

# report berlin

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sept. 2009

## Bundestagswahlen 2009 – Die Ersatzkassen positionieren sich

**In der nächsten Legislaturperiode wird es vordringlich darauf ankommen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern.**

Nur gering steigende Reallöhne, der Abbau von bisher freiwillig gezahlten Gehaltsbestandteilen, steigende Kurzarbeit und Arbeitslosigkeit lassen schon heute die Einnahmen bröckeln. Die Bundesregierung musste bereits zusätzliche Steuermittel in Höhe von vier Mrd. Euro für Liquiditätsdarlehen in ihrem Nachtragshaushalt 2009 berücksichtigen. Im nächsten Jahr könnte die Deckungslücke auf zehn Mrd. Euro anwachsen und weitere Darlehen nötig machen. Darlehen lösen aber die Unterfinanzierung im Gesundheitsfonds nicht. Nach Ansicht der Ersatzkassen sollten sie deshalb in einmalige Steuerzuschüsse umgewandelt werden. Daneben sollten die für die kommenden Jahre geplanten Steuerzuschüsse zum Gesundheitsfonds vorgezogen werden.

### **Arbeitgeber wieder stärker in die Pflicht nehmen**

Die Ersatzkassen kritisieren auch, dass sich die Belastungsverteilung in der Krankenversicherung in den letzten Jahren zuungunsten der Versicherten verschoben hat. Durch Zusatzbeiträge drohen

### **In dieser Ausgabe:**

- **Pro & Contra zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus (§ 116b SGB V):**  
Prof. Dr. Karl Max Einhäupl (Charite) versus Hermann Schmitt (BARMER)
- **Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen:**  
Neue Wege möglich?
- **Arzneimittelausgaben steigen weiter an –**  
Berlin 80 Prozent über dem Bundesdurchschnitt

weitere Verschiebungen. Klein- und Geringverdiener würde das am stärksten treffen. Zur Vermeidung besonderer Härten sollten die Zusatzbeiträge ausschließlich als prozentualer Aufschlag auf den Sonderbeitrag erhoben werden. Das würde auch Kosten vermeiden, da keine separaten Versicherungskonten eingerichtet werden müssten. Geld sollte nicht in überflüssige Bürokratie, sondern in die Versorgung der Versicherten fließen. Auch sollten die Arbeitgeber wieder stärker zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Nur eine angemessene – paritätische – Beteiligung der Arbeitgeber sichert die breite gesellschaftliche Akzeptanz der solidarischen Krankenversicherung.

## Heute die medizinische Versorgung von morgen planen

Die Gestaltung bedarfsgerechter und zukunftstauglicher Versorgungsstrukturen stellt eine zweite große Herausforderung für die nächste Bundesregierung dar. Wichtig sind Reformen, die ihren Namen verdienen und den notwendigen Umbau der bestehenden Strukturen einleiten. Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt. Diesen Status muss sich unser Land aber immer wieder neu verdienen. Insbesondere die demografische Entwicklung und mit ihr eine wachsende Zahl an alten Menschen und chronisch Kranken unterstreicht die Notwendigkeit des Umdenkens. Die Versorgungsforschung sollte hier einen größeren Beitrag leisten. Vielfach fehlen noch die Kenntnisse darüber, welche Leistungen, Strukturen und Verfahren die Versorgung der Betroffenen tatsächlich nachhaltig verbessern.

## Gute Versorgung braucht fairen Wettbewerb

Gute Verträge brauchen Raum. Kreative Köpfe können sich nur beweisen, wenn ein Instrumentarium zur Erprobung neuer Ideen zur Verfügung steht. Selektivverträge erfüllen diese Funktion und können gezielt für die Suche nach besseren Versorgungskonzepten eingesetzt werden. Die flächendeckende Versorgung sollte weiterhin über kollektivvertragliche

Regelungen sichergestellt werden. Der Vertragswettbewerb darf aber nicht auf den Kopf gestellt werden, wie es aktuell im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung geschieht. Hier ist ein Hausärztemonopol in die Lage versetzt worden, gleiche Leistungen zu höheren Preisen abzurechnen. Eine bessere hausärztliche Versorgung der Menschen wird auf diesem Wege nicht erreicht. Eine der ersten Aufgaben der neuen Regierung muss darin bestehen, dies wieder rückgängig zu machen.

Daneben haben die Krankenkassen Anspruch auf faire Wettbewerbsbedingungen. Heute noch bestehende Vergütungsunterschiede – wie im zahnärztlichen Bereich – wirken unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds noch stärker wettbewerbsverzerrend als in der Vergangenheit und müssen beseitigt werden. Das schließt auch die nach wie vor unterschiedliche Aufsichtspraxis zwischen Bund und Ländern ein. Die letzte Gesundheitsministerkonferenz im Juni dieses Jahres hat beschlossen, dass die Aufgaben zwischen Bundes- und Länderaufsicht neu geordnet werden sollen. Mit mehr Wettbewerbsneutralität sollten die „Unwuchten“ im Kassenwettbewerb endlich der Vergangenheit angehören.

Die gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen finden Sie unter [www.vdek.com/Standpunkte](http://www.vdek.com/Standpunkte)

## DER KOMMENTAR

### Zukunft braucht Mut und Taten

Die Bundestagswahl steht vor der Tür, die Parteien positionieren sich. Nach der Wahl werden auch die gesundheitspolitischen Karten wieder neu gemischt, die nächste Gesundheitsreform wird nicht lange auf sich warten lassen. Auch die Ersatzkassen haben gemeinsame Ziele und Strategien und Forderungen formuliert. Folgende Fragen sind dabei von zentraler Bedeutung:

- Welche Sofortmaßnahmen sind in Zeiten der aktuellen Wirtschaftskrise erforderlich?
- An welchen Stellschrauben muss der Gesundheitsfonds nachgebessert werden?
- Wie kann eine langfristige Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung sichergestellt werden?
- Welche Alternativen gibt es durch sinnvolle Ressourcensteuerung, um einer Rationierung von Leistungen entgegen zu wirken?

Unser Gesundheitssystem ist anerkannt gut: 70 Mio. Versicherte erhalten von der wohnortnahen Basisversorgung bis zur Spitzenmedizin gute Leistungen. Die Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung sind im internationalen Vergleich Spitzenklasse – trotz Praxisgebühr und Wartezeiten auf einen Arzttermin.

Ziel der Ersatzkassen ist es, ihren rund 24 Mio. Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Gesunder Wettbewerb fördert Innovationen in der Versorgung und unterstützt eine verbesserte Ressourcensteuerung.

Das aktuelle Gutachten des Sachverständigenrats hat gezeigt: Die Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung muss weiter verbessert werden. Die Ersatzkassen haben Forderungen formuliert, wie in Anbetracht einer älter werdenden Gesellschaft die Versorgung besser organisiert werden kann. Dies ist eine der größten Herausforderungen der nächsten Jahre.

Ich bin gespannt, wohin die Reise nach der Bundestagswahl gehen wird. Sicher ist: An einer Reform wird keine Bundesregierung vorbeikommen. Die Ersatzkassen werden ihre Auffassung zur Zukunft des Gesundheitswesens tatkräftig und konstruktiv in künftige Diskussionen einbringen.



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

# Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Neue Wege möglich?

**Seit gut einem Jahr sind durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz neue Wege der ambulanten Versorgung der Patienten in stationären Einrichtungen (also i. d. R. Pflegeheimen) möglich.**

Bei entsprechendem Bedarf, der nicht anderweitig durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gedeckt werden kann – also gefährdeter Sicherstellung – haben die Einrichtungen nunmehr größere Kompetenz und erweiterten Handlungsspielraum:

Sie können einzeln oder gemeinsam Kooperationsverträge mit „dafür geeigneten vertraglichen Leistungserbringern“ schließen – sprich: sie stellen einen entsprechenden Antrag an die Kassenärztliche Vereinigung, die ja den sog. „Sicherstellungsauftrag“ innehat. Und kommt innerhalb von sechs Monaten nach Antragstellung ein diesbezüglicher Vertrag nicht zustande, ist die Pflegeeinrichtung vom zuständigen Zulassungsausschuss zur „Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ... mit angestellten Ärzten ... zu ermächtigen“. Für den Fall, dass ein Arzt in mehreren Pflegeeinrichtungen angestellt werden soll, ist der angestellte Arzt zu ermächtigen.

So weit, so gut.

Das Recht auf freie Arztwahl der Versicherten, auch wenn sie in Pflegeeinrichtungen leben, bleibt davon unberührt und steht für die Ersatzkassen selbstverständlich nach wie vor an erster Stelle.

Obwohl gerade im grundsätzlich haus- und fachärztlich (im Vergleich zu vielen anderen Bundesländern) gut bestückten Berlin die ärztliche Betreuung in Pflegeeinrichtungen gesichert sein sollte, wäre diese neue Möglichkeit für das eine oder andere Pflegeheim zumindest überlegenswert, um auch aus qualitativer Sicht ein Aushängeschild für bereits dort lebende – aber auch im Werben um künftige – Heimbewohner in einem harten Wettbewerb darzustellen.

Da ist es schon verwunderlich, dass es so schwer sein soll, neue Wege zu gehen und es bislang immer wieder darum ging, die Ersatzkassen in mehr als 10 Jahre alte „Modelle“ zu integrieren.

Die Ersatzkassen haben ein hohes Interesse an einer guten ambulanten ärztlichen Versorgung ihrer Versicherten in stationären Pflegeeinrichtungen, werden sich dieser wichtigen Diskussion nicht verschließen und stellen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB)

dafür seit Jahren gutes Geld zur Verfügung. Auch und gerade nach der jüngsten Gesundheitsreform und den damit verbundenen Honorarsteigerungen für die Ärzte muss es der KVB möglich sein, eine entsprechend zu erwartende Versorgung sicherzustellen.

Laut Auswertungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu den Ergebnissen der Abrechnungen ambulanter ärztlicher Behandlungen in der GKV im 1. Quartal 2009 im Vergleich zum Vorjahresquartal steht Berlin mit der Steigerung der Honorarentwicklung bundesweit an der Spitze:

- Die Vertragsärzte erhielten eine Honorarerhöhung von 97 Mio. Euro, das sind 32,2 Prozent Steigerung im Vergleich zum 1. Quartal 2008.
- Das entspricht einer Steigerung je (GKV-)Versicherten von 31,8 Prozent und
- bedeutet eine Veränderung je Praxis von plus 32,2 Prozent.

Die KVB korrigiert in ihrer September-Ausgabe des KV-Blattes die durch ihren Bundesverband prognostizierte Honorarsteigerung im 1. Quartal gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf „nur“ 18,12 Prozent, gibt aber gleichzeitig zu, dass auch dieser Wert noch immer im Spitzenfeld aller Kassenärztlichen Vereinigungen liegt.

Ob 33,2 oder 18,12 Prozent – mit diesen enormen Zugewinnen an Honorar bzw. der Verteilung müsste es gelingen, auch in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen bisher keine ausreichende Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung durch niedergelassene Ärzte erfolgte, Ermächtigungen zu erteilen – natürlich und völlig legitim mit „Zugriff“ auf die an die KVB gezahlte Gesamtvergütung.

Das Thema wird uns alle weiter beschäftigen.



## PRO & CONTRA

### Paragraf 116b SGB V – Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116b Sozialgesetzbuch V – eine seit nunmehr gut einem Jahr bestehende gesetzliche Neuregelung, deren Umsetzung immer wieder zu Diskussionen führt. Wir haben dies zum Anlass genommen, eine neue Rubrik in den Länderreport einzuführen: „Pro & Contra“.

Für das „Pro“-Statement konnten wir den Vorstandsvorsitzenden der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prof. Dr. Karl Max Einhüpl, gewinnen. Den „Contra“-Standpunkt vertritt für die Ersatzkassen Hermann Schmitt, Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse Berlin-Brandenburg und Vorsitzender des gemeinsamen Landesausschusses der Ersatzkassen in Berlin und Brandenburg.

## Hohe Spezialisierung in Krankenhäusern verbessert die Qualität und reduziert individuelle Behandlungskosten bei seltenen Erkrankungen

Die Charité – Universitätsmedizin Berlin hat durch die Senatsverwaltung des Landes Berlin Bestimmungen zur Versorgung nach § 116b, Abs. 2 SGB V für bisher zwei Ambulanzen erhalten. In beiden Ambulanzen wird von den Behandlungsteams ein hohes Maß an Spezialisierung und Interdisziplinarität verlangt, weshalb diese Ambulanzen beispielhaft für die Notwendigkeit stehen, Krankenhäuser für die ambulante Behandlung zu öffnen.

Die Ambulanz für Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) betreut kontinuierlich 300 Patienten mit dieser seltenen, tödlich verlaufenden Nervenkrankheit und gehört damit zu den fünf größten ALS-Zentren in Europa. Mit diesen Patienten und Angehörigen sind regelmäßig Fragen zur Palliativversorgung und einer gegebenenfalls notwendigen Beatmungstherapie zu klären, die sich außerhalb spezialisierter Zentren oft nicht bewältigen lassen.

Beim Marfan-Syndrom, einer genetisch bedingten und ebenfalls seltenen Erkrankung, stehen neben dem hohen Spezialisierungsgrad vor allem interdisziplinäre Fallkonferenzen zwischen Herzchirurgen, Kardiologen, Augenärzten, Humangenetikern und Orthopäden im Vordergrund. Wir haben daher unter dem Dach der § 116b-Versorgung zusammen mit dem Deutschen Herzzentrum Berlin ein Marfan-Zentrum etabliert, welches unseren gemeinsamen Patienten alle notwendigen Untersuchungen aus einer Hand und ohne lange Wege ermöglicht.

Als weiteren Vorteil der Öffnung von Krankenhäusern für ambulante Patienten sehe ich auch die enge Verzahnung mit dem stationären Bereich, welche bei bestimmten Erkrankungen mit häufigen Wechseln zwischen ambulanter und stationärer Therapie, wie zum Beispiel bei malignen Erkrankungen, notwendig wird.

Die Tatsache, dass Überweisungen in unsere Spezialambulanzen in der Regel von niedergelassenen Fachärzten derselben Fachrichtung ausgestellt werden, verdeutlicht, dass § 116b-Ambulanzen zukünftig einen festen Platz bei der Versorgung seltener Erkrankungen in Ergänzung zum vertragsärztlichen Sektor einnehmen werden.

Wir sind davon überzeugt, dass der Zugang zu Spezialambulanzen die Diagnosestellung beschleunigt, Doppeluntersuchungen vermeidet und dadurch geringere Kosten für Diagnostik und Therapie seltener Erkrankungen verursacht.

Weitere Einsparungen der individuellen Behandlungskosten sind bei Patienten zu erwarten, die während des ambulanten Besuches im Krankenhaus Medikamente verabreicht bekommen, da niedrigere Einkaufspreise der Krankenhäuser an die Kostenträger weitergegeben werden.

An die Qualität der medizinischen Versorgung stellt der Gemeinsame Bundesausschuss in seinen Konkretisierungen für Krankenhäuser höhere Anforderungen als an den vertragsärztlichen Sektor, da beispielsweise krankheitsbezogene Mindestmengen oder interdisziplinäre Fallkonferenzen für onkologische Patienten verbindlich festgelegt wurden.

Wir sehen in der Versorgung nach § 116b, Abs. 2 SGB V außerdem die Möglichkeit zur verstärkten



Prof. Dr. Karl Max Einhüpl,  
Vorstandsvorsitzender Charité  
– Universitätsmedizin Berlin

Kooperation zwischen dem Krankenhaus und dem vertragsärztlichen Sektor, da haus- und fachärztliche Kollegen im unmittelbaren Umfeld von Patienten mit seltenen und komplexen Erkrankungen grundsätzlich einbezogen werden. Unsere Erfahrun-

gen aus der ALS-Ambulanz zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen der Ambulanz nach § 116b und den vertragsärztlich tätigen Kollegen hervorragend funktioniert und vor allem für die Patienten einen wichtigen Vorteil bei der Behandlung darstellt.

## Kosten-Nutzen und Qualitätsgewinn für Berlin zweifelhaft

Eine Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit hochspezialisierten Leistungen, seltenen Krankheiten und Krankheiten mit besonderem Behandlungsverlauf – warum eigentlich nicht?

Eine Beantwortung dieser Frage muss sich für den verantwortlichen Kassenmanager an zwei Prämissen orientieren:

1. Die zur Verfügung stehenden Beitragsgelder müssen wirtschaftlich mit dem größtmöglichen Nutzen eingesetzt werden. Das sind wir unseren Versicherten als Beitragszahlern schuldig.
2. Die „eingekaufte“ Leistung muss hohen qualitativen Ansprüchen genügen. Das sind wir unseren Versicherten als Patienten schuldig.

Und es ist hilfreich zu wissen, dass der Gesetzgeber aus politischen Erwägungen heraus die Öffnung der Krankenhäuser bewusst als Konkurrenz zu den niedergelassenen Fachärzten intendiert hat (sog. „zweite“ Facharztschiene).

Zunächst zum Gebot der Wirtschaftlichkeit: Es ist zu erwarten, dass die Krankenkassen mit massiven zusätzlichen Ausgaben belastet werden. Warum? Das Geld folgt nicht der Leistung. Die Kassen zahlen zurzeit mit befreiender Wirkung ein Gesamtbudget an die Kassenärztliche Vereinigung. Wandern nun Leistungen aus dem niedergelassenen Bereich an die Krankenhäuser, wandert das Geld nicht mit. Eine Bereinigung des Gesamtbudgets hat der Gesetzgeber nicht vorgesehen. Also wird jeder Euro, der den Krankenhäusern für die ambulante Leistungserbringung nach § 116b SGB V vergütet wird, ein zusätzlicher Euro – auch wenn die Leistung nur an anderer Stelle erbracht wird und dann faktisch doppelt bezahlt wird.

Die Krankenhäuser werden von der zuständigen Planungsbehörde, der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, hierzu bestimmt – ohne Verhandlungen mit den Kassen. Bis heute sind sieben Anträge genehmigt, weitere 155 Anträge haben die Krankenhäuser bei der Planungsbehörde gestellt. Neben wirklich seltenen Erkrankungen liegt ein Schwerpunkt der Anträge bei den onkologischen Erkrankungen: Für 22 Krankenhausstandorte liegen Anträge vor, in der Regel für mehrere Tumorentitäten.

Das bedeutet eine quantitative Ausweitung der Leistungserbringer in einer bereits heute mehr als guten, auch mit Versicherungsgeldern aufgebauten, fachärztlichen Versorgung in Berlin. Ein exemplarischer Bereich, in dem in Berlin kein Versorgungsdefizit festzustellen ist. Leistungsmenge und damit Ausgaben werden steigen.

Ist dann wenigstens ein Zugewinn an Qualität zu erwarten? Mit wenigen Ausnahmen – nein. Es ist kein besonderer Ausweis von Qualitätsdenken, wenn erst gute, qualitativ hochwertige Strukturen im niedergelassenen Bereich gefährdet werden, um sie dann an anderer Stelle wieder aufzubauen, anstatt diese zu nutzen und sich um wirklich qualitativ defizitäre Bereiche zu kümmern. Auch wird es nicht in dem Umfang zu den gewünschten Konzentrationsprozessen kommen, dass von daher ein Qualitätssprung zu erwarten ist. Im Gegenteil: Bei einigen Indikationen wie z. B. Mukoviszidose (5 Anträge) oder Multiple Sklerose (9 Anträge) ist eine weitere Streuung von (wenigen) Patientinnen und Patienten auf viele Einrichtungen zu befürchten.

Im Fazit bleibt festzuhalten: Es gibt einige ausgewählte Bereiche, bei denen eine ambulante Behandlung im Krankenhaus sinnvoll ist und von den Krankenkassen auch unterstützt wird. Dort, wo es in der Fläche Defizite im Versorgungsangebot gibt und eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung sonst nicht zu erreichen ist. Oder wenn es sich um so geringe Fallzahlen handelt, dass eine Streuung auf viele Leistungserbringer nicht die notwendige Kompetenzentwicklung mit sich bringt.

Für Berlin gilt aber: Es ist sehr zweifelhaft, ob insgesamt ein „Mehr“ an Qualität erreicht wird, aber es ist leider sicher, dass zusätzliche Ausgaben entstehen. Und dies spricht im Interesse unserer Versicherten gegen eine (massive) Etablierung respektive Ausweitung des neuen, zusätzlichen Leistungsangebotes „ambulante Leistungen im Krankenhaus gem. § 116 b SGB V“.



Hermann Schmitt (BARMER), Vorsitzender des Landesausschusses Berlin-Brandenburg

## Arzneimittelausgaben weiter im Focus der Kassen – in Berlin erneut starker Anstieg

**Die Arzneimittelausgaben der GKV steigen bundesweit unaufhörlich an und sind damit nach wie vor ein Haupthandlungsfeld für Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen.**

In Berlin kam es im ersten Halbjahr 2009 zu einem Ausgabenanstieg von 43,9 Mio. Euro. Damit wuchsen die Nettoausgaben um 8,65 Prozent gegenüber dem Ergebnis des ersten Halbjahres 2008 auf nunmehr 551,55 Mio. Euro. D.h. die Arzneimittelausgaben im Stadtstaat Berlin sind um fast 80 Prozent stärker gestiegen als die Arzneimittelkosten im Bundesdurchschnitt! Die diesbezügliche Steigerungsrate betrug im gleichen Zeitraum 4,86 Prozent.

Für das Gesamtjahr 2009 werden für Berlin Arzneimittelausgaben in Höhe von 1.103,10 Mio. Euro erwartet, das entspräche Mehrausgaben gegenüber dem Vorjahr in Höhe von 5,22 Prozent. Die Steigerung im Bund wird mit 2,65 Prozent erwartet.

Summa summarum Grund genug, (weiter) zu handeln und mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KVB) nach Lösungen zu suchen, den Ausgabenanstieg zu stoppen oder zumindest zu verlangsamen.

Das zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung Berlin (KVB) vereinbarte Arzneimittelvolumen für 2009 in Höhe von 1.079,56 Mio. Euro wird voraussichtlich erneut überschritten. Allerdings lässt die Arzneimittelvereinbarung eine nachträgliche Anhebung des Ausgabenvolumens zu, wenn vorab definierte Wirtschaftlichkeitsziele durch gemeinsame Maßnahmen wie z. B. Sonderbudget-Bulletins, Rundschreiben und Informationen zu verschiedenen Präparatengruppen von ACE-Hemmern und Sarta- nen bis hin zu Morphinen erreicht wurden.

Selbstverständlich verlieren auch die Kassen dabei nicht aus dem Blick, dass aufgrund des Anteils an

hochspezialisierter Betreuung im niedergelassenen Bereich die Verordnung teurer Spezialpräparate (z. B. zur HIV-Behandlung oder in der Onkologie) Berlin nicht das Bundesland mit den geringsten Arzneimittelausgaben werden wird. Aber darum geht es auch gar nicht:

Ziel ist es vielmehr, die Ausgabenüberschreitung gegenüber dem jeweiligen Vorjahr zu reduzieren, die tatsächliche Höhe der Mehrausgaben zu senken und damit schrittweise die Ausgabenrelation deutlich zu verbessern.

Kassen und KVB werden auswerten, inwiefern die in den Arzneimittelvereinbarungen der Jahre 2008 und 2009 gewählte veränderte Herangehensweise (kontinuierliche Beratung der Ärzte über Alternativen mittels entsprechender Medien als Umsetzung gemeinsamer Maßnahmen zur Erreichung vereinbarter Wirtschaftlichkeitsziele) einen Beitrag dazu leisten konnte, die erheblichen Mehrausgaben von fast 170 Mio. Euro im Jahre 2007 auf zu erwartende 23 Mio. Euro im Jahre 2009 zu senken und damit neben der realen Kostensenkung auch die Schere zwischen vereinbartem Ausgabenvolumen und realistischen Arzneimittelausgaben schrittweise zu schließen.

Die Kosten für verordnete Arzneimittel nicht „aus dem Ruder laufen“ zu lassen und durch eine wirtschaftliche Ordnungsweise nebst flankierenden Maßnahmen auch in Berlin zu vertretbaren Ausgaben zu gelangen, hat auch künftig oberste Priorität.

Bleibt zu hoffen, dass die aktuelle Überschreitung um „nur“ ca. 10 Mio. Euro gegenüber dem Vorjahr ein erstes Indiz dafür ist, dass sich kontinuierliche Informationen an die Vertragsärzte über fast zwei Jahre im Ergebnis positiv – weil kostensenkend – auswirken...

## Ambulante Versorgung der HIV-Patienten:

### Ausreichende Finanzmittel im „Ärztetopf“

**Seit 1992 förderten die Berliner Krankenkassen über regionale Vereinbarungen die ambulante Versorgung von HIV/AIDS-Patienten in spezialisierten Praxen, den sog. HIV/AIDS-Schwerpunktpraxen.**

Zuletzt wurde zusätzlich zur gesetzlich vorgegebenen Vergütung pro Patient und Quartal ein Betrag in Höhe von 45 Euro bereitgestellt.

Zum 1. Juli 2009 wurden die regionalen Vereinbarungen nunmehr durch eine Bundesregelung abgelöst,

die als Grundpauschale einen Betrag in Höhe von 45,50 Euro pro Patient und Quartal vorsieht. Zusätzlich kann der Arzt bei einer Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten 30,63 Euro abrechnen. Alternativ dazu können zusätzlich zur Grundpauschale pro Patient und Quartal 61,25 Euro abgerechnet werden, wenn weitere Koinfektionen vorliegen.

Auch diese Gelder werden von den Krankenkassen zusätzlich zur bisher gesetzlich vorgegebenen Vergütung bezahlt. Damit steht für die ambulante Versorgung von HIV/AIDS-Patienten in Berlin seit Mitte des Jahres mehr Geld zur Verfügung als zuvor.

Die neuen Pauschalen können von den behandelnden Ärzten (i. d. R. Hausärzten) abgerechnet werden, soweit bundesweit einheitlich festgelegte Qualitätsstandards erfüllt werden. Eine zusätzliche Vergütung für andere, an der Versorgung von HIV/AIDS-Patienten beteiligte Fachgruppen (z. B. Augenärzte, Hautärzte, Dermatologen), die ihr reguläres Honorar im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit erhalten, ist auf Bundesebene ausdrücklich ausgeschlossen worden, wird nun-

mehr aber von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gefordert.

Die Berliner Krankenkassen und Krankenkassenverbände haben darauf reagiert und angesichts der erst kürzlich von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ausgewiesenen überproportionalen Honorarsteigerungsraten von mehr als 30 Prozent im I. Quartal 2009 gegenüber dem Vorjahresquartal die KVB aufgefordert, im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages dafür Sorge zu tragen, mit dem zusätzlichen Geld aus der Honorarreform der Ärzte die qualitativ hochwertige ambulante Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS in den etablierten Strukturen zu gewährleisten.

Nachdem die Berliner Vertragsärzte im Zuge der Honorarreform von den Krankenkassen in diesem Jahr 140 Mio. Euro mehr als noch im Jahr 2007 erhalten, ist die Forderung nach immer neuem Geld den Beitragszahlern nicht mehr vermittelbar. Streitigkeiten in der Honorarverteilung dürfen nicht auf dem Rücken der betroffenen Patienten ausgeglichen werden.

## KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

### **Berliner Hospizdienste erhalten 489.519 Euro**

22 Berliner Hospizdienste werden 2009 allein von den Ersatzkassen mit einem Betrag von 489.519 Euro (das sind ca. 93.357 Euro mehr als 2008) finanziell unterstützt. Damit sind die Ersatzkassen erneut Hauptfinanzier, denn ihr Anteil beträgt fast 45 Prozent des Gesamtbetrages aller Krankenkassen in Berlin, die zusammen 1.088.301,84 Euro aufbringen. Die Förderung der Krankenkassen ist ein wichtiger Beitrag, eine flächendeckende ambulante Hospizversorgung – also eine häusliche Sterbebegleitung – weiter auszubauen. 1.245 Ehrenamtliche sind in Berlin im ambulanten Hospizdienst tätig – erfreulicher Weise fast 200 mehr als im Jahr 2008.

### **Selbsthilfeförderung: 670.000 Euro an ca. 1.000 Selbsthilfeinitiativen**

Die Krankenkassen in Berlin fördern ca. 1.000 Selbsthilfeinitiativen im Land Berlin in diesem Jahr gemeinschaftlich mit 670.000 Euro. Das entspricht einer Steigerung von rund 60.000 Euro – das sind mehr als 9 Prozent gegenüber 2008. Aus dem gemeinschaftlichen Fördertopf wurden durch die Krankenkassen in diesem Jahr 354 Selbsthilfegruppen, 29 Landesorganisationen und 18 Selbsthilfekontaktstellen gefördert. Alle Antragsteller, welche die Kriterien des „Leitfaden Selbsthilfe“ erfüllen, konnten Fördermittel erhalten. Die Selbsthilfeeinrichtungen sollen beispielsweise gewährleisten, dass sie unabhängig von wirtschaftlichen Interessen sind.

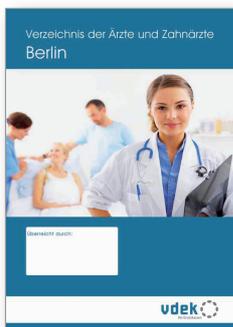
### **Ersatzkassen weiter im Aufwind: Aktuelle Mitglieder- und Versichertenzahlen beträchtlich gestiegen**

Erneut haben alle Ersatzkassen in Berlin und Brandenburg (Barmer Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, Gmünder ErsatzKasse, HEK – Hanseatische Ersatzkasse, Hamburg Münchner Krankenkasse und hkk) beim Mitgliederwachstum „die Nase vorn“: Zum jährlichen amtlichen Stichtag 1. Juli 2009 gewannen die Ersatzkassen in Berlin insgesamt 57.598 Mitglieder bzw. 67.257 Versicherte gegenüber dem Vorjahr hinzu. Damit bauen die Ersatzkassen ihre Stellung als größte Kassenart in Berlin weiter aus. Insgesamt betreuen sie im Land in Berlin nunmehr 1.002.126 Mitglieder und 1.302.805 Versicherte.

### **Senat und Kassen bereiten Umsetzung der Impfung gegen die „Neue Grippe“ (H1N1) vor**

Das Land Berlin und die gesetzlichen Krankenkassen arbeiten derzeit in enger Abstimmung an der Vorbereitung der Impfung gegen die „Neue Grippe“. Zunächst soll die konkrete Finanzierung in Berlin mittels einer Rahmenvereinbarung zwischen den beteiligten Partnern festgeschrieben werden. Für die Kassen steht fest, dass an dieser gesamtgesellschaftlichen Aufgabe nicht verdient werden darf und die zur Verfügung stehenden Finanzmittel gemäß den Inhalten der Rechtsverordnung zur Pandemievorsorge sorgsam eingesetzt werden müssen.

## Eigene Publikationen



### Ärzte- und Zahnärzterverzeichnis Berlin

Die vdek-Landesvertretung Berlin und der VVA-Verlag Detmold haben gemeinsam ein Ärzte- und Zahnärzterverzeichnis für Berlin herausgegeben. Es ist nach Stadtteilen gegliedert und bietet einen Überblick der Ärzte nach Fachrichtungen sowie der Zahnärzte. Diese kostenfreie Broschüre ist in den Geschäftsstellen der Ersatzkassen in Berlin ausgelegt bzw. kann bei der Landesvertretung bestellt werden (siehe Impressum).



### Gesundheitspolitische Positionen der Ersatzkassen

Diese Broschüre (siehe auch Leitartikel) kann kostenfrei sowohl über die Landesvertretung bezogen als auch unter [www.vdek.com](http://www.vdek.com) heruntergeladen werden.

## BÜCHER



### Die besten Tomicek Karikaturen 2008

Jürgen Tomicek, Verlag Tomicek, Werl-Westönnen, 96 Seiten, 13,80 Euro

Lachen ist gesund. Diesen Gesundheitskick beschert der Karikaturist Jürgen Tomicek den Lesern der Ärzte-Zeitung bereits am Frühstückstisch, denn dort sind seine Werke regelmäßig auf der Seite 2 zu finden: witzig, spritzig, auf den Punkt gebracht. Doch nicht nur im Gesundheitswesen kennt sich der Zeichner aus. Politik, Wirtschaft, Freizeit, Sport – kein Gebiet, auf das seine spitze Feder nicht einen Kommentar wüsste. Die besten Karikaturen sind jetzt in seinem neuen Sammelband veröffentlicht. Das sollte man sich zu Gemüte führen; hält gesund!

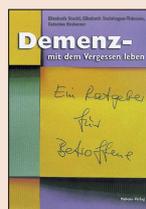


### Krebszellen mögen keine Himbeeren

Prof. Dr. med. R. Béliveau / Dr. med. D. Gingras, Kösel Verlag, 213 Seiten, 19,95 Euro

Wie bitte? Das dachte ich als ich den Buchtitel sah. Obwohl ich normalerweise Literatur, die sich mit Krebs beschäftigt, aus dem Weg gehe, machte mich der Titel neugierig. Sowohl die Aufmachung, der Schreibstil als auch der gesamte Inhalt machen es einem einfach, sich mit den Themen Krebs und Ernährung zu befassen. Gutes Bildmaterial und verständliche Texte sorgen dafür, komplexe Sachver-

halte zu begreifen. Die Autoren verstehen es perfekt, die vorbeugende Wirkung und die therapeutischen Eigenschaften von bestimmten Nahrungsmitteln darzustellen. Eine gesunde Ernährung ist ein maßgebender Ansatz zur Vorbeugung gegen Krebs. Das Buch ist eine große Hilfe, sich dem Thema Krebs zu nähern und die Bedeutung der Ernährung bei der Krebsprophylaxe zu erkennen.



### Demenz – mit dem Vergessen leben

Ein Ratgeber für Betroffene von Elisabeth Stechl, Elisabeth Steinhagen-Thiessen und Catarina Knüvener. 2008, 136 S., € 15,90, ISBN 978-3-938304-98-3. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main.

Das Jahrbuch legt den Schwerpunkt auf die zu erwartenden Auswirkungen des Gesundheitsfonds. Die Herausgeber haben dazu namhafte Autoren aus Wissenschaft und Praxis gewonnen, die den Gesundheitsfonds und die Veränderung des Risikostrukturausgleichs aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten. Ergänzt wird das Schwerpunktthema durch freie Beiträge und eine CD-ROM mit zentralen Daten zum Risikostrukturausgleich 2005.

#### 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