

report hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Anpassung ohne Aufschrei Krankenhausplanung 2010 verabschiedet

Nachdem sich die Krankenkassenverbände in Hamburg, die Hamburger Krankenhausgesellschaft sowie die Gesundheitsbehörde nach zähem Ringen (erstmalig seit 1990) auf gemeinsame Positionen zum Krankenhausplan 2010 verständigt haben, ist dieser in der Zwischenzeit vom Senat beschlossen worden.

Trotz der schlussendlichen Übereinstimmung wurde über die Weiterentwicklung des Krankenhausplans 2010 heftig gerungen. Bereits im Jahre 2005 wurde zwar Einvernehmen zwischen allen Beteiligten erzielt, den Zeitraum des Krankenhausplans 2005 über den 31. Dezember 2005 bis Ende 2007 zu verlängern, da zu dem ursprünglich vorgesehenen Zeitpunkt der Beratung des Krankenhausplans mögliche Auswirkungen der Einführung der DRGs nur sehr unzulänglich hätten berücksichtigt werden können.

In den Beratungen, in die sich die Ersatzkassen intensiv eingebracht haben, konnten die erkenn-

baren bzw. eingetretenen Auswirkungen bereits wesentlich besser Berücksichtigung finden. Weil

In dieser Ausgabe:

- **Was Kinder stärkt**
Gemeinsam das gesunde Aufwachsen fördern
- **Zu kurz gesprungen?**
Pflegerreform problematisch im Detail
- **Schäden in Wohltätigkeit verwandelt**
Arbeitsausschuss Abrechnungsmanipulationen

trotzdem ein stetiger Veränderungsprozess stattfindet, haben sich die Krankenkassen mit ihrer Forderung durchgesetzt, dass im Jahre 2009 eine Überprüfung auf der Basis der Daten 2008 vorzunehmen und der Krankenhausplan gegebenenfalls

zu korrigieren ist. Dabei müssen nach Auffassung der Ersatzkassen beispielsweise auch angedachte Gesetzesänderungen für zukünftige rechtliche Grundlagen der Krankenhausplanung berücksichtigt werden.

Vor großem Optimismus sei allerdings gewarnt: Bei der jetzt verabschiedeten „Zwischenfortschreibung“ handelt es sich lediglich um eine Anpassung der Planbetten an die Ist-Situation. Was noch vor wenigen Jahren zu einem Aufschrei geführt hätte, wird heute fast nur noch als „Fußnote“ zur Kenntnis genommen: Die vollstationären Planbetten verringern sich mit Stand Mai 2007 von 12.005 Betten auf 11.078 Betten mit Wirkung ab 1. Januar 2008 (im Jahre 1995 betrug die Bettenzahl 14.400!); ein Rückgang von immerhin 7,7 Prozent.

Damit wird allerdings lediglich die Realität der Veränderungen in den vergangenen Jahren abgebildet: Die Einführung von Fallpauschalen, kürzere Verweildauer der Patienten und neue medizinische Behandlungsformen machen immer weniger Krankenhausbetten erforderlich.

Der Krankenhausplan beschränkt sich jedoch nicht nur auf die (für die Krankenhäuser kostenneutrale) Absenkung der Bettenzahl, sondern bietet neue Behandlungsangebote für wichtige Leistungen (u. a. Verbesserung der wohnortnahen psychiatrischen Versorgung, der geriatrischen Versorgung und der Palliativmedizin sowie Anhebung von Qualitäts- und Strukturstandards in besonders existenziellen Bereichen wie der Herzinfarkt- und Schlaganfallversorgung).

Erst nach zum Teil schwierigen Diskussionen haben sich die Krankenkassen mit ihrer Forderung durchgesetzt, Prüfaufträge für die Geburtshilfe sowie zur Früh- und Neugeborenenversorgung zu erteilen. Außerdem wird die Zahl der teilstationären Behandlungsplätze von 821 auf 915 erhöht.

Verhindert werden konnte der Vorschlag, dass den Krankenhäusern autonom (ohne Befassung im Landesplanungsausschuss) die Entscheidung darüber obliegen sollte, ihre Behandlungskapazitäten in einem Umfang von bis zu 10 Prozent in Teilstationärplätze umzuwandeln.



