

report berlin

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

März 2010

Qualität in der Pflege – erstmals Transparenz

Ende vorigen Jahres fiel der Startschuss für ein bundesweit bisher einzigartiges Qualitätsprojekt:

Mithilfe einer bundesweit agierenden Daten-Clearing-Stelle (DSC) tragen die Landesverbände der Pflegekassen die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen (ambulant, stationär, teilstationär usw.) durch die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung online zusammen.

Ziel ist zum einen Transparenz hinsichtlich der Qualität der erbrachten Leistungen der ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die den von Pflegebedürftigkeit direkt oder indirekt Betroffenen helfen soll, eine sachgerechte Entscheidung bei der Wahl der Pflegeeinrichtung auf der Basis objektiver Kriterien treffen zu können. Zum anderen sollen die öffentlichen Bewertungen zu einem Wettbewerb der Pflegeeinrichtungen um mehr Qualität führen.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat der Gesetzgeber zum ersten Mal einen besonderen Schwerpunkt auf die Pflegequalität gelegt. Daraus folgend wurde auf der Bundesebene zwischen Pflegekassen- und Trägerverbänden der Leistungs-

In dieser Ausgabe unter anderem:

- **Pro & Contra zum Ärztemangel in Berlin:** Senatorin Katrin Lompscher (SenGUV) versus Dr. Uwe Kraffel (KV Berlin)
- **Ein guter Weg zur Qualität:** Pflegenoten – ein neues Instrument
- **StS Rainer-Maria Fritsch (SenIAS) besucht Ersatzkassenpflegestützpunkt**
- **Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfeeinrichtungen 2010**
- **Marktanteil der Ersatzkassen weiter gestiegen**

anbieter eine Transparenzvereinbarung geschlossen, die die Grundlage für die Veröffentlichung von wichtigen Inhalten der Qualitätsprüfungsberichte des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist.

Jede Pflegeeinrichtung (ambulant und stationär) muss sich bis Ende 2010 erstmals und danach im jährlichen Rhythmus einer Qualitätsprüfung unterziehen. Ein Teil dieser Prüfung wird in einer

ersatzkassen

Notensystematik (1-5) bewertet. Nach einer festgelegten Frist, innerhalb der die Pflegeeinrichtungen zu der Bewertung Stellung nehmen können, müssen die Ergebnisse dann jedermann zugänglich gemacht werden. Das erfolgt bei den Ersatzkassen über das Internetportal www.pflegelotse.de

Betroffene bzw. Angehörige haben nunmehr die Möglichkeit, wertvolle Hilfe und Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten stationären Pflegeeinrichtung oder einem ambulanten Pflegedienst zu finden. Je nach den persönlichen Gegebenheiten – z. B. bei der Suche eines Pflegeheimes, das sich besonders demenzkranken Bewohnern widmet – besteht die Möglichkeit, einfach und schnell ausgewählte Pflegeeinrichtungen – z. B. in einem definierten Umkreis zum Wohnort (der Angehörigen) – miteinander zu vergleichen und eine engere Auswahl der Einrichtungen zu treffen, von denen man sich dann bei einem Besuch und Gespräch einen persönlichen Eindruck verschafft.

Deutschlandweit gibt es ca. 12.000 ambulante und rund 10.000 stationäre Pflegeeinrichtungen. Im Land Brandenburg arbeiten gegenwärtig rund 600 stationäre und ca. 300 ambulante Pflegeeinrichtungen, die gegenwärtig schrittweise geprüft werden.

Die hiermit geschaffene Transparenz ist auch im internationalen Vergleich ein nahezu einmaliges Instrument, um die Qualität pflegerischer Leistungen

abzubilden. Die Einführung der Pflegenoten war ein wichtiger Meilenstein. Der vdek unterstützt daher dieses fortschrittliche System uneingeschränkt.

Dennoch darf nicht verkannt werden, dass die Pflegenoten – so wie jede andere Innovation auch – nicht von Beginn an perfekt sein können. In den nächsten Wochen und Monaten wird es darum gehen, dieses System zielgerichtet weiterzuentwickeln. Die Evaluation muss wissenschaftlich fundiert, unabhängig, ergebnisoffen und nicht zuletzt auch mit dem Willen der Veränderung durchgeführt werden. Nur so kann und wird es zu einer breiten Akzeptanz bei den Leistungserbringern kommen und nur so wird sich die Kritik an diesem Instrument in Zustimmung wandeln.

Die Verbände der Pflegekassen und ihre Untergliederungen auf der Landesebene stehen in vorderster Front bei der Umsetzung der Transparenzvereinbarung. Da sie täglich mit der Kritik zu den Pflegenoten konfrontiert werden, verfügen sie schon jetzt über einen großen Erfahrungsschatz für die anstehende Evaluation und sollten in ihre Weiterentwicklung eng eingebunden werden.

Nach einer ersten Prüfrunde aller Einrichtungen nach dem gleichen Muster sollte die nächste Prüfrunde mit einem verbesserten, auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden System spätestens 2011 starten.

DER KOMMENTAR

Nicht gleich zerreden...

Sie sind neu und bisher bundesweit im Hinblick einer einheitlichen Qualitätstransparenz einmalig – die Pflegenoten. Und schon rufen die ersten Kritiker nach dem „Aus“, fordern einen Stopp, stürzen sich in die Aufzählung von Nachteilen, Mängeln und zerreden damit das eigentliche Anliegen.

Erstmals – nicht nur in der Pflege, sondern überhaupt im deutschen Gesundheitswesen, ist eine öffentliche Qualitätsdiskussion in Gang gesetzt worden. Damit wird es möglich, Qualität transparent und vergleichbar zu machen. Die Kassen haben einen gesetzlichen Auftrag und setzen diesen um: Nutzer erhalten die Möglichkeit, eine Einrichtung zu finden, die ihren individuellen Bedürfnissen entspricht bzw. zumindest nahe kommt.

Natürlich ist dabei nicht alles sofort hundertprozentig. Gegen konstruktive und berechtigte Kritik ist nichts zu sagen. Sie ist immer hilfreich und wird aufgenommen. Auf der Basis einer wissenschaftlichen Evaluation werden seit dem Start dieses Projektes Optimierungspotenziale ermittelt, die zeitnah umgesetzt werden sollen. Und ja, es stimmt, es gibt noch einiges an Feinschliff zu leisten: z. B. bei der Gewichtung der einzelnen Teilnoten – bei der Berechnung der Gesamtnote darf schlechte Pflege nicht durch gutes Essen kompensiert werden, ebenso müssen wir uns über k.o.-Kriterien verständigen.

Aber grundsätzlich gilt: Der Mut zum ersten Schritt hat sich gelohnt. Der Anspruch des Versicherten auf gute und transparente Qualität hat Vorrang vor wirtschaftlichen Interessen einzelner Einrichtungen. Bei schlechterem Abschneiden sollte gelten: Nicht gegen das System wettern, sondern die Qualität verbessern!

Und vor allem gilt: Nicht gleich zerreden!



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

Pflegenoten – ein neues Instrument

Was zählte bisher bei der Wahl eines Pflegeheimes? Nicht zu weit weg, nicht zu teuer und ein guter erster Eindruck der Einrichtung. Diese Kriterien werden auch künftig eine Rolle spielen. Aber damit der erste Eindruck auch der richtige ist, werden Pflegeheime und Pflegedienste benotet.

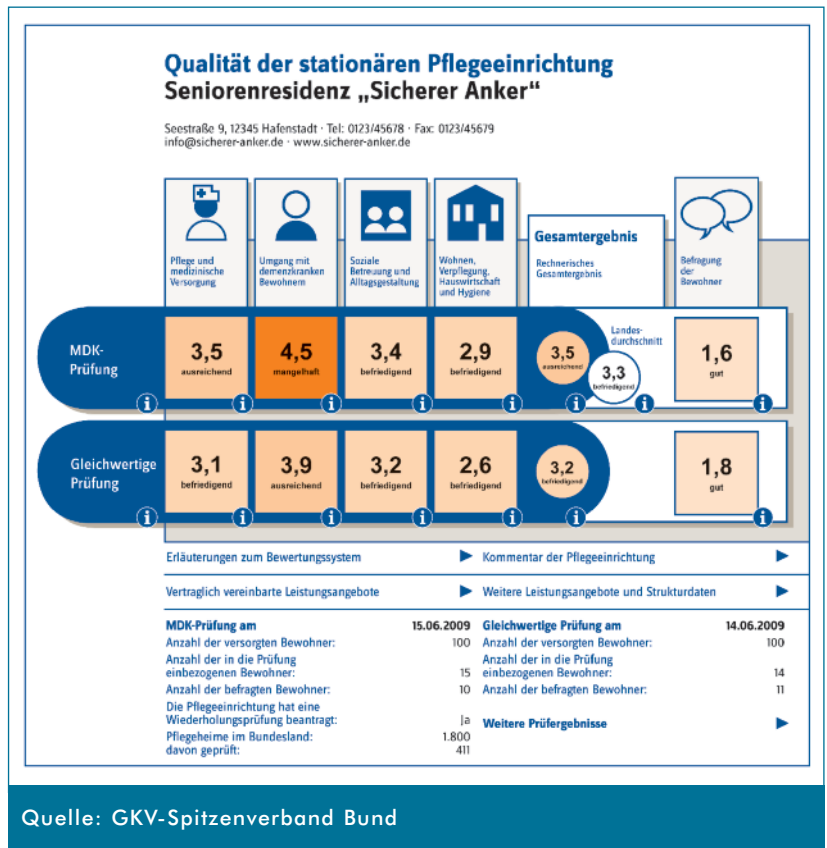
Die Pflegekassen haben den gesetzlichen Auftrag, ihren Versicherten eine transparente Qualitätsauswahl einer stationären oder ambulanten Pflegeeinrichtung zu ermöglichen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung führt bereits seit Einführung der Pflegeversicherung Qualitätsprüfungen durch, die Bescheide und – wenn nötig – Maßnahmen nach sich ziehen. Vorhandene Mängel werden aufgezeigt und anhand eines bewährten Verfahrens weiterbearbeitet. D. h., die Einrichtungen erhalten eine angemessene Frist, in der sie festgestellte Mängel abstellen bzw. notwendige Nachbesserungen vornehmen. Dieses Verfahren läuft selbstverständlich parallel weiter. Die Versicherten können sich also darauf verlassen, dass künftig eine Pflegeeinrichtung und/oder ein Pflegedienst nicht nur einmal im Jahr benotet wird – sozusagen als Augenblickszustand – sondern dass im Hintergrund selbstverständlich die auch bisher praktizierte Verfahrensweise weitergeführt wird.

Was wird nun konkret benotet? In den stationären Pflegeeinrichtungen werden vier Bereiche besonders intensiv unter die Lupe genommen und mit Noten bewertet:

- die Pflege und medizinische Versorgung,
- der Umgang mit demenzkranken Bewohnern,
- die soziale Betreuung und Alltagsgestaltung sowie
- der Bereich Wohnen, Verpflegung, Hauswirtschaft und Hygiene.

Jeder Bereich ist mit zahlreichen Einzelfragen hinterlegt, die insgesamt die jeweilige Teilnote ergeben. Diese Teilnoten fließen anschließend in eine Gesamtbewertung ein und ergeben die Gesamtnote. Ein „Mangelhaft“ wird z. B. erteilt, wenn weniger als 45 Prozent der Anforderungen erfüllt sind. Erst-

mals werden auch die Bewohner befragt, deren Einschätzung separat ausgewiesen wird (siehe Grafik).



Ambulante Pflegedienste werden in drei Bereichen bewertet:

- pflegerische Leistungen,
- ärztlich verordnete pflegerische Leistungen sowie
- Dienstleistung und Organisation.

Und auch hier zählt die Einschätzung des Pflegebedürftigen, die sich in der Note „Befragung des Kunden“ widerspiegelt.

Diese Noten werden künftig den Betroffenen bzw. ihren Angehörigen bei Auswahl des Pflegedienstes mehr Transparenz geben und damit die Möglichkeit, besser und kritischer vergleichen zu können. Sie ergänzen damit den persönlichen Eindruck und das persönliche Gespräch. Das Gefühl sollte hier die Entscheidung ebenso beeinflussen wie die Note der Prüfer.

Durch die veröffentlichten Noten wird es unter den Pflegeheimen und ambulanten Diensten mehr Wettbewerb geben, was sich positiv auf die Qualität der Leistungen auswirken wird.

PRO & CONTRA

Ärztemangel in Berlin?

Eine provokante Frage – denken Sie? Da es auch hierbei auf das Auge des Betrachters ankommt, greifen wir gern dieses aktuelle Thema auf.

Für das „Pro“-Statement konnten wir die Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Frau Katrin Lompscher gewinnen. Den „Contra“-Standpunkt vertritt der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Herr Dr. Uwe Kraffel.

Lücken im Versorgungssystem schließen

Um es gleich vorweg zu sagen: In Berlin praktizieren aktuell nicht zu wenig Ärztinnen und Ärzte – noch nicht. Gleichwohl gibt es in Berlin schon jetzt ein Problem bei der ambulanten ärztlichen Versorgung. Was heißt das konkret und was kann getan werden?

Zwei Trends beobachten wir, die es möglicherweise in nur wenigen Jahren erforderlich machen, die jetzige Einschätzung zu korrigieren. Da ist zum einen die demografische Entwicklung und zum anderen die Tatsache, dass ein beträchtlicher Teil der niedergelassenen Medizinerinnen und Mediziner in Berlin Anfang der 60er Jahre in diesen Beruf starteten und demnach bald in den Ruhestand gehen werden. Schon jetzt ist es daher sinnvoll, die Studienplatzzahlen mit dem künftigen Bedarf abzustimmen und die Bedingungen für die Niederlassung bzw. die weitere Entwicklung medizinischer Versorgungszentren so auszusteuern, dass ein möglicher Ärztemangel gar nicht erst eintreten wird.

Berlin ist und bleibt glücklicherweise eine attraktive Stadt auch für Ärztinnen und Ärzte. Bei richtiger Weichenstellung können hier die bereits jetzt existierenden Probleme anderer, insbesondere ländlicher und ostdeutscher Regionen vermieden werden.

Die Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung obliegt bekanntermaßen der Kassenärztlichen Vereinigung. Sie stützt sich dabei auf die bundeseinheitlichen Vorgaben für die Bedarfsplanung der haus- und fachärztlichen Versorgung. Diese Vorgaben sind alt und bedürfen im Lichte veränderter gesundheitlicher Rahmenbedingungen einer Überprüfung. Sie besagen, dass eine Unterversorgung erst dann attestiert wird, wenn die dort festgelegten Quoten um 25 bzw. 50 Prozent unterschritten werden. Dennoch bleibt es bei der aktuellen Diagnose: Berlin hat genügend Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Versorgungssystem.

Und nicht nur das, es sind im Moment sogar zu viele. Dies hat Kostenträger und Kassenärztliche Vereinigung dazu veranlasst, die Möglichkeit von Neuzulassungen stark einzugrenzen. In der Folge wurde im Jahr 2004 – mit Zustimmung des Senates – das gesamte Stadtgebiet per Bundesgesetz als eine Planungsregion festgelegt und die frühere Gliederung in 23 Planungsregionen (ehemalige Bezirke) aufgehoben. Damit sind Neuzulassungen in Berlin de facto unmöglich geworden. Das hat in der Folge zu Veränderungen geführt, die so sicher nicht beabsichtigt waren. Aus heutiger Sicht erweist sich die damalige Entscheidung als Fehler.

Inzwischen müssen wir nämlich feststellen, dass sich die räumliche Verteilung der Arztpraxen zugunsten wohlhabender und zulasten einkommensschwacher Stadtgebiete weiter verändert hat. Und wir müssen auch konstatieren, dass diese Entwicklungen andauern. Während sich in der Stadtmitte, in Charlottenburg-Wilmersdorf oder Steglitz-Zehlendorf die Praxen drängen und insbesondere um lukrative Privatpatientinnen und -patienten konkurrieren, sind Bezirke wie Neukölln, Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf und Reinickendorf teilweise schon unterversorgt. Menschen, die dort wohnen, haben aufgrund sozialer Benachteiligungen ohnehin ein höheres gesundheitliches Risiko. Dies wird durch das lückenhafte Versorgungsangebot noch weiter erhöht.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat dieses Problem, das nicht nur Berlin betrifft, erkannt und schon im Frühjahr 2008 einen Beschluss zu unterversorgten Teilgebieten getroffen. Dieser Beschluss versetzt die regionale Selbstverwaltung in die Lage,



Katrin Lompscher, Berliner Senatorin für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz

solchen Trends entgegensteuern zu können. Allerdings sind die Berliner Akteure bisher nicht tätig geworden. Der Landesausschuss, der den Bundesbeschluss auf Berliner Ebene in die Tat umsetzen kann, hat sich des Themas bedauerlicherweise bisher nicht angenommen. Als Begründung wird dabei auf fehlende spezifische Erkenntnisse für Berlin verwiesen. Dabei gibt es mehrere Analysen bezirklicher Gesundheitsämter, die für einzelne Bezirke oder Teilgebiete eine regionale Unterversorgung feststellen.

Als Berliner Gesundheitssenatorin erwarte ich daher, dass die Verantwortlichen der Selbstverwal-

tung, also die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, endlich eine Entscheidung zur Festlegung von Teilgebieten treffen, in denen Unterversorgung erkennbar ist. Wir brauchen in Berlin ein gemeinsames Problemverständnis und endlich Aktivitäten zur Schließung dieser immer sichtbarer werdenden Versorgungslücken. Und dies auch ohne zusätzliche Vergütungsforderungen der Ärzteschaft, sondern z. B. durch Sicherstellungszuschüsse für Versorgungsangebote in unterversorgten Stadtgebieten zulasten des übrigen Budgets. Daran wird kein Weg vorbei führen.

Ärztmangel ist relativ...

Je unbestimmter ein Begriff ist, desto trefflicher lässt sich darüber streiten. Leider gilt das offenbar auch für die Frage der Unterversorgung.

Genau genommen wird die Über- und Unterversorgung über Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses geregelt. Dieser hatte im Jahr 1993 erstmals Grenzwerte für die Versorgung festzulegen. Die Festlegungen erfolgten dabei auf der Basis der Versorgungsgrade des Jahres 1990.

Wenn somit festgelegt ist, dass in einer Großstadt wie Berlin auf 13.177 Einwohner ein Augenarzt zu kommen hat, beschreibt dies die Versorgungswirklichkeit von 1990 und nicht den tatsächlichen Bedarf. Da man in der Politik schon damals davon ausging, dass eine Überversorgung stattfand, müsste man davon ausgehen, dass diese Verhältniszahl ebenfalls eine Überversorgung widerspiegelt. Wie dem auch sei, nach diesen Verhältniszahlen ist Berlin mit Ärzten jedweder planungsrelevanter Fachgruppe deutlich überversorgt. Dies gilt sowohl für Berlin als Ganzes, als auch für den Fall, dass man die Berliner Verwaltungsbezirke einzeln betrachtet.

Der durchschnittliche Fußweg einer Berlinerinnen zum nächsten Frauenarzt beträgt im Berliner Mittel knapp 7 Minuten. Rettungswagen der Berliner Feuerwehr sollen im Schnitt in 8½ Minuten kommen. Demnach wäre einer Berlinerinnen im Ernstfall deutlich schneller geholfen, wenn sie zu Fuß zum Arzt läuft, als eine Blaulichtfahrt auszulösen. Es ginge schneller. Trotzdem sind in einigen Bereichen Berlins die Wege deutlich länger. Erst einmal sind der Grunewald, sowie die Tegeler, Köpenicker und Bucher Forsten zu nennen. Im Wald gibt es keinen Frauenarzt, aber auch sehr wenige Patientinnen. Berücksichtigt man die Einwohnerinnen, zeigt sich ein ausgewogeneres Bild. Abzüglich der Waldgebiete zeigen sich auch bei einer kleinräumigen Betrachtung zwei Gebiete mit knapper Versorgung: Kon-

radshöhe und Rudow. Beide Gebiete zeichnen sich dadurch aus, dass es sich um Vororte mit Wohnbevölkerung handelt. In den Bereichen gibt es kaum Einkaufsmöglichkeiten. Zum Einkaufen wie zum Arzt fährt man stadteinwärts. Folglich ist die Verteilung der Ärzte auch Ausdruck der Wanderungsbewegungen der Berlinerinnen und Berliner. Viele gehen dort zum Arzt wo sie arbeiten und einkaufen, nicht am Wohnort.



Dr. med. Uwe Krappel,
Stellvertretender Vor-
standsvorsitzende der
Kassenärztlichen Verei-
nigung Berlin

Fordert man von den Patientinnen und Patienten, zum Arzt die öffentlichen Verkehrsmittel zu nutzen, stellt sich die Frage nach der Strecke. Sind 10 min Busfahrt zumutbar? Gemessen an dem, was in ländlichen Regionen zurückgelegt werden muss, allemal. Gemessen an der Erwartungshaltung vieler Bürgerinnen und Bürger ist das zu weit. Bedauerlicherweise werden hier oft von Politikern Erwartungen geweckt. Einerseits wird verlangt, jedem Bürger möglichst jeden Arzt im Nachbarhaus zur Verfügung zu stellen, andererseits beschließen die gleichen Politiker Maßnahmen, die zu einer Verschlechterung der Versorgung führen.

Die Förderung medizinischer Versorgungszentren führt zu einer Zentralisierung der Versorgung und einer Ausdünnung in der Peripherie. Es dürfte auch kaum vermittelbar sein, von einer Unterversorgung zu sprechen und gleichzeitig die Praxis finanziell zu belasten, weil die Praxis in einem überversorgten Gebiet läge. Hier wird die Schizophrenie politischen Handelns deutlich. Die Praxis eines Hausarztes in Köpenick muß derzeit 4,5 % ihres Umsatzes abgeben, weil gesetzlich eine Förderung von Gemein-

schaftspraxen vorgeschrieben ist, die zu einer Konzentration von Arztstühlen außerhalb Köpenicks führt. Weitere 7 % des Umsatzes würden abgezogen, weil Berlin überversorgt ist, damit Ärzte motiviert werden, Köpenick zu verlassen und sich in Brandenburg niederzulassen. Und dann soll sich die Praxis von den Autoren dieser gesetzlichen Bestimmungen anhören, es gäbe zu wenig Hausärzte in Köpenick? So etwas führt zu Politikverdrossenheit.

Als Fazit lässt sich feststellen, dass es in Berlin viele Ärzte gibt. Manche mögen sagen zu viele. Anderer-

seits wird sich immer die Forderung stellen lassen, noch mehr Ärzte zur Verfügung zu stellen, um eine noch bequemere Inanspruchnahme zu ermöglichen. Damit wird die Frage der lokalen Versorgung zur politischen Frage. Will man viele und möglichst wohnortnahe Ärzte, muss man dafür auch die entsprechenden gesetzlichen Grundlagen schaffen. Wenigstens müssen gesetzliche Regelungen, die dem entgegenstehen, abgeschafft werden. Und die Politik muss bereit sein, das erforderliche Geld für die Erfüllung ihrer Forderungen bereitzustellen.

Der Pflegestützpunkt der Ersatzkassen

Seit 2009 ist die Rahmenvereinbarung zur Errichtung von Pflegestützpunkten in Berlin unterzeichnet. Vorausgegangen war eine Allgemeinverfügung der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, nach der die zwölf Berliner Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ in Pflegestützpunkte umgewandelt werden sollen und in einer ersten Phase zwölf weitere Pflegestützpunkte von den Pflegekassen zu errichten waren. Bis 31.12.2011 sollen nochmals zwölf Pflegestützpunkte errichtet werden.

Die Rahmenvereinbarung bestimmt die Mindeststandards für die Ausstattung der Stützpunkte, unter anderem die Ausstattung mit zweieinhalb Stellen, die beidseitige Besetzung mit Pflegeberatern der Kassenseite und Beraterinnen der Landesseite bei gemeinsamen Sprechzeiten (Kooperationspartner), die Einbeziehung von Ehrenämtern, der Selbsthilfe und kirchlichen Organisationen sowie die Mindestöffnungszeiten. Versicherte jeden Alters erhalten eine umfassende Beratung, Hilfe und Unterstützung zu medizinischen, pflegerischen und sozialen Angeboten, zur Betreuung und Versorgung sowie zu gesundheitsfördernden, präventiven und rehabilita-

tiven Maßnahmen. Die Leistungsentscheidung trifft der jeweilige Leistungsträger.

Die Ersatzkassen hatten sich im Vorfeld dafür eingesetzt, die Pflegestützpunkte an den vorhandenen Strukturen zu errichten und einen Aus- bzw. Aufbau von Pflegestützpunkten an den bewährten Koordinierungsstellen „Rund ums Alter“ für eine neutrale Beratung als geeignet erachtet.

Da die Allgemeinverfügung des Landes aber eine größere Anzahl bestimmt, haben die Ersatzkassen – wie ein Großteil der anderen Kassen – ihren Pflegestützpunkt nach dem Pflegestützpunktvertrag Anfang September 2009 eröffnet. Nun wird es darauf ankommen, Qualitäts- und Beratungsstandards zu entwickeln und zu vereinheitlichen sowie insbesondere die notwendige EDV-technische Ausstattung mit den jeweiligen Kooperationspartnern abzustimmen, damit auch auf dieser Ebene eine Vernetzung garantiert wird.

Um Bilanz zu ziehen, ob es weiterer Pflegestützpunkte in Berlin bis zum 31.12.2011 bedarf, wird ein Steuerungsgremium die Arten der Beratungsleistungen bis Ende des Jahres analysieren. Im Ergebnis wird sich zeigen, ob die bisherige Anzahl der Pflegestützpunkte für eine effiziente berlinweite Beratung ausreichend ist.

Im Februar besuchte der Staatssekretär für Integration, Arbeit und Soziales, Rainer-Maria Fritsch, die Axel-Springer-Str. 50, um sich ein Bild über die „vor-Ort-Bedingungen“ des ersatzkassengemeinsamen Pflegestützpunktes zu verschaffen. Im Gespräch wurde deutlich, dass die Pflegestützpunkte in Berlin für ihn ein Thema von zentraler Bedeutung sind. Sein Interesse gilt dabei auch der Fragestellung, ob die Pflegestützpunkte speziellen Beratungsbedarfen, z.B. für Kinder, nachkommen können. Die einen hohen Stellenwert einnehmende Qualität der Beratung wird wie die quantitative Frage zur Anzahl der Pflegestützpunkte künftig in seinem und im Fokus aller Beteiligten stehen.



Besuch des Staatssekretärs der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales im Pflegestützpunkt der Ersatzkassen

v.l.n.r.: Nicole Hosang (Pflegeberaterin der Ersatzkassen), StS Rainer-Maria Fritsch, Gabriela Leyh (Leiterin der vdek-Landesvertretungen Berlin und Brandenburg), Marina Rudolph (Referatsleiterin Pflege der vdek-Landesvertretungen Berlin und Brandenburg)

Ambulante Versorgung

Krankenkassen stimmen Begrenzungsregelungen zur Stabilisierung der Fallwerte für Vertragsärzte im II. Quartal 2010 zu.

Zur Stabilisierung der bereits im I. Quartal 2010 signifikant abgesunkenen Fallwerte der Regelleistungsvolumina stimmten die Berliner Krankenkassenverbände dem Vorschlag der KV Berlin zu, die sog. freien Leistungen (z. B. Akupunktur) einer Mengenbegrenzung zu unterziehen.

Hintergrund sind die derzeit aus dem Vorwegabzug ungekürzt vergüteten freien Leistungen, deren erhöhtes Volumen zu niedrigeren Fallwerten für alle Arztgruppen führen und insoweit die Ärzte benachteiligen, die keine oder nur wenig freie Leistungen in ihrem Behandlungsspektrum anbieten.

Die nun gefundene Regelung für das II. Quartal 2010 entspricht der aktuell geltenden Rechtslage

und ist von den maßgeblichen und bindenden Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses (sog. Konvergenzbeschluss) gedeckt.

Ursprünglich favorisierte die KV Berlin Stabilisierungsmaßnahmen in Form der Überführung freier Leistungen in qualifikationsgebundene Fallwertzuschläge, denen die Krankenkassenverbände in Ermangelung einer entsprechenden Rechtsgrundlage – insbesondere vor dem Hintergrund hierzu laufender Verhandlungen auf Bundesebene – nicht zustimmen konnten.

Angesichts des Entgegenkommens der Berliner Krankenkassenverbände zu Regelungen der im Verantwortungsbereich der KV Berlin liegenden Honorarverteilung verwundern die neuerlichen Aussagen der KV, die Krankenkassen hätten „ohne Not“ vorgeschlagene Alternativlösungen „torpediert“. Ein vertragspartnerschaftlicher Umgang sieht anders aus...

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

Arzneimittelvereinbarung für das Jahr 2010 steht

Für 2010 konnte mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin eine Arzneimittelvereinbarung über ein Ausgabenvolumen von 1.156 Mio. Euro geschlossen werden. Dieses Ausgabenvolumen beinhaltet 40 Mio. Euro, die an die Erreichung von Versorgungszielen für sieben Arzneimittelgruppen und die Durchführung entsprechender Informationsmaßnahmen durch die KV gebunden sind. Der bereits in den Vorjahren begonnene Weg, die Schere zwischen den Soll- und den Ist-Ausgaben bei Arzneimitteln sowohl von der Seite eines realistischen Ausgabenvolumens als auch durch Maßnahmen zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit der Verordnungsweise zu schließen, wird damit im Interesse einer stabilen Arzneimittelversorgung der Versicherten fortgesetzt.

GKV-Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfeinstitutionen im Förderjahr 2010

Auch in diesem Jahr werden die Selbsthilfeinstitutionen durch die Berliner Krankenkassenverbände aus Mitteln der Pauschalförderung unterstützt. Bereits jetzt zeigt sich, dass es eine kontinuierlich steigende Zahl von Anträgen sowohl im Bereich der Selbsthilfegruppen als auch im Bereich der Landesorganisationen der Selbsthilfe gibt. Vorgesehen ist, die Verteilung der Fördermittel in kooperativer Zusammenarbeit mit den Vertretern der Selbsthilfe zügig durchzuführen. Dabei wird in diesem Förderjahr überlegt, nach Auszahlung der Förderpauschalen noch zur Verfügung stehende Mittel für besonders förderwürdige Selbsthilfeaktivitäten bereitzustellen.

Landesschiedsamt entscheidet zur Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen zugunsten der Ersatzkassen

Das Landesschiedsamt für vertragsärztliche Versorgung lehnte den von der KV Berlin gegenüber den Ersatzkassen geltend gemachten Nachvergütungsanspruch für Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie sowie der probatorischen Sitzungen vollumfänglich ab. Das Gremium verneinte den von der KV Berlin herangezogenen Anspruch auf Vertragsanpassung nach § 59 SGB X primär unter Verweis auf die fehlende Wesentlichkeit der Änderung und folgte im Ergebnis der Auffassung der Ersatzkassen, dass die Nachvergütung der Leistungen über die Regelungsmechanismen, der der KV Berlin obliegenden Honorarverteilung zu erfolgen hat. Der Antrag der KV Berlin belief sich auf eine Gesamtsumme von ca. 3,5 Mio. Euro. Die Entscheidung des Landesschiedsamtes zu dieser Thematik war die erste bundesweit, so dass ggf. nachfolgende Entscheidungen in anderen Bundesländern mit Spannung erwartet werden dürften.

Eigene Publikationen



Pflegeverzeichnis Berlin

Die Landesvertretung Berlin des vdek und der VVA-Verlag Detmold haben gemeinsam ein Pflegeverzeichnis für Berlin herausgegeben. Es ist nach Stadtteilen gegliedert und bietet einen Überblick über die bestehenden ambulanten Pflegedienste, vollstationären Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Tagespflege, Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie der ambulanten und stationären Hospize. Im Verzeichnis sind auch Leistungen der Pflegeversicherung und Begriffserläuterungen nachlesbar.

Es ist zudem eine Ergänzung der Möglichkeiten, die das Internet bietet, z. B. die laufend aktualisierten Informationen auf dem Portal der Ersatzkassen www.pflegelotse.de

Die kostenfreie Broschüre ist in den Geschäftsstellen der Ersatzkassen, aber z. B. auch in Krankenhäusern, Apotheken und bei Pflegediensten in Berlin erhältlich bzw. kann bei der Landesvertretung bestellt werden (siehe Impressum).

BÜCHER

Gesundheitssysteme im Wandel



Herbert Rebscher / Stefan Kaufmann (Hrsg.), Economica Verlag, Auflage: 1., 2009 (10. Dez. 2009)
ISBN: 978-3870817701

Viele Gesundheitssysteme sind im Wandel – national wie international. Gewachsene kulturelle und rechtliche Unterschiede

erschweren einen Systemvergleich und führen zu vorschnellen Bewertungen und politischen Schlussfolgerungen. Die Deutsch-Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, dessen Hauptgeschäftsführer und Mitherausgeber dieses Buches Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher ist, bietet konkrete Analysen am Beispiel konkreter Instrumente. Die wichtigsten Entscheidungsträger beider Gesundheitssysteme beleuchten die aktuelle gesundheitspolitische Debatte; auch die Einzelinstrumente Risikostrukturausgleich und DRG-Finanzierung im Krankenhausbereich finden ihre Berücksichtigung. Einzelanalysen zu Versorgungsforschung und Innovationsförderung, sowie die Chancen und Perspektiven von Managed-Care-Modellen in beiden Ländern verschaffen einen präzisen Überblick über gemeinsame Problemlagen, vergleichbaren Instrumenteneinsatz und unterschiedliches politisch-strukturelles Umfeld.

Irre – Wir behandeln die Falschen: Unser Problem sind die Normalen



Manfred Lütz (Autor) / Eckart von Hirschhausen (Vorwort), Gütersloher Verlagshaus, Auflage 12 (14. Sept. 2009), gebundene Ausgabe, 208 Seiten, ISBN-13: 978-3579068794

Der Autor erläutert Krankheitsbilder wie Alzheimer, Depression, Sucht und Schizophrenie auf eine

Weise, die nicht nur mit Klischees aufräumt und Berührungängste abbaut. Er vermittelt dem Leser auch eine Vorstellung davon, wie die Betroffenen die Welt sehen. Auch wenn das Inhaltsverzeichnis an eine Seminararbeit erinnert, präsentiert Lütz viele plastische Beispiele, um bloße Theorie mit Leben zu füllen. So verstehen Laien besser, was zum Beispiel Depressive von Manikern unterscheidet. Und wenn der Leser erfährt, wie eine Patientin einmal die Bundeswehr aufmischte, ist das die Eintrittskarte in eine Welt der netten Anekdoten. „Normalos“, die in stumpfer und spießiger Atmosphäre vor sich hindümpeln, bekommen genau so ihr Fett ab wie diejenigen, die Blödsinn professionell erzeugen. Eine heitere Seelenkunde.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Berlin des vdek
Axel-Springer-Straße 44-47 · 10969 Berlin
Telefon: 0 30 / 25 37 74-0 · Telefax: 0 30 / 25 37 74-33
E-Mail: LV-Berlin@vdek.com
Verantwortlich: Gabriela Leyh · Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank