

report brandenburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2008

Krankenhausplanung im Land Brandenburg – glossiert?

Sie erinnern sich? In unserer September-Ausgabe 2007 informierten wir darüber, dass sich in puncto Krankenhausplanung nach längerem Stillstand um den Jahreswechsel 2007/2008 nun wieder etwas bewegt. Es fanden Gebietskonferenzen in den einzelnen Planungsregionen statt, um beispielsweise die Struktur der Krankenhäuser – auch bezogen auf die Anzahl zur Verfügung stehender Betten für bestimmte Bereiche – auf den Prüfstand zu stellen und den aktuellen Erfordernissen anzupassen. Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (MASGF) startete mit Planvorstellungen, die insgesamt ca. 1000 Betten weniger in den Krankenhäusern des Landes vorsahen, ohne jedoch aus versorgungspolitischen Erwägungen heraus Standorte zur Disposition stellen zu wollen. Im Fokus standen insbesondere drei bis vier kleinere Geburtsabteilungen (> 300 Entbindungen/Jahr). Andererseits soll(te) die Versorgung der älteren Patienten „optimiert“ werden – wie auch immer.

So weit, so gut.

Nach den Vorstellungen des Gesundheitsministeriums im Sommer 2007 sollte mit der Ausfertigung der neuen Feststellungsbescheide für die Krankenhausträger die neue Rahmenplanung im Frühsommer 2008 abgeschlossen sein.

Rahmenplanung – eine nunmehr neue Planungsart im Krankenhausbereich – bedeutet, dass die Betten

In dieser Ausgabe unter anderem:

- „Mit 400 PS gegen Brustkrebs“
Mammographie-Screening in Brandenburg
- Dauerbaustelle:
Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen
- Zahnärztliche Vergütung muss auf den Prüfstand – von Herbert Mrotzek

fachabteilungsbezogen berechnet werden und nach der Addition für das jeweilige Krankenhaus nur noch eine Gesamtzahl an Betten sowie der Disziplinspiegel (vorgehaltene Fachabteilungen) veröffentlicht werden. Dies geschieht aus dem Grund, eine besondere Flexibilität für die Krankenhäuser – insbesondere unter den DRG-Bedingungen – zu erreichen.

Was hat sich nun bewegt?

In den Gebietskonferenzen wurde sowohl vom MASGF als auch von der Landeskrankenhausesellschaft Brandenburg (LKB) propagiert, dass die Plangröße „Bett“ insgesamt nur noch eine untergeordnete Rolle spielen würde. Diese Diskussion konnten die Kassen i.d.R. „bis zur Mittagspause der Veranstaltungen“ weitestgehend nachvollziehen. Nachmittags konnten sich dann die einzelnen Krankenhäuser zu den Vorstellungen des MASGF äußern. Hier zeigte

sich schnell, dass die Häuser überwiegend ganz andere Vorstellungen zu den künftigen Planungen und insbesondere der zukünftigen Plangröße „Bett“ hatten.

Und – siehe da – es wurde dann doch in die „Geschenkebox“ gegriffen... Obwohl einige Krankenhäuser ebenfalls zugaben, dass die vorhandenen Betten in einzelnen Fachdisziplinen nicht mehr ausreichend belegbar seien, müsse das Ganze natürlich in einem Gesamtzusammenhang gesehen werden. So nach dem Motto, tausche leere Kinderbetten gegen leicht zu füllende Psychatriebetten...

Ein Krankenhaus konnte sich sogar die Schließung der Gynäkologie und Geburtshilfe vorstellen. Das aber nur unter der Bedingung, die gynäkologischen Eingriffe zukünftig unter dem Dach der Chirurgie erbringen zu können. Auch ein paar andere Leckereien waren da durchaus noch drin. So wurde bereits in der ersten Runde der Gebietskonferenzen vermittelt, dass es künftig einen Mehrbedarf an geriatrischen Betten gebe.

Ein Schelm der Böses dabei denkt. Aber in dem einen oder anderen Fall wurde seitens des MASGF insbesondere dort die Aufbaumöglichkeit von geriatrischen Abteilungen gesehen, wo man keinen Bedarf für die Geburtshilfe mehr sah. Wir hüten uns allerdings, hier irgendwelche Zusammenhänge oder Kompensationen

zu unterstellen. Außerdem darf nach den Grundsätzen für die Geriatrieplanung (Punkt 8 des bisherigen und auch neuen Planes) „der Aufbau geriatrischer Abteilungen an Krankenhäusern ... nicht als Ersatz nicht mehr bedarfsgerechter oder unwirtschaftlicher Versorgungsangebote anderer Art herhalten“. Auch Punkt 3 dieser Grundsätze, der Aussagen zu den Anforderungen trifft, ist in dem Zusammenhang interessant. Und wenn die „Staatsmacht“ sich solche Grundsätze gibt, dann kann es da ja keine Zusammenhänge geben. Vielleicht verstehen ja nur einige Krankenkassenmitarbeiter diese Planungsgrundsätze falsch. Und einige gestandene Geschäftsführer von Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen verstehen das wahrscheinlich auch nicht richtig...

Vor ca. einem Jahr war den Medien zu entnehmen, dass es in Brandenburg ca. 1000 Betten zu viel gäbe und auch über den Bestand einiger kleiner Abteilungen für Geburtshilfe und Kinderheilkunde nachgedacht werden müsse. Oder hatte offensichtlich auch die Presse hier etwas falsch verstanden?

Aus „hart“ mach „weich“

Die erste Runde der Gebietskonferenzen von Ende August bis Ende September sah tatsächlich einen gewissen Abbau von Betten und die Schließung einiger Abteilungen für Geburtshilfe vor. In der



Monika Puhmann,
Leiterin der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Brandenburg

DER KOMMENTAR

Kompromisse statt Visionen

Von seinen ursprünglichen Planzielen hat sich das Ministerium zwischenzeitlich weit entfernt: Eine Bettenreduzierung soll nunmehr gerade noch für ca. 300 Betten gelten. Lassen sich die Vorbehalte der Kassenvertreter damit zerschlagen, dass das MASGF eine große „Umstrukturierung“ vorgenommen hat? Das heißt nichts anderes, als dass viele Betten abgebaut und an anderer Stelle wieder aufgebaut wurden. Wahrscheinlich müsste man einfach noch die Wurzel ziehen und das ganze ins Quadrat setzen, damit hätten dann alle die optimalen Ergebnisse...

Aber Spaß bei Seite, die Lage ist ernst. Jede Planung sollte vorausschauend erfolgen und Visionen haben. Es ist richtig, dass die Bevölkerung im Land Brandenburg älter wird. Dies gilt im Übrigen auch für andere (Bundes-)Länder. Es ist richtig, dass die ambulante medizinische

Versorgung – auch aufgrund der Tatsache, dass Demographie selbst vor Ärzten nicht Halt macht – nicht besser wird.

Vielleicht hätten alle Beteiligten sektorenübergreifend gemeinsam über neue (Versorgungs-)Wege nachdenken können, die nicht zwangsläufig immer „stationäre Behandlung“ heißen. Neue Wege bedeuten aber nicht bindend, zusätzliches Geld (woher soll das bei den Krankenkassen ständig kommen?) aufwenden zu müssen – zumindest eine Kompensation wäre denkbar...

Und wo bleibt eigentlich die Erkenntnis, dass auch in Zukunft nur begrenzte finanzielle Ressourcen in der Gesetzlichen Krankenversicherung verfügbar sein werden und jede Leistungsausweitung – insbesondere im stationären, dem teuersten Versorgungsbereich – letztlich durch die Versichertengemeinschaft über höhere Beiträge zu finanzieren ist.

zweiten Runde der Gebietskonferenzen wurden dann die harten Zahlen für viele Krankenhäuser wieder weich gerechnet. Aber auch das haben die Kassenmitarbeiter offensichtlich nicht richtig verstanden. Der demographische Wandel wurde zwischen den ersten und zweiten Gebietskonferenzen noch einmal genauer betrachtet. Die alternde Bevölkerung braucht zukünftig eine intensive und ausreichende medizinische Versorgung. Dem kann man nur zustimmen. Aber fraglich ist, ob jede Form der Erkrankung auch unbedingt in einem Krankenhausbett behandelt werden muss!!

Sollte ein Ministerium, das für die gesamte Gesundheitsversorgung zuständig ist, tatsächlich möglichen Defiziten der Zukunft dadurch begegnen, künftig alles nur noch über Krankenhausbetten abzuwickeln? Sicher der einfachste Weg – aber auch der teuerste. Alle sind glücklich und zufrieden: Die Bevölkerung, die gewisse Zusammenhänge in der Gesundheitspolitik nicht immer verstehen kann und/oder wird, die Anbieter und auch die Kommunal- und Landespolitiker. Denn schließlich sind ja bald wieder Wahlen...

Herbert Mrotzcek für die Ersatzkassen in Brandenburg: Zahnärztliche Vergütung muss auf den Prüfstand



Herbert Mrotzcek (DAK),
Vorsitzender des Landes-
ausschusses der Ersatzkas-
sen in Brandenburg

Eines der ehrgeizigsten Reformprojekte der letzten Jahre trägt den viel versprechenden Namen „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG)“. Hält das Gesetz, was der Titel verspricht oder handelt es sich doch eher um eine Mogelpackung? Das Ziel der Politik, den Wettbewerb innerhalb der GKV unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu fördern, ist grundsätzlich zu begrüßen, aber bitte unter fairen – soll heißen – gleichen Wettbewerbsbedingungen. Im ärztlichen Bereich wurden die Weichen in

die richtige Richtung gestellt, in dem die mit der Gesundheitsreform beschlossene Honorarreform schrittweise umgesetzt wird. Der neue EBM gilt seit Anfang dieses Jahres, die bundesweit einheitliche Vergütungsregelung (einheitliche Punktwerte mit möglichen regionalen Zu- und Abschlägen) wird ab 2009 zum Tragen kommen. Mit dieser einheitlichen Euro-Gebührenordnung wird mehr Transparenz und Kalkulationssicherheit für Ärzte geschaffen. Auf Krankenkassenseite trägt sie dazu bei, die finanziellen Lasten innerhalb der Kassenarten gerechter zu verteilen und kassenartenspezifische Vergütungsabstände zu egalisieren.

Bei der zahnärztlichen Vergütung konnten sich die Regierungsfraktionen leider nicht zu einer adäquaten Regelung durchringen. Das bedeutet Festschreibung unterschiedlicher historisch gewachsener Vergütungen für zahnärztliche Leistungen. Bundesweit beläuft sich der Punktwertunterschied zwischen den Ersatzkassen und den anderen Kassenarten auf rund 8 Prozent zu Ungunsten unserer Kassenart und verursacht damit

Mehrausgaben in Höhe von 170 bis 200 Millionen Euro. Von gleichen Wettbewerbsbedingungen kann in diesem Bereich keine Rede sein.

In Brandenburg zahlen die Ersatzkassen im Vergleich zu den anderen Kassenarten ca. ein Drittel mehr Honorar an die Brandenburgischen Zahnärztinnen und Zahnärzte und stabilisieren damit seit Jahren die zahnärztliche Versorgung in unserem Bundesland. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds wirken sich derartige Preisunterschiede (wohlgemerkt für die gleiche Leistung) jedoch stark wettbewerbsverzerrend aus und sind von den Ersatzkassen daher nicht hinnehmbar. Ein inzwischen vorliegendes Gutachten des Institutes für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) dokumentiert dieses Missverhältnis.

Dieses Ungleichgewicht wirkt sich jedoch nicht nur negativ auf die finanzielle Situation der Ersatzkassen aus. Auch die Zahnärzte sind davon betroffen, da Mitgliederwechsel zu anderen Krankenkassen, deren Vergütungsniveau deutlich niedriger ausfällt, zu empfindlichen Honorarausfällen führen werden.

Alles in allem ist die Politik bei der Gestaltung der Wettbewerbsbedingungen für die Krankenkassen in Vorbereitung der Einführung des Gesundheitsfonds zu kurz gesprungen. Deshalb wollen und müssen wir gemeinsam mit den Zahnärzten auf die Große Koalition einwirken, um das Thema Vergütungsangleichung im vertragszahnärztlichen Bereich schnell auf die gesundheitspolitische Agenda zu bringen. Dabei zeigen wir für alle Beteiligten machbare Wege auf. SPD und CDU sollten sich daran erinnern, dass sie selbst es waren, die sich die Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen auf die Fahne geschrieben haben. Noch besteht die Möglichkeit für eine Korrektur – sie sollte nicht ungenutzt verstreichen.

Mammographie-Screening – ein wichtiges Angebot zur Früherkennung von Brustkrebs

Durchschnittlich jede 11. Frau in Deutschland erkrankt im Verlauf ihres Lebens an Brustkrebs. Da eine frühzeitige Erkennung von Brustkrebs die Heilungs- und Überlebenschancen erhöht, wurde auf Empfehlung der WHO die Einführung des Mammographie-Screenings von der Bundesregierung im Jahr 2002 beschlossen.

Nach notwendigen mehrjährigen Vorarbeiten auf Bundes- und Landesebene wird seit Januar 2008 auch im Flächenland Brandenburg das Mammographie-Screening sukzessive eingeführt. Das Angebot richtet sich turnusmäßig alle zwei Jahre an die Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr. Dies sind in Brandenburg ca. 335.000 Anspruchsberechtigte, von denen mehr als 50 Prozent Versicherte der Ersatzkassen sind.

Vor der Einführung des Mammographie-Screenings im Land Brandenburg mussten die sehr anspruchsvoll definierten personellen, technischen und sächlichen Qualitätsvoraussetzungen erfüllt werden. Ärzte und medizinisches Fachpersonal haben spezielle Fortbildungskurse absolviert und sind die Verpflichtung eingegangen, auch fortlaufend an Weiterbildungen teilzunehmen. So müssen die Screening-Ärzte beispielsweise eine hohe Anzahl von Mammographien pro Jahr befunden und dokumentieren, um entsprechende Nachweise zu liefern.

Alle im Mammographie-Screening erstellten Röntgenaufnahmen werden von zwei Ärzten und unabhängig voneinander befundet. Bei Auffälligkeiten bzw. voneinander abweichenden Verdachtsbefunden wird ein dritter Arzt, der sog. Programmverantwortliche Arzt (PVA) der jeweiligen Region hinzugezogen.

Etwa eine Woche nach der Mammographie wird den Frauen das Ergebnis schriftlich mitgeteilt. Bei ca. fünf Prozent der Frauen ist auf Grund einer Verdachtsdiagnose die weitergehende Abklärung erforderlich. Hierbei und bei den ggf. erforderlichen weitergehenden medizinischen Maßnahmen

arbeitet das Team, bestehend aus den Programmverantwortlichen Ärzten, weiteren Radiologen, Operateuren und Pathologen eng und vertrauensvoll zusammen.

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 und Akzeptanz zum Wohle der Frauen.

Unser Bundesland wurde dabei in zwei Regionen aufgeteilt: die Süd-Ost- und die Nord-West-Region, die von jeweils zwei Programmverantwortlichen Ärzten 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 wie Brandenburg eine besonders große Herausforderung dar: Es kommen sog. Mammobile zum Einsatz, die – natürlich nach entsprechender Vorankündigung – in den ländlichen Regionen meist für mehrere Wochen oder auch Monate aufgestellt werden.

STICHWORT

Mammographie: ist eine spezielle Röntgendarstellung der weiblichen Brust und ermöglicht insbesondere die Entdeckung der noch nicht tastbaren, sehr frühen Formen von Brustkrebs.

Screening: ist die Reihenuntersuchung einer Bevölkerungsgruppe zur Entdeckung von Erkrankungen mittels einfacher, nicht belastender Diagnosemethoden.

PVA's: sind die sog. Programmverantwortlichen Ärzte, denen die Gesamtleitung und -verantwortung für die Qualität und die Organisation des Screenings in einer Region obliegt.

Mammobile: sind busähnliche LKW (Trailer), bestückt mit speziellen Röntgengeräten, einem Wartezimmer und Umkleidekabinen (fast wie eine kleine Arztpraxis)

Mit 400 PS gegen Brustkrebs

Im Januar 2008 startete das Mammographie-Screening im Land Brandenburg – zunächst in der Süd-Ost-Region des Landes in Königs Wusterhausen und Cottbus sowie im Februar auch in der Nord-West-Region in Beelitz und mit einer mobilen Untersuchungseinheit zum Screening, dem sog. Mammobil.



„Mit 400 PS gegen Brustkrebs“ – das Brandenburger Motto, angelehnt an die PS-starke Technik im doppelten Sinne, das LKW-trailerartige Gefährt und die hohe Motivation aller Beteiligten

für diese so wichtige Vorsorgeuntersuchung der Frauen in unserem Bundesland.

Eine der für das Screening Programmverantwortlichen Ärztinnen (PVA) in der Nord-West-Region ist Frau Dr. Patricia Hirsch, die mit ihrem Team das Mammobil im Februar in Potsdam-Rehbrücke aufstellte. Bereits Wochen vorher wurden die anspruchsberechtigten Frauen in diesem Umkreis schriftlich zur Teilnahme eingeladen.

▼ **Frau Dr. Hirsch, die ersten Wochen mit dem Mammobil liegen hinter Ihnen. Wie war der Start? Wie haben die Frauen das Angebot angenommen?**

▲ Der Start war natürlich sehr aufregend, zumal wir zwei Monate vorfristig beginnen konnten. Das, was in der Theorie vermittelt wurde, gilt es jetzt in die Praxis umzusetzen. Sozusagen aus dem Stand heraus haben wir eine Beteiligung der anspruchsberechtigten Frauen von rund 50 Prozent erreicht – das ist ein gelungener Auftakt und spornt für die weitere Arbeit an.



Frau Dr. Hirsch im Mammobil „in Aktion“

▼ **Die nächste Station wird Potsdam-Stadt sein, das Mammobil kommt auf das Gelände des Klinikum**

„Ernst von Bergmann“ – „400 PS gegen Brustkrebs“ – wie läuft so eine Umsetzung ab?

▲ Dabei sind wir auf die Hilfe der Trailer-Vermietungs-Firma angewiesen. Da der Trailer Überbreite hat, ist eine Sondergenehmigung für den Transport über öffentliche Straßen nötig. Fachkräfte sichern den Trailer, verladen ihn, transportieren ihn, stellen ihn auf und schließen ihn an. Allerdings haben wir vorher den Weg durch Potsdam selber in Augenschein genommen, im Moment laufen umfangreiche Bauarbeiten in Potsdam. Der große Trailer darf nicht alle Wege nehmen.

▼ **Das Mammographie-Screening läuft in Brandenburg in beiden Versorgungsregionen (Süd-Ost und Nord-West) erst seit Anfang dieses Jahres. Viele Gebiete werden Sie mit Ihrem Team 2008 und in den Folgejahren ansteuern. Was wünschen Sie sich dafür?**

▲ Wir wünschen uns natürlich eine hohe Beteiligung in allen Regionen, die noch anzu-steuern sind. Und auch weiterhin eine gute Zusammenarbeit mit den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), die von Beginn an ausgesprochen konstruktiv erfolgte. Ein bisschen mehr Werbung und Aufklärung wäre nicht schlecht, aber da werden wir gemeinsam dran arbeiten.



Viele Fragen ergeben sich eben auch erst in der täglichen Arbeit im Zusammenhang mit dem Flächenland Brandenburg. Hier – in der Fläche – das Mammographie-Screening bestmöglich umzusetzen, betrachten wir als große Herausforderung, der wir uns gerne und mit guter Motivation stellen.

▼ **Sehr geehrte Frau Dr. Hirsch, wir werden Sie und die anderen Teams mit unserem Länderreport begleiten. Zunächst vielen Dank für das Gespräch und viel Erfolg – also eine hohe Beteiligung der Frauen – für Ihre wichtige Vorsorgearbeit.**

Dauergroßbaustelle: Honorierung der ambulanten ärztlichen Leistungen

Erst vor drei Jahren wurde für die Vertragsärzte in Deutschland ein neues Abrechnungssystem eingeführt: der EBM 2000plus. EBM steht für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab und beinhaltet bereits 2005 auf insgesamt ca. 1000 Seiten die Grundlagen für Abrechnung und Honorierung der ambulant erbrachten vertragsärztlichen Leistungen.

Mit einer erneuten „großen Gesundheitsreform“, die – mit zahlreichen Flickern versehen – als „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung – GKV-WSG“ präsentiert wurde und in wesentlichen Teilen zum 1. April 2007 in Kraft trat, wurde die Großbaustelle „Ärztliche Honorierung“ zur Dauerbaustelle bis in das nächste Jahrzehnt.



Copyright-Hinweis
© Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Die Höhe des Honorars für die Vertragsärzte soll sich künftig stärker an der Krankheitshäufigkeit der gesetzlich Krankenversicherten (Morbidität) orientieren. Dies bedeutet, dass die Krankenkassen künftig das Morbiditätsrisiko ihrer Versicherten gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. den Vertragsärzten finanziell absichern. Eine Verbesserung der Honorarsituation der Vertragsärzte und eine weitgehende Angleichung des Honorarniveaus bundesweit sind weitere Ziele dieser Reform.

Gleiches Geld für gleiche Leistung

Für die Ersatzkassen erfüllt sich eine über viele Jahre erhobene Forderung: „Gleiches Geld für gleiche Leistung“ – durch alle Krankenkassen gleichermaßen zu zahlen. Bezogen auf alle gesetzlichen Krankenkassen wird es allerdings in Anbetracht der weiterhin begrenzt zur Verfügung stehenden Finanzmittel den „blauen, nach oben offenen Himmel“ für Ärztehonorare nicht geben können.

Die von Budgets geprägte Honorarsystematik soll durch eine Euro-Gebührenordnung abgelöst wer-

den. Diese sieht – für den hausärztlichen und fachärztlichen Bereich nach unterschiedlichen Kriterien entwickelt – Pauschalvergütungen mit einer überschaubaren Zahl von Einzelleistungen vor.

Aber auch hier gibt es noch zahlreiche zu klärende Detailfragen. Zudem sind die Akteure auf Seiten der Ärzte- und Krankenkassenvertreter in ein zeitlich eng geschnürtes Korsett eingepresst, verordnet vom BMG, immerhin ohne zusätzliche Praxisgebühr...

Kann EBM 2008 bestehende Probleme lösen?

Zum 01. Januar 2008 löste der EBM 2008 seinen Vorgänger EBM 2000plus ab. Die Bewertung der ärztlichen Leistungen wurde mit dem neuen EBM angehoben und eine zunehmende Pauschalierung

in der Abrechnungssystematik eingeführt.

Der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB), Dr. Hans-Joachim Helming, war als einer der Ärztevertreter direkt an den Verhandlungen beteiligt. In der vorangegangenen Ausgabe des Reports Brandenburg stand er als Interviewpartner zur Verfügung. Die höhere Leistungsbewertung im EBM 2008 wurde von ihm begrüßt, da damit „nach vielen Jahren der fehlenden Anpassung einige Angleichungen an die gestiegenen Kosten realisiert wurden“.

In der Praxis brachte das neue Abrechnungssystem für die Ärzte und deren Praxispersonal die Notwendigkeit, sich erneut mit den veränderten Regularien des nunmehr über 1100 Seiten umfassenden EBM 2008 zu befassen, um dieses im Alltag anwenden zu können.

Die Praxis wird es zeigen...

Auf den ersten Blick birgt die zunehmende Pauschalierung – eine Vorgabe des Gesetzgebers und insbesondere vom Hausarztverband begrüßt – Vorteile. So

entfällt z. B. die Dokumentation unzähliger Einzelleistungen. In der praktischen Anwendung kommen jedoch Zweifel an der Praktikabilität auf. So wird voraussichtlich für die Ärzte, die sich ihren Patienten aufgrund eines schweren Krankheitsbildes sehr umfassend und intensiv widmen, die Pauschalhonorierung nicht in jedem Fall in vollem Umfang auskömmlich sein. Zudem stellt sich die Frage, wie der tatsächlich erbrachte Leistungsumfang im Bedarfsfall überprüft werden soll. Wurden alle medizinischen Leistungen tatsächlich erbracht, die Voraussetzung für die Abrechnung der Pauschalhonorierung sind?

Mit ihrer Skepsis sind die Ersatzkassen nicht allein. Auch die KVBB ist der Auffassung, dass Pauschalen und Komplexe intransparent und leistungsfeindlich sind.

Und in Brandenburg ...

Die Groß- und Dauerbaustellen auf Bundesebene bleiben also auf der Landesebene für die Vertragspartner, KVBB und Krankenkassen, nicht ohne Folgewirkungen.

Veränderungen in der Bewertung ärztlicher Leistungen haben Auswirkungen auf den Umfang der erbrachten und abgerechneten ärztlichen Leistungen sowie deren Honorierung, zumal die Honorarmittel begrenzt sind. In diesem Spannungsfeld kommt zur Sicherstellung der Honorarverteilung an alle Vertragsärzte der Honorarverteilungsvertrag (HVV) zum Einsatz.

... die Honorarverteilung

Die Positionen der Vertragspartner Kassen und KVBB haben sich zwischenzeitlich angenähert und zu einigen veränderungsbedürftigen Detailpositionen in der Honorarverteilung (HVV) wurde bereits Einigkeit erzielt.

Für die Ersatzkassen ist dabei insbesondere von Bedeutung, dass die Honorarverteilung gesichert ist – durch eine vorausschauend geplante Honorarverteilung und ausreichende Liquiditätsreserven bei höheren Leistungsmengen und unter den Bedingungen der begrenzt zur Verfügung stehenden Finanzmittel.

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

■ Landesweit erster Vertrag zur Mobilen Geriatrischen Reha unterzeichnet

Ersatzkassen und Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf (hier: Mobiler Rehabilitationsdienst Woltersdorf (MRDW)) unterzeichneten die landesweit erste Vereinbarung zur Mobilen Geriatrischen Rehabilitation und stellen damit ihren Versicherten ein neues hochwertiges Versorgungsangebot zur Verfügung, das die rehabilitationsbedürftigen älteren Menschen tatsächlich erreicht und von ihnen akzeptiert wird, weil es auch Umfeldfaktoren mit einbezieht.

■ Ersatzkassen fördern auch 2008 Regionalen Knoten

Um die Gesundheitschancen von Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen zu verbessern, unterstützen die Ersatzkassen in Brandenburg den Ausbau des Regionalen Knotens Brandenburg auch im Jahr 2008 mit fast 13.000 Euro. Das ist wiederum der „Löwenanteil“ der Gesamtfördersumme in Höhe von ca. 32.000 Euro, die alle gesetzlichen Krankenkassen dem Regionalen Knoten Brandenburg 2008 zur Verfügung stellen.

■ Arzneimittelvereinbarung 2008 unter Dach und Fach

Pünktlich zum Jahresbeginn liegt die von allen Vertragspartnern – Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) und Krankenkassen(verbände) – unterzeichnete Arzneimittelvereinbarung vor. Auf Basis des Ausgabenvolumens von 2007 einigten sich die Partner auf eine Steigerung von 4,5 Prozent, so dass 2008 ein Ausgabenvolumen von 817.232.793 Euro zur Verfügung steht.

■ Aktuelle Impfstoffkostenvereinbarung steht

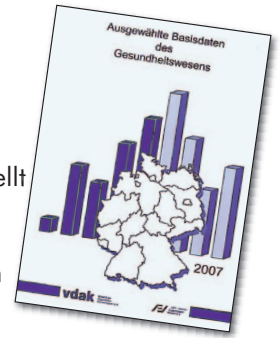
Das Brandenburger Gesundheitsministerium und die Krankenkassenverbände haben sich über die Anpassung der „Vereinbarung zur Beteiligung an den Impfstoffkosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)“ an die Neuregelungen des GKV-WSG verständigt. Damit setzen die Vertragspartner ihre seit Jahren bewährte Kooperation fort und leisten auch künftig einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Durchimpfungsgrades der Brandenburger Bevölkerung.

Ausgewählte Basisdaten – 15. Auflage erschienen

Die Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007“ ist in der 15. Auflage erschienen. Grafiken und Tabellen stellen in prägnanter Weise Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ergänzt werden diese zusätzlich durch volkswirtschaftliche und internationale Daten. Neu eingefügt wurde das Kapitel „Bevölkerung und Demografie“. Die Broschüre kann per E-Mail (basisdaten@vdak-aev.de) oder

Fax 0 22 41 – 10 85 67 bestellt werden. Die Grafiken und Tabellen der aktuellen Auflage stehen auf unserer Website im PDF-Format zum Download zur Verfügung unter:

http://www.vdak-aev.de/presse/daten/basisdaten_broschuere/index.htm



BÜCHER



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 Sachverhalte 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.



Leonhart Taschen-Jahrbuch Gesundheitswesen 2007/2008 Institutionen, Verbände, Ansprechpartner, Deutschland – Bund und Länder

Economica Verlag, Heidelberg,
2007, 1061 Seiten, 89 Euro

Wie lautet noch mal die Adresse von ... ? Wer ist eigentlich Ansprechpartner bei ... ? Wohl dem, der das o. g. Taschenbuch besitzt, denn dort wird man fündig, wenn es um das Gesundheitswesen geht.

Ob Ministerien und Ämter, Dachverbände und Krankenkassen oder Selbsthilfeeinrichtungen und Ernährungswirtschaft, alles ist drin! Auch ein Namens- und Institutionenregister fehlt nicht. Das Buch ist bereits in der 7. Auflage erschienen und wird dem Besitzer schon nach wenigen Tagen unentbehrlich.



Der Zweiklassen Staat – Wie die Privilegierten Deutschland ruinieren

Karl Lauterbach, Rowohlt Berlin Verlag,
Berlin, 2007, 221 Seiten,
14,90 Euro

Dem Autor, heute Bundestagsabgeordneter der SPD und Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Epidemiologie (IGKE) der Universität zu Köln, gebührt Dank, dass er die komplexen Themen Bildung, Gesundheit, Pflege und Rente in einer leicht verständlichen Sprache an die Menschen bringt. Viele dieser Bereiche waren bisher unter dem Mäntelchen des Expertenwissens unverständlich. Dieses Expertenwissen wird entzaubert und viele aktuelle Probleme werden auf die (oftmals nur) Banalitäten von Interessengruppen reduziert.

Man muss nicht zwangsläufig die Grundmeinung des Autors über das Leben im Zweiklassenstaat teilen, denn nach der Lektüre hat man eine eigene Meinung. Außerdem bietet Lauterbach Lösungen für die aufgezeigten Probleme. Die eine oder andere aufzugreifen, würde unsere Gesellschaft sicher voranbringen.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV

Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam

Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92 13

E-Mail: LV-Brandenburg@vdak-aev.de

Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank · Verantwortlich: Monika Puhlmann