Günter Ploß,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Auf dem Prüfstand

Die einvernehmliche Entscheidung über den Krankenhausplan 2010 zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Gesundheitsbehörde darf über eines nicht hinwegtäuschen: Es handelt sich lediglich um eine Fortschreibung im Rahmen der bestehenden (Bundes-)Gesetze. Und die Reduzierung der nicht belegten „Planbetten“ um knapp acht Prozent macht deutlich, dass die Planung der tatsächlichen Entwicklung hinterherhinkt und in den Krankenhäusern Überkapazitäten bestehen (die durchschnittliche Auslastung bewegt sich bei rund 75 Prozent).

Die Politik muss spätestens nach Ende der Konvergenzphase entscheiden, wie zukünftig eine Krankenhausplanung erfolgen soll. Die Ersatzkassen haben sich hierzu deutlich positioniert: Die Krankenhausplanung ist auf eine reine Rahmenplanung zurückzuführen, bei der die betten- und fachabteilungsbezogenen Planvorgaben der Länder konsequent in Orientierungsgrößen für die örtlichen Vertragspartner umgewandelt werden.

Eine konkrete Standortfestlegung ist daher nicht mehr notwendig. Diese sollte den Vertragsparteien, Krankenhäusern und Krankenkassen, überlassen bleiben.

Darüber hinaus halten es die Ersatzkassenverbände für unverzichtbar, dass es sich bei den einheitlichen Basisfallwerten künftig um Höchstpreise handelt. Die heute geltenden Festpreise führen bei den meisten Krankenhäusern zu kostendeckenden Einnahmen und in vielen Fällen zu ungerechtfertigten Überschüssen.

Die aktuell bekannt gewordenen Überlegungen der Bundesländer lassen allerdings nichts Gutes ahnen.

Was Kinder stärkt

Gemeinsam das gesunde Aufwachsen fördern

Wenn Kinder gesund aufwachsen sollen, dann muss mehr dafür getan werden, damit sie stark werden und sich trotz eventuell schwieriger Lebenssituation gesund entwickeln. Darin waren sich die rund 50 Expertinnen und Experten aus der Gesundheits- und Sozialpolitik sowie Praktikerinnen und Praktiker aus dem Erziehungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich einig. Sie hatten sich im September auf Initiative der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG) und der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Hamburg in der DAK-Zentrale zu einem Fachgespräch unter dem Motto: „Was Kinder stärkt – Gemeinsam das gesunde Aufwachsen von Kindern fördern“ getroffen.



Staatsrat Dietrich Wersich informierte im voll besetzten Saal über die Aktivitäten der Stadt. Foto: HAG

Die Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSG) hatte kürzlich den Bericht „Kindergesundheit in Hamburg“ veröffentlicht. Neben erfreulichen Entwicklungen in vielen Bereichen der Kindergesundheit (z.B. Zahngesundheit und Impfschutz) sind eine Zunahme übergewichtiger Kinder, ein Anstieg von Entwicklungsauffälligkeiten und auch der frühe Nikotin- und Alkoholkonsum zu beobachten. Zudem gibt es Hinweise auf ein deutlich stärkeres Auftreten psychischer Auffälligkeiten und einiger chronischer Erkrankungen wie Allergien und Asthma. Oftmals besteht ein Zusammenhang zwischen Bildungs- und Sozialstatus, Migrationshintergrund der Eltern und dem Gesundheitsverhalten der Familie.

Was ist es aber, das ein Kind krank werden lässt, während ein anderes bei gleichen Bedingungen gesund bleibt? Wieso stecken einige Kinder Belastungen einfach weg, ja, wachsen sogar daran, während andere dieselbe Situation „umhaut“? Mit dieser Frage beschäftigt sich die sog. Resilienzforschung.

Prof. Dr. Leonhard Hajen, Vorsitzender der HAG sagte: „Es geht um die Fähigkeit von Menschen, Lebenskrisen wie lange Arbeitslosigkeit oder schwere Krankheiten ohne anhaltende Beeinträchtigung durchzustehen. So bezeichnet man Kinder als resilient, die in einem hochbelasteten sozialen Umfeld aufwachsen und sich trotz Risikofaktoren wie etwa Armut oder Gewalterfahrungen zu erfolgreich sozialisierten, stabilen Erwachsenen entwickeln.“

Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, machte darauf aufmerksam, dass die Ersatzkassen vielfältige Gesundheitsangebote für Kinder und Familien anbieten und Projekte in Schulen besonders in sozialen Brennpunkten durchführen. „Wir brauchen eine stärkere Vernetzung der Angebote und eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9“, forderte er.

Staatsrat Dietrich Wersich BSG beschrieb, was Hamburg auf diesem Gebiet tut: „Neben Information und Beratung für alle brauchen und fördern wir Angebote, die bedürftige Familien konkret unterstützen. Wenn das nicht hilft, müssen wir auch intervenieren.“ Wersich nannte als Beispiel die seit August verbindliche frühzeitige Einschulung in die Vorschule bei Kindern mit Entwicklungsdefiziten.

In der Podiumsdiskussion machte die Kinder- und Jugendpsychiaterin Dr. Carola Bindt, Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik am UKE, deutlich, dass „die Förderung der Kindergesundheit bereits bei der Unterstützung der Schwangeren anfangen muss.“

Der Vorsitzende des Kinderschutzbundes, Prof. Wulf Rauer, forderte eine bessere Fortbildung für Pädagogen und Ärzte, um Auffälligkeiten bei Kindern frühzeitiger und sicherer zu erkennen.

Regina Haß, Hamburger Forum Spielräume, machte in ihrem Statement deutlich, dass die Entwicklung von Kindern immer mit Herausforderungen und Risiken verbunden ist: „Es geht darum, eine Balance zwischen Überbehütung und Vernachlässigung zu finden. Deshalb gilt es, die Entwicklung des Kindes mit besonderer Aufmerksamkeit und altersgerechten Angeboten zu begleiten.“

Die VdAK/AEV-Landesvertretung und die HAG werden die Veranstaltung auswerten und gemäß deren Ergebnisse für die Kinder aktiv werden.

Zu kurz gesprungen?

Pflegereform: problematisch im Detail und keinesfalls nachhaltig

Keine Frage, schwerwiegende Kritik zu den Inhalten des Referentenentwurfes zum Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung ist weitgehend ausgeblieben. Die Kritik an den Inhalten ist moderat, kritisiert wird, was fehlt, etwa die notwendige Finanzierungsreform. Bleiben strukturelle Weiterentwicklungen.

Einsatz von Pflegeberatern

Pflegebedürftige erhalten ab 2009 einen individuellen Beratungsanspruch und hierzu einen persönlichen Ansprechpartner, den Pflegeberater. Den Anspruch gegenüber der Pflegekasse einzuführen, ist sachgerecht, denn sie stellt die Kernleistung bei Pflegebedürftigkeit zur Verfügung. Und außerdem sind Pflegeberatung und Fallmanagement für Pflegekassen nicht neu. Neu ist die Verpflichtung zur Beratung zu allen Sozialleistungen und Hilfeangeboten, der umfassende Versorgungsplan und die daraus entstehende Koordinierungsfunktion sowie das Poolen der Pflegeberatung und -berater in Pflegestützpunkten. Mit Letzterem soll der Aufbau unnötiger Doppelstruk-

turen vermieden werden. Zur immerhin postulierten Vermeidung einer grundlegenden Neuorientierung bewährter oder etablierter Beratungs- und Hilfestrukturen vermeldet der Bundesrat Regelungsbedarf. Er sieht die Beratungs- und Koordinierungsaufgabe gleichberechtigt bei der Sozialhilfe und den Kommunen, hält er diese doch offensichtlich für Bewahrer des Existierenden in den Ländern.

Andere Stimmen bezweifeln offensichtlich in Unkenntnis der rechtlichen Lage eine unabhängige Beratung in den Händen von Pflegekassen. So wird von einem großen Anbieterverband darauf hingewiesen, bundesweit 2.500 Pflegeberater ausgebildet zu haben, die die Beratung sofort kostenträgerunabhängig zur Verfügung stellen könnten. Aber das hieße doch wohl, den Bock zum Gärtner zu machen.

Aufbau von Pflegestützpunkten – eine Herausforderung

Als zukünftige Träger haben Pflege- und Krankenkassen sowie die zuständige Altenhilfe die Pflegestützpunkte zu errichten. Grundsätzlich erfolgt eine



Kirsten Jüttner,
VdAK/AEV-Landes-
vertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Hat er etwa gar nichts an?

Alle kennen das Märchen: Es wurde gemessen, beraten, genäht, anprobiert und für gut befunden. Doch der Kaiser war nackt. Gut, so schlimm ist es mit der Pflegereform nicht gekommen, doch mit dem dünnen Fummel kommt man nicht richtig über den Winter. Winter natürlich nur im übertragenen Sinne, das Outfit soll immerhin bis 2014 reichen.

Die geringe Erhöhung der Beiträge zur Pflegeversicherung um 0,25 Prozent auf 1,95 Prozent reicht gerade, die bis 2012 geplante schrittweise wiederum sehr moderate Anhebung der Leistungen zu refinanzieren. Die Begeisterung der Betroffenen wird sich in Grenzen halten.

Die Finanzierung neuer Strukturen, vor allem umfangreicherer Beratungsstrukturen, ist dabei noch gar nicht berücksichtigt, und das positive Rechnungsergebnis der Pflegeversicherung 2006 ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die Fälligkeit der Sozialversicherungsbeiträge einmalig vorgezogen wurde. Somit werden die Restrücklagen der gesetzlichen Pflegeversicherung in den nächsten Jahren also weiterhin schwinden.

Frühestens 2015 wird der Kaiser neu eingekleidet, zu dem Zeitpunkt wird eine echte Dynamisierung der Leistungen geprüft. Der Gesetzentwurf sieht ein entsprechendes Überprüfungsverfahren vor. Darüber, woher das Geld für warme Klamotten kommen soll, kann man sich bis dahin trefflich streiten, denn eine Finanzierungslösung wurde nicht vorgelegt.

Alles bleibt möglich, entsprechende Fragen offen. Fakt ist: Eine nachhaltige Finanzierung unter Einbeziehung der privaten Pflegeversicherung im Rahmen eines Finanzausgleichs (eine langjährige Forderung der Ersatzkassenverbände) gibt es mit dieser Reform nicht, ist aber längst überfällig!

Kostenteilung, es ist eine Anschubfinanzierung von maximal 50.000 Euro je Stützpunkt durch Mittel der Pflegeversicherung vorgesehen. Die Pflege- und Krankenkassen schließen die notwendigen Verträge: zu Auskunft und Beratung, zu Koordinierung aller Unterstützungsangebote, zu Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation in einem bereitzustellenden vernetzten Versorgungs- und Betreuungsangebot. Und alle sollen sich beteiligen, die Altenhilfe, der Sozialhilfeträger, die Pflegeeinrichtungen und die private Kranken- und Pflegeversicherung. Erwünscht ist auch die Einbindung von Selbsthilfe und Ehrenamt – wohlgemerkt, in Rede steht dabei Wettbewerbsneutralität und Bürokratieabbau, Vermeidung von Doppelstrukturen, Nutzung von Synergieeffekten.



Wer nach einem langen, arbeitsreichen Leben die Hände in den Schoß legen darf, sollte gut versorgt werden. Ob das mit der Pflegereform gelingt?

Die Pflegeberater sind zwingend in den Pflegestützpunkten anzusiedeln und haben bei ihrer Tätigkeit alle Sozialleistungen zu berücksichtigen. Ihre Aufgabe ist dann die Aufstellung und Förderung der Umsetzung eines individuellen Versorgungsplans (Care-Management durch den Stützpunkt, Case-Management durch den Pflegeberater), denn – so die Vorstellung des Gesetzgebers – durch die direkte Mitwirkung der Pflegeberater können Leistungsansprüche zeitnah und unbürokratisch bewilligt und die Leistungen durch Hinzuziehen von Leistungserbringern sofort bereitgestellt werden.

Die Koordination von Leistungen und die Bündelung von Kompetenzen ist eine Herausforderung. Ein effizientes Fallmanagement ist auch heute Aufgabe der Pflegekassen. Doch mehrseitige Verträge auf einer freiheitlichen und liberalen Basis, die dem Prinzip der weitgehenden Vertragsfreiheit folgen, sind eine sportliche Herangehensweise, und man wünscht sich fast, da hätte doch einer bei der Formulierung

der Gesetzesbegründung die Kirche im Dorf gelassen. Die Vorstellung des Bundesrates zur verpflichtenden Beteiligung des Sozialhilfeträgers am Vertragsabschluss klärt die Kompetenzen auch nicht weiter. Nur bezüglich der Leistungshoheit, da klärt er tatsächlich und fordert eine Trennung von Beratung, Begleitung und Koordination von sozialversicherungsrechtlicher Leistungsgewährung. Doch wie man es auch dreht, das Konzept überzeugt in der vorliegenden Fassung nicht.

