

# report brandenburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Juli 2009

# ersatzkassen

Überzeugen – nicht zwingen

## Rehabilitation in Brandenburg ist wichtig und richtig – auch für Berlin

Das Land Brandenburg umschließt in seiner Mitte das Land Berlin. Daraus haben sich im Laufe der Jahre vielfältige Kooperationsbeziehungen entwickelt, nicht zuletzt aus der Erkenntnis heraus, dass unsere Region gemeinsam nach außen stärker vermarktungsfähig ist und voneinander profitiert.

Ersatzkassen, denen es als bundesweit tätigen Kassen von jeher leichter fiel, über Ländergrenzen hinaus zu agieren, sind ein gutes Beispiel für länderübergreifende Kooperationen in der Region Berlin-Brandenburg, dem der Ersatzkassenverband seit Jahresbeginn folgte. Verantwortung zu tragen für den Stadtstaat Berlin und zugleich für das Flächenland Brandenburg, ist eine große Herausforderung, birgt aber auch große Möglichkeiten: Stärker werdende länderübergreifende Kooperationen sind ein Schritt auf dem Weg des Zusammenwachsens einer gemeinsamen Region nach innen und außen, ohne länderspezifische Identitäten aufgeben zu müssen.

Die Reha-Landschaft in Brandenburg ist seit Beginn der 90er Jahre geprägt von qualitativ hochwertiger

Arbeit der Rehabilitationskliniken über alle Indikationsgebiete. Im Laufe der Jahre erfolgten Ausbau, Neubau, Anpassen der Kliniken an gesundheitspolitische Gegebenheiten auf einem insgesamt ausgesprochen hohen Niveau, durch viel Engagement, Einfallsreichtum und überzeugende Leistung. Die

### In dieser Ausgabe:

- **Einiges geschafft – noch viel zu tun**  
(von MdL CDU Roswitha Schier)
- **Mammographiescreening**  
von Ahrensfelde bis Prenzlau
- **„Pflege in Not Brandenburg“**  
Bilanz des Pflegenotrufs nach einem Jahr
- **Künftig gemeinsamer Landesausschuss**  
der Ersatzkassen unter Vorsitz von  
Hermann Schmitt (BARMER)

Rehakliniken waren und sind zu jeder Zeit verlässlicher Partner nicht nur für die Kassen, andere Kostenträger, Krankenhäuser und Patienten in Brandenburg, sondern – politisch gewollt – auch und gerade für Patienten in Berlin.

Verlässlichkeit und Vertrauen sind im (vertraglichen) Umgang ein ungemein wichtiger Faktor: Die über Jahre gelebte regionale „Arbeitsteilung“ besagt, die Schwerpunkte der Hochleistungsmedizin – vor allem die Universitätskliniken – liegen in Berlin; die Rehabilitation ist dagegen im schönen Brandenburger Umland angesiedelt: in 27 Rehakliniken mit 5.356 Betten, fast 64.000 Behandlungsfällen im Jahr und einer Auslastung von ca. 90 Prozent – und damit der höchsten Auslastungsquote in Deutschland (Datenbasis 2007).

Unter diesen Gegebenheiten muss es doch gelten, die jeweiligen Spitzenstellungen zu festigen und gemeinsam – über die Ländergrenzen hinaus – Verantwortung für gewachsene Strukturen, für Regionen, für Menschen... wahrzunehmen.

Brandenburg steht bis heute zu seinem Teil der Verantwortung (obwohl auch in der Krankenhauslandschaft für das Thema Uniklinik Interesse zu vernehmen ist), weil immer deutlicher wird, dass Kräfte, dass Ressourcen unter sich auch gesellschaftspolitischen wandelnden Rahmenbedingungen gebündelt werden müssen.

Dazu gehört auch und gerade die Verzahnung von Akutbehandlung und Rehabilitation – hier

profitieren die Patienten beider Länder seit vielen Jahren von der hervorragenden akutmedizinischen Versorgung und der anschließenden – nicht minder hervorragenden – stationären Rehabilitation.

Die „Wohnortnähe“ ist in Bezug auf die (allgemeine) Krankenhausbehandlung ein wichtiges Kriterium, damit Angehörige Patienten möglichst oft besuchen können – während einer stationären Rehabilitation steht sie jedoch in den meisten Fällen nicht an erster Stelle. Und hinzu kommt: Die Infrastruktur hört ja nicht an der Stadtgrenze von Berlin auf! Auch das Land Brandenburg ist mit einem Straßen- und Schienennetz durchzogen, viele Rehakliniken bieten darüber hinaus Shuttledienste an, um bequem in die in den grünen Oasen und malerischen Landschaften gelegenen Kliniken zu gelangen.

Auf die „First Class-Qualität“ der Rehakliniken in Brandenburg können wir wahrlich stolz sein, „First Class“ bezieht sich in der Bewertung nicht (nur) auf die Ausstattung, sondern insbesondere auch auf Qualität, Güte des Services und natürlich der medizinischen Anwendungen, der Freundlichkeit des Personals, kurz: auf den persönlichen Wohlfühlfaktor, den wir, würden wir eine Rundreise durch Brandenburger Rehakliniken machen, ganz sicher in vielen Rehakliniken antreffen und spüren würden – das ist das bekannte Aushängeschild als Magnet für Berliner und Brandenburger, aber auch für Patienten aus anderen Bundesländern.

## DER KOMMENTAR

### Mit Augenmaß...

Wenn wir als Region Berlin-Brandenburg das ehrgeizige Ziel, das Ministerpräsident Mathias Platzeck auf dem kürzlich in Potsdam veranstalteten ersten „Medizinischen Reha-Kongress Brandenburg“ in seiner Ansprache setzte, gemeinsam die deutsche Gesundheitsregion Nr. 1 zu werden, auch erreichen wollen, dann geht das nur Hand in Hand, in vertrauensvoller Zusammenarbeit und mit dem Wissen, sich auf den (Landes-)Partner verlassen zu können. Schließt man aus der Teilnehmervielfalt der Berliner und Brandenburger auf diesem Kongress auf den gemeinsamen Willen, haben wir gute Chancen!

Berliner und Brandenburger gehören nach unserer Ansicht viel öfter an einen Tisch, nur so kann Vertrauen im Umgang miteinander wachsen, kann Einblick in die Befindlichkeiten, die Zwänge des jeweiligen Vertragspartners erfolgen, Verständnis füreinander entstehen und nur so können gemeinsam tragfähige Lösungen für beide Bundesländer gefunden werden.

Ich wünsche mir, dass die gegenwärtigen Aktivitäten der Beginn einer engeren Zusammenarbeit der auch für Rehabilitationsbehandlungen zuständigen Akteure von Politik und Kostenträgern beider Bundesländer werden – zum Wohle unserer gemeinsamen Region.



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

## Bilanz: Einiges geschafft – noch viel zu tun

**Am Ende einer Wahlperiode zieht man als Abgeordnete Bilanz. Welche Vorhaben konnte man umsetzen, was ist nur teilweise und was ist gar nicht gelungen? Und man überlegt sich genau, was für die neue Wahlperiode zu tun bleibt.**

**Die Politikfelder Gesundheit und Soziales** sind spannend, denn sie finden auch das Interesse vieler Bürgerinnen und Bürger. Es gab zahlreiche Veränderungen in den zurückliegenden fünf Jahren – vor allem auch auf Bundesebene. Die Gesundheitsreform oder die Pflegereform haben weitreichende Auswirkungen auf Brandenburg.



MdB Roswitha Schier (CDU), Parlamentarische Geschäftsführerin und gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion im Landtag Brandenburg

Wir haben aber auch über **zahlreiche Gesetze und Anträge** beraten, die in Zuständigkeit der Landespolitik lagen. Nennen möchte ich an dieser Stelle das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, das Rettungsdienstgesetz, das Nichtraucherschutzgesetz oder das Krankenhausentwicklungsgesetz.

**Eine der wichtigsten Regelungen** im ÖGD-Gesetz ist das verbindliche Einladungswesen für Kinder zu den U-Untersuchungen. Damit verbessert man nicht nur die Prävention, die Teilnahme an den Untersuchungen ist auch ein wichtiger Schritt zur Bekämpfung und Vermeidung von Kindesvernachlässigung und Kindesmissbrauch.

**Ein Dauerthema** war die ambulante ärztliche Versorgung – insbesondere in den Randregionen Brandenburgs. Hier werden auch künftig sowohl die KV

als auch die Kassen, die Politiker und die Entscheidungsträger vor Ort gefordert sein, ihren Gestaltungsspielraum weitestgehend zu nutzen. Es muss uns gemeinsam gelingen, Gymnasiasten aus Brandenburg nach dem Medizinstudium für die Übernahme einer Praxis in Brandenburg zu gewinnen.

Wir haben uns dafür stark gemacht, dass man bundespolitisch die **Rentenangleichung** nicht aus den Augen verliert.

Wichtig war uns auch, der **Seniorenpolitik** mit der Verabschiedung seniorenpolitischer Leitlinien einen neuen Rahmen zu geben. Die neuen Wege in der Seniorenpolitik zeigen sich beispielsweise in den gesetzlichen Möglichkeiten zur Schaffung individueller Wohnformen im Alter. Die Grundlage dafür wurde im Gesetz über die Neuregelung heimrechtlicher Vorschriften gelegt. Künftig gibt es auch in dem Bereich der Pflege noch viel zu tun, denn vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung brauchen wir dringend gut ausgebildetes Pflegepersonal.

**Im Bereich Gesundheit und Soziales** sind die Bretter, die man bohren muss, wenn es zu Veränderungen kommen soll, oft besonders dick. Das haben Vorstöße zur Legalisierung der anonymen Geburt oder zur Erhöhung der Organspendebereitschaft verdeutlicht. Schwierig waren auch die Verhandlungen zum Rettungsdienstgesetz. Ich hätte mir gewünscht, dass die Krankenkassen an der Gebührensatzung direkt beteiligt werden.

**Insgesamt gesehen** stehen wir sowohl in der Gesundheits- als auch in der Sozialpolitik in der nächsten Wahlperiode vor weiteren großen Herausforderungen. Im Interesse der Bürgerinnen und Bürger des Landes Brandenburg müssen wir sie bewältigen.

## Mit dem Mammobil unterwegs – von Ahrensfelde bis Prenzlau

Drei Fragen an Dr. med. Tilman Ehrenstein

▼ Herr Dr. Ehrenstein, Sie sind seit gut einem Jahr mit Ihrem Mammobil unterwegs. Wie ist das Screening organisiert?

▲ Für die Zielgruppe brustgesunder Frauen zwischen 50 und 70 ohne konkrete Beschwerden muss die Schwelle zur Teilnahme durch kurze Wege und die Einbeziehung lokaler Strukturen so weit wie

möglich herabgesetzt werden. Die Erfahrungen zeigen, dass besonders viele Frauen das Untersuchungsangebot annehmen, wenn ihr Weg zur Untersuchung weniger als 15 km beträgt.

Aus diesem Grund wird das Screening auch in der Nord-West-Region Brandenburgs fast ausschließlich mit Mammobilen durchgeführt – fahr-

baren, komfortabel ausgerüsteten Röntgeneinrichtungen mit modernster digitaler Röntgentechnik, die auf die Dörfer und Städte fahren und so „vor Ort“ die Früherkennungsuntersuchungen anbieten. Die Mammographie selbst wird von speziell geschultem Personal durchgeführt und dauert ca. 5 – 10 Minuten.

#### ▼ Wie ist der weitere Werdegang nach der Untersuchung?

▲ Jede Mammographie wird von zwei besonders spezialisierten Ärzten unabhängig voneinander begutachtet. Fällt einem der beiden Ärzte etwas Verdächtiges auf, wird der Programmverantwortliche Arzt (PVA) zusätzlich zu Rate gezogen. Diese Teamentscheidung begründet die hohe Befundqualität.

93 von 100 Frauen erhalten spätestens zwei Wochen nach der Untersuchung die Nachricht, dass kein Hinweis auf einen Brustkrebs gefunden werden konnte, verbunden mit der Bitte, auch ihren Haus- oder Frauenarzt beim nächsten Besuch vom Untersuchungsergebnis zu informieren.

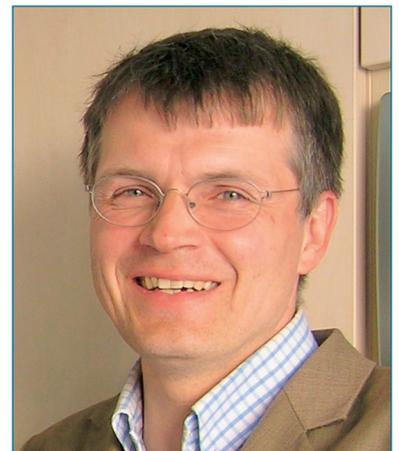
Bei sieben von 100 Frauen ist eine ergänzende Untersuchung notwendig, um sicherzugehen, dass wirklich kein Brustkrebs vorliegt. Die Einladung zur weiterführenden Untersuchung erfolgt innerhalb von einer Woche als Abklärungsdiagnostik durch den PVA in speziellen – meist stationären – Einrichtungen, die über alle notwendigen Untersuchungsmethoden vor Ort verfügen. Im Norden Brandenburgs erfolgen diese spezifischen Abklärungen z. B. in Neuruppin und Eberswalde. Meist reicht eine ergänzende Röntgen-, Tast- oder Ultraschalluntersuchung, um den letzten Verdacht auszuschließen.

Bei zwei der sieben Frauen kann jedoch eine Biopsie (Gewebeprobe) erforderlich werden, um die Natur des Befundes zu sichern. Letzte Sicherheit gibt dann eine gemeinsame Konferenz von PVA



... das Mammobil im Einsatz

und Pathologe, den Befundern sowie ggf. für die weitere Therapie zuständigen Krankenhausärzten. Auch Haus- und/oder Frauenarzt können teilnehmen. Sinn dieser Konferenz ist die Sicherstellung, dass röntgen- und histologischer Befund zusammen passen, kein Krebs übersehen wird und ggf. bereits



Dr. med. Tilman Ehrenstein  
MBA – Programmverantwortlicher Arzt (PVA) der Region Nord-West Brandenburg

eine Empfehlung für die weitere Therapie formuliert werden kann. Natürlich werden alle Frauen, bei denen eine Gewebeprobe entnommen wurde, in einem persönlichen Gespräch über den Ausgang der Untersuchung informiert und zum weiteren Vorgehen beraten.

Im Anschluss an eine ggf. notwendige Therapie in einem Brustzentrum vor Ort bildet eine sog. postoperative Konferenz den letzten Schritt in der Qualitätssicherungskette des Mammographie-Screening-Programms, in dem alle Beteiligten rückwirkend den Fall reflektieren, um so das Screening in Brandenburg weiter zu optimieren.

#### ▼ Klingt sehr durchdacht und durchorganisiert, aber woran lässt sich erkennen, dass das Screening tatsächlich zu einer Verbesserung der Brustkrebsversorgung in Brandenburg führt?

▲ Die Grundprämisse des Screenings besteht darin, dass die Heilungschancen umso höher sind, je früher ein bösartiger Tumor entdeckt und behandelt werden kann. Mit der Einführung des Mammographie-Screenings sollten alle Tumoren des betreffenden Jahres entdeckt werden, aber auch und gerade die, die sonst erst im nächsten oder übernächsten Jahr auffallen würden. Die Entdeckungsrate von drei Jahren wird quasi auf das erste Jahr vorgezogen. Dieses „Vorziehen“ ist der eigentliche Früherkennungseffekt und abgesehen von der Senkung der Sterblichkeit der wichtigste Erfolgsparameter des Programms.

Herr Dr. Ehrenstein, wir wünschen Ihnen, dem weiteren Verlauf des Screening mit Ihrem Mammobil, aber vor allem den zu untersuchenden Frauen viel Erfolg und alles Gute.

## MAMMOGRAPHIE-SCREENING IN BRANDENBURG

Seit 2008 können alle anspruchsberechtigten Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr turnusmäßig alle zwei Jahre auch im Flächenland Brandenburg das Mammographie-Screening als wichtiges freiwilliges Vorsorgeuntersuchungsangebot annehmen. Das sind in Brandenburg ca. 335.000 Anspruchsberechtigte, von denen mehr als 50 Prozent Versicherte der Ersatzkassen sind. Unser Bundesland wurde dabei in zwei Regionen aufgeteilt: die Süd-Ost- und die Nord-West-Region, die von jeweils zwei Programmverantwortlichen Ärzten (PVA) betreut werden.

Neben dem überaus hohen Maß an Qualität wird den anspruchsberechtigten Frauen in Brandenburg das Angebot auch möglichst wohnortnah geboten. Das stellt in einem Flächenland eine besonders große Herausforderung dar: Darum kommen sog. Mammobile zum Einsatz, die – natürlich nach entsprechender Vorankündigung – in den ländlichen Regionen meist für mehrere Wochen oder auch Monate aufgestellt werden.

Im Land Brandenburg wurde das Mammographie-Screening zudem im Dialog mit den Gynäkologen etabliert und eine enge Zusammenarbeit in der Umsetzung vereinbart. In diese netzwerkartige Struktur sind alle relevanten Akteure eingebunden. Das fordert zwar ein hohes Maß an Abstimmungsbedarf und eine gute Kooperation zwischen den Ärzten in den Praxen und Kliniken, fördert jedoch die sektorenübergreifende Zusammenarbeit zum Wohle der Frauen.



... und das freundliche Mammobil-Team mit einer Patientin

## Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen – neue Wege möglich

**Seit fast genau 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:

Die Pflegeheime können gemäß § 119b SGB V 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.

Neue gesetzliche Regelungen, die gerade im ländlichen Raum Grundlage für neue Wege sein könnten.

Die Pflegeheime haben es damit in der Hand, selbst aktiv zu werden und zu agieren, wenn die ärztliche Versorgung in ihrem Haus nicht ausreichend ist.

In Gesprächen zeigt sich jedoch, dass nicht – immer ausschließlich – der Mediziner-mangel das eigentliche Problem ist, sondern dass eine verbesserte organisatorische und koordinierende Vorbereitung der ärztlichen Besuche in den stationären Pflegeheimen sowie klare Absprachen zwischen Arztpraxis und Heim eine angespannte Situation entspannen können. Miteinander zu reden, wie und unter welchen Begleitumständen die ärztliche Versorgung der Heimbewohner erfolgen kann, sollte auch hier der Königsweg sein.

In Kooperationsvereinbarungen ließe sich beispielsweise verabreden, wie die Vorbereitung der Unterlagen der aufzusuchenden Patientinnen und Patienten aussehen sollte, welche Unterstützung beim organisatorischen Ablauf der ärztlichen Versorgung erwartet wird und wie eine routinierte Integration in den Praxisalltag des Arztes – Nofälle ausgenommen – möglich wäre.

Nach unserer Recherche hat bisher kein einziger Antrag nach § 119b SGB V die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg erreicht. Daraus Schlüsse zu ziehen, wäre voreilig; Informationen und ein Austausch über diese Option hingegen sinnvoll.

## „Pflege in Not Brandenburg“ – positive Bilanz des ersten Pflegenotrufs in den neuen Bundesländern

**„Pflege in Not Brandenburg“ ist eine Beratungs- und Beschwerdestelle bei Konflikten und Gewalt in der Pflege älterer Menschen. Es ist ein Leuchtturmprojekt der „Pflegeinitiative Brandenburg“ und seit einem Jahr das erste seiner Art in den neuen Bundesländern.**

Die Bilanz des einjährigen Bestehens kann sich sehen lassen: Bisher gingen rund 750 Anrufe ein, aus denen sich 320 konkrete Fälle entwickelten.

Schwerpunkte waren Überforderung bei der häuslichen Pflege der Angehörigen und Herausforderungen durch den Krankheitsverlauf bei demenzkranken Familienmitgliedern (38 Prozent), Fragen zu Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch zu Abrechnungen, Vertragsbedingungen, zur Krankenhilfe u. ä. (21 Prozent), psychosoziale Probleme wie Einsamkeit, Wahrnehmungsstörungen, Verlustängste (18 Prozent). Gewalt in der Pflege (häusliche Gewalt, Gewalt durch Heimbewohner oder Pflegepersonal) machten ca. 10 Prozent der Anrufe aus, Beschwerden über professionelle Kräfte 7 Prozent und Pflegemängel/-fehler wie z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung oder Dokumentation führten in 5 Prozent der Fälle zum Anruf.

Ein Drittel dieser Anfragen konnte im Ersttelefonat geklärt werden, bei anderen Fällen wurden eine intensivere Beratung vor Ort, z. B. bei Hausbesuchen, notwendig. Die Anzahl der Anfragen professioneller Kräfte aus Fachdiensten und stationären Pflegeeinrichtungen verdoppelte sich im Laufe des ersten Jahres auf zehn Prozent. Die durchschnittliche Beratungszeit pro Klient beträgt ungefähr 60 Minuten – viel Einfühlungsvermögen und Sachverstand sind hier notwendig.

Die Beratung aller Anrufer – Pflegebedürftige, Angehörige, Nachbarn und auch Pflegekräfte – ist kostenfrei, auf Wunsch anonym und wird von einem kompetenten Team geleistet: einer examinierten Krankenschwester mit Zusatzausbildung in Gesprächsführung und Weiterbildung als Pflegeberaterin und einer Betriebswirtin mit Zusatzausbildung als Telefonseelsorgerin und Mediatorin. Für leistungsrechtliche Fragen erhält das Team Unterstützung durch zwei Sozialversicherungsfachangestellte.

Neben der Beratung wird den Themen Aufklärungs- und Präventionsarbeit sowie der Weiterbildung große Aufmerksamkeit gewidmet. So wurden Angehörigen-

gen-Abende veranstaltet, Weiterbildungsmodulare zum Thema für Altenpflegeschulen entwickelt und auch mit der Potsdamer Polizei über konkrete Möglichkeiten der Zusammenarbeit beraten.

Diese Angaben zeigen deutlich, dass der Pflegenotruf eine wichtige Beratungslücke schließen konnte.

Für die weitere Entwicklung wünschen sich die Mitarbeiter eine weitere Vernetzung mit anderen Akteuren im sozialen und pflegerischen Bereich – perspektivisch bis hin zu einem landesweiten Unterstützernetzwerk, in dem lokale Partner mit dem Pflegenotruf in Potsdam kooperieren und Betroffene vor Ort betreuen. Denkbar ist hier beispielsweise eine Zusammenarbeit mit den im Aufbau befindlichen Pflegestützpunkten.

Insgesamt ein gelungenes Projekt, das auch in anderen Bundesländern Nachahmer finden sollte.

**Ich schaff'es nicht mehr...**  
**→ 0180 265 55 66\***  
 Beratungs- und Beschwerdestelle  
 bei Konflikt und Gewalt  
 in der Pflege älterer Menschen.

**Pflege in Not Brandenburg**  
 Lindenstraße 6  
 14467 Potsdam

**Pflege in Not Brandenburg**  
 0180 265 55 66\*)  
 BERATUNGSTELEFON

**Diakonie**

\*) 6 Cent pro Anruf aus dem Festnetz, evtl. abweichende Kosten aus Mobilfunknetzen

Senioren beginnt jetzt

**Flyer des Pflegenotrufs „Pflege in Not“**

## KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

### Erste Pflegestützpunkte „am Netz“ – Ersatzkassen bereiten ihren Einsatz vor

Zwei Pflegestützpunkte sind bereits am Netz – in Erkner (Oder-Spree) und Neuruppin (Ostprignitz-Ruppin). Für die Pflegestützpunkte, die unter Beteiligung der BARMER bzw. der DAK errichtet werden, liegen die Errichtungsbescheide des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) mit Datum 02.07.2009 vor. Die BARMER beteiligt sich am Standort Werder (Potsdam-Mittelmark), die DAK in Oranienburg (Oberhavel). Daneben hat das MASGF bereits auch für die geplanten Pflegestützpunkte in Eisenhüttenstadt (Oder-Spree) und Lübben (Dahme-Spreewald) die Errichtungsbescheide ausgestellt. Sobald diese Bescheide vorliegen, beginnt für die errichtungsbeauftragten Pflege-/Krankenkassen eine sechsmonatige Frist bis zur Eröffnung. Bis zum Jahresende ist die Inbetriebnahme weiterer Pflegestützpunkte vorgesehen.

### Selbsthilfeförderung: 542.000 Euro an ca. 800 Selbsthilfeinstitutionen

Die Krankenkassen in Brandenburg fördern die Selbsthilfe im Land 2009 gemeinschaftlich mit rund 542.000 Euro. Das entspricht einer Steigerung von rund 35.000 Euro oder mehr als sieben Prozent gegenüber 2008. Die Vergabe der finanziellen Mittel haben die Krankenkassen gemeinsam mit Vertretern der Selbsthilfe entschieden. Über die Gemeinschaftsförderung werden durch die Krankenkassen in diesem Jahr 747 Selbsthilfegruppen, 21 Kontaktstellen und 25 Landesorganisationen in Brandenburg gefördert.

### Krankenkassen in Brandenburg müssen erstmalig für Wasserrettung zahlen

Mit dem geänderten Rettungsdienstgesetz vom 14.07.2008 wurde im Land Brandenburg erstmals auch die Wasserrettung aufgenommen. Die landesgesetzliche Regelung sieht nunmehr eine Leistungspflicht der Kostenträger und den Abschluss von Vergütungsvereinbarungen vor. Auf dieser Grundlage haben die Krankenkassen mit den in der Wasserrettung tätigen Leistungserbringern DLRG, ASB und DRK eine Vereinbarung geschlossen, die die Kostenübernahme für Einsätze des Wasserrettungsdienstes regelt und seit Beginn der diesjährigen Badesaison gilt.

### Ersatzkassen erneut Hauptfinanzier der ambulanten Hospizförderung

23 ambulante Hospizdienste erhielten in diesem Jahr einen entsprechenden Zuwendungsbescheid und werden allein von den Ersatzkassen mit einem Betrag von 315.492 Euro (das sind ca. 36.532 Euro mehr als 2008) finanziell unterstützt. Damit sind die Ersatzkassen erneut Hauptfinanzier, denn ihr Anteil beträgt in 2009 mehr als 42 Prozent des Gesamtbetrages aller Krankenkassen im Land Brandenburg, die zusammen 749.777,55 Euro aufbringen. Die Förderung der Kassen ist ein wichtiger Beitrag, eine möglichst flächendeckende ambulante Hospizversorgung – also eine häusliche Sterbebegleitung – auszubauen.

## Dem Betrug keine Chance:

### Strafzahlungen in Höhe von fast 870.000 Euro festgesetzt

Der bereits seit Jahren für Berlin und Brandenburg länderübergreifend arbeitende Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulation klärte auch im zurückliegenden Jahr 2008 umfangreiche Sachverhalte in einer großen Spannweite der Bereiche im Gesundheitswesen auf.

Insgesamt wurden Strafzahlungen in Höhe von rund 869.000 Euro festgesetzt. Davon konnten ca. 286.000 Euro durch Rückzahlungsvereinbarungen sowie durch den Einbehalt der Ersatzkassen realisiert werden. Dabei entfallen insbesondere auf die Bereiche

- Heil-/ Hilfsmittel ca. 54 Prozent,
- Ärzte und Zahnärzte ca. 18 Prozent und
- auf Pflege/ Häusliche Krankenpflege ca. 13 %

der gesamten Auffälligkeiten. Es wurden 152 Fälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bearbeitet. Davon konnten insgesamt 26 Fälle mit konkreten Zahlungsvereinbarungen abgeschlossen werden. Derzeit sind 96 Fälle noch offen.

Grundsätzlich zeigt sich auch weiterhin, dass die Realisierung der Rückforderungsansprüche der GKV durch Insolvenzen der Leistungserbringer sowie u. a. durch sehr lange Gerichtsverfahren (straf- und sozialrechtlich) immer langwieriger und komplizierter wird.

Das ist für die Ersatzkassen allerdings kein Grund, in ihren Aktivitäten nachzulassen, denn es handelt sich bei allem um Beitragsgelder der Versicherten in einer Solidargemeinschaft. Da ist für Betrüger kein Platz und Abrechnungsbetrug ist kein Kavaliersdelikt!

# Künftig gemeinsamer Landesausschuss der Ersatzkassen

Vorsitz übernimmt Hermann Schmitt, Landesgeschäftsführer der BARMER Berlin-Brandenburg

Die Ersatzkassen vereinigen ihre bisherigen Landesausschüsse in Berlin und Brandenburg zu einem länderübergreifenden gemeinsamen Landesausschuss Berlin-Brandenburg. An der Spitze des neuen Gremiums steht künftig der bisherige Vorsitzende des Berliner Landesausschusses Hermann Schmitt, Landesgeschäftsführer der BARMER Berlin-Brandenburg.



**Hermann Schmitt (BARMER) erhält von Gabriela Slawik (DAK) symbolisch den Staffelstab für den Vorsitz eines nunmehr gemeinsamen Landesausschusses Berlin-Brandenburg**

Der Landesausschuss ist das höchste Koordinie-

rungs- und Entscheidungsgremium der Ersatzkassen – insbesondere in Angelegenheiten politischer Meinungsbildung – und wird damit noch effizienter als bisher arbeiten.

Für Brandenburg übernimmt Hermann Schmitt den Staffeltab von Gabriela Slawik, Leiterin des DAK-Vertragsbereichs Berlin-Brandenburg.

Gabriela Leyh, Leiterin beider Landesvertretungen, dankte Gabriela Slawik für die geleistete Arbeit und wünschte Hermann Schmitt Erfolg und sicherte ihre volle Unterstützung bei der nunmehr auch in diesem Gremium länderübergreifenden koordinierenden Aufgabe zu.

## BÜCHER



### Das Gesundheitssystem in Deutschland – eine Einführung in Struktur und Funktionsweise

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

Der Autor Michael Simon leistet mit seinem Buch einen Beitrag zu mehr Transparenz des deutschen Gesundheitswesens und bietet eine allgemein verständliche Einführung in die gegenwärtige Struktur und Funktionsweise des deutschen Gesundheitssystems und seiner wichtigsten Teilsysteme. Aufgrund des Redaktionsschlusses im März 2007 konnten aktuelle Entwicklungen selbstverständlich nicht berücksichtigt werden. Die Darstellung bezieht die Neure-

gelungen durch die Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG) mit ein. Alle Versorgungsbereiche werden allgemein verständlich und nicht nur „von oben“, sondern aus Sicht der Patienten und Versicherten dargestellt. Das Buch eignet sich daher besonders als Basiseinführung für Studierende, Journalisten und Politiker.

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

#### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Brandenburg des vdek  
Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam  
Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92-14  
E-Mail: LV\_brandenburg@vdek.com  
Verantwortlich: Gabriela Leyh · Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank