zur Abgabe von Hilfsmitteln auf deren Antrag hin zu prüfen und festzustellen.

Das Präqualifizierungsverfahren trägt wesentlich zur Minimierung des Verwaltungsaufwandes für Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich bei, die einen Vertragsabschluss mit den Krankenkassen anstreben.

Die Präqualifizierung erfolgt durch eine zentrale Stelle. Die Bestätigung gilt fünf Jahre und ist in einem zentralen Verzeichnis abrufbar. Der vdek bietet diesen Service für alle Anbieter, die Hilfsmittel an gesetzlich Krankenversicherte abgeben. Langjährig im Bereich der Zulassung und Qualitätsprüfung erfahrene Mitarbeiterinnen gewährleisten ein unbürokratisches und einfaches Verfahren zu einem fairen Preis.

In Berlin wurden in den ersten sechs Monaten bisher 51 Anträge an die PQS Hilfsmittel gestellt, von denen bereits 37 zertifiziert werden konnten.

Informationen zum Präqualifizierungsverfahren für Leistungserbringer in Berlin sind über die Homepage www.pqs-hilfsmittel.de bzw. unter 030/ 25 37 74 34 zu erhalten.



KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

Ausstattung der Berliner Ärzte und Zahnärzte mit eGK-Lesegeräten kann beginnen

Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen verpflichtet, mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten bis zum 31.12.2011 mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszustatten. Die Krankenkassen werden ab 1.10.2011 mit der Auslieferung beginnen. Damit die Abläufe in den einzelnen Berliner Arztpraxen reibungslos vonstatten gehen können, wurde eine entsprechende Vereinbarung mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin abgeschlossen, welche die Ausstattung der Berliner Vertragsärzte mit entsprechenden Lesegeräten regelt. Die Berliner Krankenkassen stellen dazu ein Finanzierungsvolumen von knapp fünf Millionen Euro zur Verfügung. Für die Ausstattung der Praxen der Berliner Zahnärzte wurde mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin ein finanzieller Rahmen von ca. 1,5 Millionen Euro vereinbart.

Betreuung Demenzkranker in speziellen Wohnbereichen

Neben der allgemeinen Betreuung werden in speziellen Wohnbereichen Demenzkranke unter Leitung einer Pflegefachkraft mit gerontopsychiatrischer Zusatzausbildung versorgt. Die konzeptionelle Pflegeorganisation in diesen Wohnbereichen berücksichtigt, dass Demenzerkrankte eine feste Bezugsperson brauchen. Alle Mitarbeiter in diesem Bereich verfügen über Grundkenntnisse im Umgang mit demenzerkrankten Menschen. Sie sind speziell geschult und werden regelmäßig fortgebildet. Der Personaleinsatz der Pflegekräfte liegt über dem anderer allgemeiner Wohnbereiche und ermöglicht so die erforderliche Bezugspflege. 43 Berliner Pflegeeinrichtungen bieten diese Versorgung in Betreuungsgruppen, die in der Regel acht bis zwölf Bewohner umfassen, an. Derzeit gibt es hierfür ca. 1.350 Plätze. Für die Betreuung übernehmen die Pflegekassen einen Zuschlag auf die vereinbarte Pflegevergütung der jeweiligen bewohnerindividuellen Pflegestufe. Weitere Informationen können auf dem Internetportal der Ersatzkassen www.Pflegelotse.de eingesehen werden. Auch geben die Ersatzkassen ihren Versicherten Auskunft, mit welchen Pflegeheimen entsprechende Vereinbarungen bestehen.

Ersatzkassen erhöhen Förderbetrag für ambulante Hospizdienste:

22 Berliner Hospizdienste erhalten 877.568 Euro.

22 ambulante Hospizdienste (davon vier Kinderhospizdienste) erhalten in diesem Jahr eine entsprechende Förderung und werden allein von den Ersatzkassen mit einem Betrag von 877.567,55 Euro (das sind ca. 112.495,23 Euro mehr als 2010) finanziell unterstützt.

Damit sind die Ersatzkassen erneut Hauptfinanzier, denn ihr Anteil beträgt in 2011 mehr als 47 Prozent am Gesamtförderbetrag aller Krankenkassen in Berlin, die zusammen 1.847.867,52 Euro aufbringen.

Durch gesetzliche Regelungen ist eine Krankenkassenförderung der ambulanten Hospizdienste seit nunmehr neun Jahren möglich und wird konsequent umgesetzt. Die 2010 erfolgte Neufassung der Rahmenvereinbarung sieht vor, dass der Ster-

bebegleitung von Kindern eine noch höhere Wertigkeit zukommt und die Kassen dafür ihre Zuschüsse noch einmal extra steigern. Im Jahr 2010 waren in Berlin 1.263 Ehrenamtliche im ambulanten Hospizdienst tätig. Diesen ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, die sich vor Aufnahme dieser verantwortungsvollen und gesellschaftlich so wichtigen Tätigkeit in dafür fachspezifischen Kursen fortbilden, gilt unser Dank und unsere hohe Anerkennung.

Durch sie war es möglich, dass 1.751 Kinder und Erwachsene in ihren letzten Lebensstagen nicht auf ihr gewohntes soziales Umfeld verzichten mussten. Diesen schwer kranken Patienten und ihren Familienangehörigen konnte dadurch auch in der letzten Lebensphase die häusliche Geborgenheit erhalten werden.

Zu guter Letzt...

Aktuell haben alle Kassenärztlichen Vereinigungen in einem gemeinsamen Positionspapier ihre Forderungen zur spezialärztlichen Versorgung beim Gesetzgeber platziert – mit einer Ausnahme:

Die KV Berlin spricht sich nach einer Mitteilung „... gegen eine Eingrenzung auf seltene Krankheiten und nachgewiesene Versorgungsdefizite aus und

anstelle dessen für eine Einschränkung auf spezielle Methoden, deren Vorhaltekosten in der Praxis aus den GKV-Honoraren einfach nicht gewährleistet werden können.... „

Mit anderen Worten: Es kommt auf das optimale Aufwand-Nutzen-Verhältnis im überversorgten Berlin an!

BÜCHER

Ärzte- und Zahnärzterverzeichnis Berlin – Ausgabe 2011



Vor zwei Jahren brachte die Landesvertretung des vdek in Berlin zum ersten Mal mit dem VVA-Verlag ein Ärzte- und Zahnärzterverzeichnis auf den Markt. Der Erfolg und die Akzeptanz dieser Broschüre führten nun zur überarbeiteten Auflage.

Das Verzeichnis ist nach Stadtbezirken gegliedert und bietet einen Überblick der Ärzte – gegliedert nach Fachrichtungen – sowie der Zahnärzte in den einzelnen Stadtteilen.

Es ist eine sinnvolle Ergänzung zu den Suchfunktionen, die das Internet bietet.

Das Ärzte- und Zahnärzterverzeichnis Berlin 2011 kann über die Geschäftsstellen der Ersatzkassen kostenfrei bezogen werden, liegt aber auch bei Pflegediensten, in Apotheken und Krankenhäusern aus.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Berlin/Brandenburg des vdek
Friedrichstraße 50-55
10117 Berlin
Telefon: 0 30 / 25 37 74-0
Telefax: 0 30 / 25 37 74-26
E-Mail: LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com
Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich: Gabriela Leyh

Dr. Bernd Halbe/ Dr. Hartmut Münzel/
Dr. Uwe K. Preusker/ Ferdinand Rau



Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) – Auswirkungen für Krankenhäuser

Verlag: medhochzwei GmbH Heidelberg;
1. Auflage, 2010

ISBN 978-3862160051

Das Buch erläutert eingehend alle neuen Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG) und deren Auswirkungen auf den Krankenhausalltag. Neben Belastungen der Krankenkassen, die zu finanziellen Verbesserungen für die Krankenhäuser führen, umfasst das Gesetz auch verschiedene strukturelle Veränderungen. Zu nennen wären hier die Entwicklung eines Kostenindizes für Krankenhausleistungen, von leistungsorientierten Investitionspauschalen sowie jene eines tagesbezogenen pauschalierenden Entgeltsystems in der Psychiatrie und Psychosomatik. Ebenso gehört die Annäherung unterschiedlicher Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwertkorridor dazu. Diese strukturellen Veränderungen haben erheblichen Einfluss auf die zukünftigen Rahmenbedingungen der Vergütung von DRG-Krankenhäusern und psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen.

Zusätzlich beschreiben die Autoren die Reformgründe, den Weg zum endgültigen Gesetz sowie die Regelungen des KHRG. Der Leser erhält sowohl umfangreiche Hintergrundinformationen als auch die maßgeblichen Materialien zum Gesetzgebungsverfahren.