Transparenz durch Veröffentlichung von Qualitätsprüfungsergebnissen

Der Gesetzentwurf greift eine langjährige Forderung von Pflegekassen, Medizinischem Dienst der Krankenversicherung (MDK) und nicht zuletzt von denen, die Pflegeleistungen in Anspruch nehmen auf, das Ergebnis von Qualitätsprüfungen der Prüfungsinstanzen für stationäre und ambulante Pflegeeinrichtungen allen Interessierten zugänglich zu machen.

Fortsetzung nächste Seite

STICHWORT

Finanzierung

Der Beitragssatz der sozialen Pflegeversicherung ist seit 1.7.1996 per Gesetz auf 1,7 Prozent (seit 2005 für Kinderlose 1,95 Prozent) des sozialversicherungspflichtigen Einkommens festgeschrieben. Pflegebedürftige erhalten Leistungspauschalen, gestaffelt nach Pflegestufe und Art der Versorgung. Die Sachleistungspauschalen, sowohl ambulant als auch stationär, decken in den wenigsten Fällen die volle Höhe der tatsächlichen Pflegekosten, so dass ein Eigenanteil übrig bleibt, den ggf. der Sozialhilfeträger übernehmen muss. Ebenso wie der Beitragssatz, aber anders als die Pflegevergütungen, wurden die Pauschalen seit 1996 nicht mehr angepasst, die Sozialhilfeabhängigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit steigt damit. Der Anstieg der Einnahmen der Pflegeversicherung wurde durch eine Zunahme der Leistungsempfänger vor allem aufgrund der demographischen Entwicklung aufgebraucht. Mit der Reform ist ein Beitragsanstieg auf 1,95 Prozent (für Kinderlose 2,2 Prozent) des sozialversicherungspflichtigen Einkommens geplant. Gleichzeitig steigen die Leistungspauschalen in drei Schritten bis 2012 sehr moderat. Die Reform sichert die Finanzierung nur für diesen Zeitraum.

Fortsetzung von Seite 5

Zusammen mit einem Prüfintervall von längstens drei Jahren ist damit eine größere Transparenz der Pflegequalität möglich.

Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in stationären Pflegeheimen

Auch für Hamburg gilt: Die ärztliche Betreuung von Pflegebedürftigen in Pflegeheimen ist verbesserungsbedürftig. So hapert es gerade oft bei der fachärztlichen Versorgung. Doch auch die hausärztliche Versorgung lässt manchmal zu wünschen übrig.

Da helfen auch keine Lippenbekenntnisse und Versicherungen von Ärzteverbänden, die Versorgung sei sichergestellt. Ob vor diesem Hintergrund die Möglichkeit einer Ermächtigung von Pflegeeinrich-

tungen zur Teilnahme an der ärztlichen Versorgung Abhilfe schaffen kann, ist fraglich.

Einführung eines Pflegezeitgesetzes

Die soziale Absicherung von Pflegepersonen besteht seit Beginn der Pflegeversicherung, doch die Entscheidung, für die Pflege eines Angehörigen tatsächlich aus dem Beruf auszusteigen, hat sie nicht wirklich erleichtert. Die Einführung einer Pflegezeit führt zwar nicht zu einer finanziellen Absicherung, mit ihr ist aber wenigstens eine Rückkehr in den Beruf nach längstens sechs Monaten gesichert. Das ist eine echte Stärkung der ambulanten Pflege.

Obwohl unbezahlt, wird immer noch heftig über die geplante Möglichkeit der Freistellung für maximal zehn Tage diskutiert, damit die Pflege Angehöriger organisiert werden kann.

Schäden in Wohltätigkeit verwandelt

Arbeitsausschuss setzt erfolgreiche Arbeit fort

Die Ersatzkassen in Hamburg haben ihre erfolgreiche Zusammenarbeit zur Bekämpfung von Manipulationen im Gesundheitswesen fortgesetzt. 2007 konnten durch Ermittlungen im Arbeitsausschuss wieder Rückflüsse im sechsstelligen Bereich an die Mitgliedskassen realisiert werden.

Manipulationen kommen grundsätzlich in allen Bereichen des Gesundheitssystems vor. Es sind aber nur wenige „schwarze Schafe“, die die gesetzliche

Krankenversicherung und nicht zuletzt auch ihrem eigenen Berufsstand materielle und Imageschäden zufügen.

Ein Schwerpunkt war 2007 wieder der Arzneimittelmarkt, wo es gilt, Absprachen zwischen Ärzten, Apothekern und Lieferanten aufzudecken. Ohne die wertvolle Zusammenarbeit mit dem Hamburger Apothekerverein wären die gemeinsam erzielten Erfolge nicht denkbar.



Manipulationen sind ärgerlich und schädlich. Können Vertragsstrafen aber wohltätigen Zwecken zugeführt werden, kommt zumindest noch etwas Gutes dabei heraus.

Den Krankenkassen geht es nicht nur darum, Gelder an die Versichertengemeinschaft zurückzuführen. Es ist ihnen gemeinsam mit dem Hamburger Apothekerverein auch gelungen, Vertragsstrafen, die von Apotheken zu zahlen waren, die vertragswidrig gehandelt haben, wohltätigen Zwecken als Spende zukommen zu lassen.

Offensichtliche Abreden über die Wege, die ärztliche Verordnungen nehmen sollen, werden auch in anderen Bereichen getroffen (z.B. Sanitätshäuser). Immer wieder fällt auf, dass Sanitätshäuser mit Arztpraxen zusammenarbeiten und den Versicherten die Möglichkeit genommen wird, sich das verordnete Hilfsmittel aus dem Sanitätshaus ihrer Wahl zu beschaffen. Dies benachteiligt nicht nur Versicherte, sondern auch andere Sanitätshäuser. Grund für solche Absprachen dürften nur finanzielle Vorteile für die Beteiligten sein.

Vertrauensverhältnis geschaffen

Honorarverhandlungen für Ärzte erfolgreich abgeschlossen

Die Honorarverhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) für das Jahr 2007 standen zunächst unter keinem guten Stern. Anfang 2007 war nicht einmal eine Einigung für 2006 zustande gekommen. Außerdem lagen zwei Schiedsamtentscheidungen vor, die sich auf 2005 und früher bezogen und die von den Ersatzkassen beklagt wurden. Zu einem der Schiedssprüche lag eine Beanstandung des aufsichtsführenden Bundesversicherungsamtes vor. Gegen diese Beanstandung führte die KVH Klage. Daneben hatte noch das Bundesschiedsamt in einer sehr umstrittenen Entscheidung festgelegt, dass ambulante Operationen und die notwendigen Begleitleistungen künftig außerbudgetär mit einem festen Punktwert zu vergüten sind.

Es war eine ganz schwierige Situation – oder eine Situation, bei der ein Gesamtpaket geschnürt werden konnte. Verhandlungsmasse, die beiden Seiten ein Geben und Nehmen ermöglichte, war mehr als genug vorhanden. Die Verhandlungspartner hatten keine Chance – und nutzten diese.

Entgegen ersten Überlegungen wurde das Honorarjahr 2006 separat vereinbart. Allein um den Überblick zu bewahren, erwies sich die Reduzierung der offenen Verhandlungspunkte als notwendig. Virtuell wohnte den Verhandlungen immer auch ein dritter Partner bei: das Bundesversicherungsamt, das ein-

bezogen wurde, um im Rahmen des Gesamtpaketes auch die Beanstandung und den darauf gründenden Rechtsstreit mit der KVH aus der Welt zu schaffen.

Das Ergebnis führte zu folgender Überschrift in einer Veröffentlichung der KVH: „Durchbruch gelungen: Ersatzkassen zahlen 4,87 Cent für ambulante Operationen“. Diese Überschrift ist richtig. Die Verhandlungserfolge der KVH liegen im außerbudgetären Bereich. Die Erfolge der Ersatzkassen im Rahmen der budgetierten Vergütung. Denn gerade dort kam das Bundesversicherungsamt seiner Aufgabe und Aufsichtsfunktion genauestens nach. Wahrscheinlich sind die beiden Worte „Durchbruch gelungen“ die beste Umschreibung der erzielten Abschlüsse, gilt dies doch nicht nur für die Inhalte, sondern auch für die handelnden Personen: von der sprichwörtlichen Eiszeit zu mehr Nähe.

Die Akteure auf beiden Seiten haben mehrfach über ihren eigenen Schatten springen müssen. Dieses neu entstandene Vertrauensverhältnis ist ein gutes Fundament, um auch die künftigen Herausforderungen, die mit Sicherheit kommen werden, zu meistern. Vielleicht erweist sich die gemeinsame Selbstverwaltung auf der regionalen Ebene doch – trotz aller Steine, die ihr in den Weg gelegt werden – der zunehmenden Gängelung durch den Gesetzgeber gewachsen.

KURZ GEMELDET

- **DIE KRANKENKASSENVERBÄNDE IN HAMBURG** haben sich mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hamburg auf eine Neubesetzung der Leitung der Prüfungsstelle und über den Vorsitz des Beschwerdeausschusses geeinigt. Von einer externen Ausschreibung der Leitung der Prüfungsstelle wurde abgesehen; eine Mitarbeiterin übernimmt den Tätigkeitsbereich des scheidenden Leiters.
- **DER LANDESAUSSCHUSS DER ERSATZKASSEN IN HAMBURG** hat die Beteiligung am Haushalt 2008 der Hamburgischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung beschlossen. Der Finanzierungsanteil der Krankenkassen beträgt 193 000 Euro. Davon bringen knapp 50 Prozent die Ersatzkassen auf. Sie werden sich außerdem an der Förderung des Modellprojektes Regionaler Knoten beteiligen. Kosten für Hamburg: 15 000 Euro.
- **DIE LANDEsarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege Hamburg** erhält im kommenden Jahr von den Krankenkassen in Hamburg erneut mehr als eine halbe Million Euro, davon knapp die Hälfte von den Ersatzkassen. Dem hat der Landesausschuss jetzt zugestimmt.

DER HAMMER DES MONATS

Blaumann statt Kittel?

Jeder Inhaber eines Schlüsseldienstes ist heutzutage besser dran als der gemeine niedergelassene Arzt, will uns eine Pressemitteilung der KBV glauben machen. Seine Anfahrt ist besser bezahlt als der Hausbesuch eines Arztes, der Ölwechsel beim Auto („in einer Discountwerkstatt“) teurer als die Enddarmspiegelung. Halbgott in Weiß? Vorbei die Zeiten. Heute blickt der Kittelträger neidisch auf den Mann in Blau, der mit seiner Handwerkskunst in der freien Wirtschaft scheinbar so viel leichter zu Geld kommt.

Nun ist es nicht so, dass sich die KBV für ihren Vergleich ausgesprochen teure Dienstleistungen bzw. Konsumgüter herausgepickt hätte, die einen schnellen Reichtum erwarten lassen. Nicht nur der Ölwechsel, auch die Bockwurst mit Kartoffelsalat und Getränk („Schnellimbiss“) für 4,50 Euro nimmt sich ganz im Gegenteil für manchen Großstädter eher günstig aus. Da wird man fragen dürfen, wie viele derartige Snacks der Imbissbudenbesitzer servieren, wie lange er wird arbeiten müssen, um auf das Durchschnittsgehalt eines niedergelassenen Arztes zu kommen? Wer springt ein, wenn der Imbisskunde die Zeche prellt? Und wird das „Beratungsgespräch“ am Tresen gesondert vergütet? Man kann dem fleißigen Mann hinter der Theke nur Gesundheit und keine Scheu vor langen Schichten wünschen, wenn er es tatsächlich auf den Reinertrag einer Einzelpraxis bringen will – laut Statistischem Bundesamt 2003 immerhin 117.000 Euro.

BÜCHER



Migräne ganzheitlich behandeln

Dr. Konrad Taubert, TRIAS Therapie-Kompass, TRIAS Verlag in MVS Medizinverlage, Stuttgart, 2006, 223 Seiten, 17,95 Euro

Der Ratgeber hilft, die persönlichen Auslöser und Ursachen der Migräne herauszufinden, Schmerzen frühzeitig zu mildern und die anfallsfreie Zeit zu verlängern sowie alle Hilfen der Schul- und Komplementärmedizin kennenzulernen und anzuwenden. Wenn man bestmögliche Alternativen zur Medikation sucht, findet man hier zahlreiche Anregungen. Mit den Selbsthilfe-Strategien – abgestimmt auf die jeweils spezifische Form von Migräne – wird ein Weg zu einem Leben aufgezeigt, in dem Migräne immer seltener eine Rolle spielt.



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 Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß