

report hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

März 2006

ersatzkassen

Bessere Brustkrebsvorsorge durch Mammographie-Screening **Start in Hamburg spätestens Anfang 2007**

In Hamburg wird spätestens im kommenden Jahr die Brustkrebsvorsorge deutlich verbessert. Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung (KV) einigten sich darauf, auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien für die Qualitätssicherung des Mammographie-Screenings, der Krebsfrüherkennungsrichtlinien und des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen, ein Mammographie-Screening-Programm einzuführen. Frauen zwischen 50 und 69 Jahren haben dann die Möglichkeit, alle zwei Jahre eine regelmäßige, kostenlose Vorsorgeuntersuchung mit einer Röntgenaufnahme der Brust (Mammographie) durchführen zu lassen. Damit können bereits sehr kleine Veränderungen der Brust erkannt werden.

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebskrankheit bei Frauen. Etwa zehn Prozent aller Frauen erkranken im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs, meist nach dem 50. Lebensjahr. Allein in Hamburg erkrankten laut Krebsregister in den Jahren 2001 bis 2003 knapp 4.000 Frauen an Brustkrebs.

Sterblichkeit soll reduziert werden

Die frühe Erkennung eines Tumors kann die Sterblichkeit der Frauen deutlich reduzieren, da die Hei-

lungschancen wesentlich höher sind als bei fortgeschrittenen Erkrankungen. Weiterhin können bei der frühzeitigen Erkennung einer bösartigen Erkrankung der Brust oft bessere und schonendere Behandlungsmöglichkeiten eingesetzt werden. So ist es beispielsweise häufiger möglich, brusterhaltend zu

In dieser Ausgabe:

- **Prävention**
Investition in eine gesunde Zukunft – aber wie?
- **MDK Nord**
Fusion jetzt perfekt
- **Arzneimittel**
Einsparungen in Euro und Cent messbar

operieren. Diese Vorteile für die betroffenen Frauen rechtfertigen den hohen Kosten- und Verwaltungsaufwand für das Mammographie-Screening.

Voraussetzung für den Erfolg des Programmes wird es sein, eine möglichst große Beteiligung der Frauen zu erreichen. Eine Teilnahmequote von 70 Prozent oder mehr ist das Ziel aller Beteiligten.

Das Verfahren in Hamburg

Die Frauen zwischen dem 50. und dem 69. Lebensjahr werden alle zwei Jahre persönlich zur Früherkennungsuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms in eine von zwei Hamburger Untersuchungszentren, die so genannten Screening-Einheiten, eingeladen. Die Teilnahme ist kostenlos und freiwillig. Um eine hohe Qualität des Screenings zu gewährleisten, werden besonders strenge und hohe Qualitätsanforderungen an die teilnehmenden und programmverantwortlichen Ärzte, das radiologische Fachpersonal und an die apparative Ausstattung gestellt. Das gleiche gilt für die Prozesse des Mammographie-Screenings. Hier einige Beispiele:

- Jede Mammographie-Aufnahme wird von zwei Ärzten beurteilt.
- Jeder Arzt muss mindestens die Aufnahmen von 5.000 Frauen pro Jahr beurteilen.
- Im Falle eines auffälligen Befundes werden die Ergebnisse und die weiteren Maßnahmen von allen Ärzten gemeinsam besprochen.

Die Ausschreibung der Screening-Einheiten erfolgt im März 2006, das eigentliche Mammographie-Screening startet jedoch erst, wenn alle Voraussetzungen erfüllt sind und die Screening-Einheit zertifiziert wurde.

Qualitätssicherung wird überwacht

Die Hamburger Screening-Einheiten werden an ein überregional tätiges Referenzzentrum angebunden, das die Qualitätssicherung des Programms überwacht und die Aufgabe hat, die am Programm teilnehmenden Ärzte und das radiologische Fachpersonal fortzubilden, zu beraten und zu betreuen.

Die Einladungen für die Hamburger Screening-Einheiten werden vermutlich von der bereits für die Bundesländer Bremen und Niedersachsen tätigen Zentralen Stelle beim Gesundheitsamt in Bremen vorgenommen. Von dort werden die anspruchsberechtigten Frauen zur Untersuchung in die Hamburger Screening-Einheiten eingeladen. Dies erfolgt in enger Abstimmung mit der Praxis. Die dafür erforderlichen Daten liefert das Hamburger Einwohnermeldeamt.

Auch die Kostenverteilung bzw. -übernahme zwischen Kassen und KV sind geklärt. Im Februar wurde eine Vergütungsregelung getroffen, wie und in welcher Höhe die ärztlichen Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screenings abgerechnet werden.

Erste wichtige Schritte zur Einführung des Verfahrens sind gemacht, viele Detailprobleme gilt es noch zu lösen. Vor allem eine wichtige Aufgabe werden Krankenkassen und Ärzte noch leisten müssen: die Motivation der Frauen zur Teilnahme. Denn von dieser wird abhängen, ob das Programm ein Erfolg wird.

DER KOMMENTAR



Claudia Staub,
VdAK/AEV-
Landesvertretung
Hamburg

Frauen sollten der hohen Qualität vertrauen

Die Einführung des Mammographie-Screenings in Hamburg ist ein großer Gewinn für alle Frauen in der betroffenen Altersgruppe. Alle zwei Jahre haben sie nun die Möglichkeit, kostenlos eine Mammographie auf höchstem qualitativem Niveau durchführen zu lassen.

Das Mammographie-Screening minimiert zwar nicht das Risiko, an Krebs zu erkranken, aber es ist die derzeit zuverlässigste Methode festzustellen, ob alles in Ordnung ist. Die Frauen, bei denen durch das Mammographie-Screening ein Tumor festgestellt wird, haben bessere Heilungs- und Überlebenschancen.

Tumore können mit der Mammographie in einem sehr frühen Stadium, in dem die Frauen noch keinerlei Beschwerden haben, lokalisiert werden. Dadurch verbessern sich die Möglichkeiten bei der Behandlung. Auch vor einer falschen Diagnose sind die Frauen durch die unabhängige Doppelfindung der Aufnahmen besser geschützt.

Die hohe Qualität der medizinischen Leistungen, die das Mammographie-Screening-Programm bietet, sollte Vertrauen schaffen und viele Frauen zur Teilnahme bewegen.

Investition in eine gesunde Zukunft – aber wie?

So hieß eine Fachtagung der VdAK/AEV-Landesvertretung am 26. Januar im Hause der Techniker Krankenkasse. Geladen war ein bunt gemischtes Fachpublikum aus Politik, Präventionsanbietern, der Selbsthilfe sowie der Krankenkassen.

Die Prävention in Hamburg solle künftig weiter ausgebaut und die Maßnahmen großflächig und koordiniert durchgeführt werden, so Staatsrat Dietrich Wersich von der Behörde für Wissenschaft und Gesundheit (BWG). Dazu schlug er einen „Pakt für Prävention“ vor. Es reiche nicht aus, punktuelle Einmalaktionen ins Leben zu rufen. Präventionsangebote müssten insbesondere Nachhaltigkeitskriterien entsprechen und evaluiert werden.

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung der Freien Universität Berlin unterstrich die Bedeutung präventiver Maßnahmen im Hinblick auf die Entwicklung der Gesundheit der Bevölkerung: Die Lebenserwartung der Bevölkerung nimmt weiter zu, chronisch degenerative Erkrankungen herrschen im Alter vor und können in erheblichem Umfang durch Prävention verhütet werden und Gesundheitschancen sind sozial bedingt sehr ungleich. Vor diesem Hintergrund seien verstärkte Bemühungen insbesondere für sozial benachteiligte Gruppen und Schichten zwingend notwendig.

Die Geschäftsführerin der Hamburgischen Landesarbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAG), Margrit Schlankardt, nannte Voraussetzungen für ein Gelingen der Prävention. Sie unterstrich, dass Gesundheitsförderung so früh wie möglich beginnen müsse und dass dazu auch die Gesundheits- und Erziehungskompetenz der Eltern gehöre.

Der Leiter der Ersatzkassenverbände in Hamburg, Günter Ploß, betonte u.a., dass primäre Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftliche Aufgaben seien, die nicht allein der gesetzlichen Sozialversicherung aufgebürdet werden dürften. Ploß: „Die Prävention muss ausgebaut werden. Wenn aber

die gesetzliche Krankenversicherung ihr Engagement verstärkt, darf das nicht dazu führen, dass sich die öffentliche Hand zurückzieht. Wir erwarten, dass sie mindestens im bisherigen Umfang weiterfinanziert.“

Ploß nannte als Schwerpunkt der Prävention bei Kindern und Jugendlichen unter anderem Maßnahmen gegen das Bewegungsmangel und Übergewicht. Außerdem solle Prävention/Gesundheitserziehung als Schulfach eingeführt werden. Dies müsse



Stimmten dem vorgeschlagenen Pakt für Prävention grundsätzlich zu: die Experten auf dem Podium unter der Leitung des Journalisten Burkhard Plemper.

Foto: Kahnert

auch Eingang in die Lehreraus- und -fortbildung finden. Er berichtete, dass die Ersatzkassenverbände die Wiedereinführung der Schuleingangsuntersuchung begrüßen und die Bundesratsinitiative der Stadt, die Vorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 und J1 für Kinder und Jugendliche verbindlich zu machen, unterstützen.

Die Ersatzkassen setzten sich für eine Prävention in Lebenswelten (Setting-Ansätze) ein, so Ploß. Wegen der einseitigen Finanzierung und übermäßiger Bürokratie habe man sich aber gegen das ursprüngliche Präventionsgesetz ausgesprochen. Er forderte die Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung in die Finanzierung von Präventionsleistungen.

Der Vorsitzende der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJH), Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, konnte eindrucksvoll die Erfolge des Zahnprophylaxe-Programms für Kinder und Jugendliche darstellen. Eine im vergangenen Jahr veröffentlichte Studie belege die deutliche Verbesserung der Zahngesundheit von Kindern und Jugendlichen, die ganz wesentlich auf das Hamburger Präventionsprogramm zurückzuführen sei.

Fusion perfekt

Seit Jahresbeginn gibt es den Medizinischen Dienst Nord

Die Fusion der Medizinischen Dienste (MDKs) in Schleswig-Holstein und Hamburg ist perfekt. Die Kassenverbände als Träger des MDK besiegelten in beiden Ländern den Zusammenschluss zum MDK Nord zum 1. Januar 2006.

Sitz des neuen MDK Nord ist Hamburg, Geschäftsführer der bisherige Leiter in Schleswig-Holstein, Peter Zimmermann. Ärztlicher Leiter ist Dr. Björn Buxell aus Schleswig-Holstein. Die Begutachtungszentren in Hamburg, Flensburg, Kiel, Lübeck und Itzehoe bleiben erhalten. Die Pflegeabteilung verlegt ihren Sitz nach Lübeck.

Der MDK Nord wird über eine halbe Million Gutachtenanfragen der Krankenkassen bearbeiten. Dies wird künftig effizienter erfolgen, da viele Fälle länderübergreifend beurteilt werden müssen. Denn viele Hamburger kommen zur Reha-Behandlung nach Schleswig-Holstein, viele Schleswig-Holsteiner werden in Hamburger Akut- oder Spezialkliniken behandelt. Daraus resultierende Doppelaufträge an die MDKs können durch den Zusammenschluss

der beiden Organisationen vermieden werden. Weitere Vorteile sind etwa Kassenberatungen nach einheitlichen Standards, mehr Effizienz in der Bearbeitung durch höhere Fallmengen, eine bessere Zusammenarbeit von Generalisten und Spezialisten sowie eine Stärkung der Position in der bundesweiten MDK-Gemeinschaft.

Besonders die finanziellen Auswirkungen der Fusion haben überzeugt (s. Interview). Über den gesamten Fusionsprozess von vier Jahren erwarten die Kassen Einsparungen von insgesamt mehr als fünf Millionen Euro. Kehrseite der Medaille: Es werden künftig deutlich weniger Mitarbeiter benötigt. Ein Viertel der bislang rund 200 Stellen in Schleswig-Holstein und der rund 150 in Hamburg entfällt mittelfristig.

In der konstituierenden Sitzung am 27. Januar in Kiel wurden Dietmar Katzer, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Schleswig-Holstein, alternierender Vorsitzender des Verwaltungsrates und Karl-Heinz Rüter, AOK Schleswig-Holstein, Vorsitzender. In der Sitzung wurde auch die Satzung beschlossen.

DER KOMMENTAR



Günter Ploß,
VdAK/AEV-Landesvertretung
Hamburg

Fusion zum MDK Nord: Modell der Zukunft

Die Krankenkassen und die MDKs in Schleswig-Holstein und Hamburg haben durch ihre Fusion einen mutigen und vorausschauenden Schritt getan. Ziel ist es, die Effizienz und die Effektivität der Leistungen auf hohem Qualitätsniveau durch abgestimmtes und arbeitsteiliges Zusammenwirken zu erhöhen, Rationalisierungspotenziale zu erschließen sowie Synergieeffekte auszuschöpfen. Das Verhältnis von Mitteleinsatz und -qualität der Leistungen wird optimiert.

Die Fusion führt zur gleichen Qualität der Leistungserbringung in beiden Bundesländern, leistet einen Beitrag zur internen Qualitätssicherung und berücksichtigt die notwendige Versichertennähe. Darüber hinaus reagiert diese Fusion auf Strukturveränderungen der Krankenkassen und ihrer Verbände. Dass damit gleichzeitig eine Reduzierung der MDK-Umlage erreicht werden konnte, ist angesichts des Drucks auf die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen ebenfalls ein wichtiger Pluspunkt.

Fazit: Diese Fusion kann und wird Grundlage für weitere Kooperationen von Medizinischen Diensten sein, insbesondere dann, wenn die zielgerichtete und auf Ausgleich bedachte Vorgehensweise beim Fusionsprozess unter maßgeblicher Beteiligung des externen Projektmanagers, des ehemaligen Sozialministers, Prof. e. H. Günter Jansen, beachtet wird.

Parallele Begutachtung ist passé

Gespräch mit Peter Zimmermann, Geschäftsführer des MDK Nord

▼ Herr Zimmermann, wie lange haben Sie verhandelt?

▲ Die Idee garte vier Jahre lang. Dann haben die Selbstverwaltungen und Kassenvorstände die Verhandlungen maßgeblich vorangetrieben. Seit dem 1. Januar 2006 ist nun alles perfekt.

▼ Welches Ziel verfolgt die Fusion?

▲ Die Partner wollen mit einem Qualitätssprung den guten medizinischen Standard weiter ausbauen und gleichzeitig effizienter werden. Gemessen an dem Haushaltsabschluss 2004 wollen wir über zehn Prozent der Kosten einsparen.

▼ Was haben unserer Mitgliedskassen davon?

▲ Die erhobene Umlage pro Versicherten wird spürbar sinken. Besonders für die Kassen in Hamburg wird sich der Zusammenschluss lohnen. Dort sinkt bereits 2006 die Umlage von bislang 14,11 Euro auf 12,23 Euro. Für die Kassen in Schleswig-Holstein sinkt sie von 10,85 Euro auf 10,82 Euro.

▼ Wo und wie wird gespart?

▲ Dass die Qualität nicht leiden darf, ist klar. Die Fusion ermöglicht aber Synergien im Personal – vor allem im administrativen Schreiebereich. Etwa ein Viertel aller 350 MDK-Arbeitsstellen können in den kommenden Jahren eingespart werden. Eine entsprechende Fusions-Dienstvereinbarung wurde ausgehandelt. Künftig vermieden werden soll die parallele Begutachtung.

▼ Welches waren die schwierigsten Hindernisse?

▲ Vorgegangen war eine dreijährige Phase der Willensbildung, die mit einer herben Enttäuschung endete. Der MDK Mecklenburg-Vorpommern stieg als dritter Partner aus.

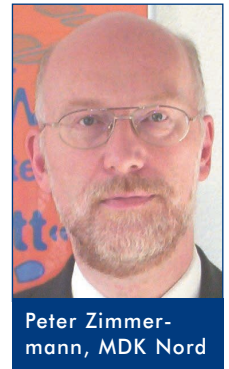
▼ Und Hamburg und Schleswig-Holstein haben sich sofort gemocht?

▲ In vielen kleinen und großen Schritten haben wir uns angenähert. Unterschiedliche Unternehmensphilosophien, Arbeitsabläufe, IT-Systeme und Leistungsstandards waren abzugleichen und der Strategie des MDK Nord anzupassen. Aber dennoch ging der Zusammenschluss relativ geräuschlos und zügig vonstatten.

▼ Ist die Geräuschlosigkeit Grund für das allgemeine Lob, die Vorbildfunktion dieser Fusion?

▲ Im Ergebnis ja. Es bedurfte ungeheurer Abstimmungsleistungen, die seit Ende der 80er gewachse-

nen Strukturen zu reformieren. Hier bewiesen alle Beteiligten erhebliches Fingerspitzengefühl. Zusammengeschweißt werden mussten ein Stadtstaat mit vielen Spezialeinrichtungen und ein Flächenland mit übersichtlicher Versorgungsstruktur. Daneben galt es die unterschiedlichen Interessenlagen der Kassen zu berücksichtigen, die den einzelnen Schritten der praktischen Gestaltung zustimmen mussten.



Peter Zimmermann, MDK Nord

▼ Jetzt wird Hamburg Sitz des MDK Nord...

▲ Ich persönlich befürworte Hamburg als Sitz. Das operative Geschäft in Schleswig-Holstein bleibt davon unberührt, wir erhalten die Beratungs- und Begutachtungszentren in Flensburg, Kiel, Itzehoe und Lübeck mit ihren Außenstellen u.a. in Neumünster und Pinneberg. Mehr noch: Durch zentrale ärztliche Fachkompetenz wollen wir eine überregionale Unterstützung im Tagesgeschäft forcieren.

▼ Wie ist der Verwaltungsrat zusammengesetzt?

▲ Von den 17 Mitgliedern entsenden 6 die Ersatzkassen, 4 die AOK, 3 die BKK und je 2 die IKK und LKK/Gartenbau.

STICHWORT

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK), eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, ist nach § 275 ff SGB V der sozialmedizinische Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Krankenversicherung. Er ist aus dem Vertrauensärztlichen Dienst hervorgegangen und 1989 durch das Gesundheitsreformgesetz aus der Trägerschaft der Rentenversicherung herausgelöst worden.

Er hat die Aufgabe, die Krankenkassen zu beraten, seine Gutachter sprechen gegenüber den Krankenkassen Entscheidungsempfehlungen aus, beurteilen die Qualität von Gesundheitsleistungen und beraten in Gesundheitsfragen. Auch die Pflegebedürftigkeit wird vom MDK geprüft und die Pflegestufe empfohlen.

Pyrrhussieg im Rettungsdienst

Infolge langer Diskussionen um die Gebühren im Rettungsdienst hatten sich die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH) und die Krankenkassen/-verbände in Hamburg im Frühjahr 2000 u.a. auf eine Verhandlungslösung zur Ermittlung der Rettungsdienstgebühren geeinigt. Nach einem längeren Gesetzgebungsverfahren wurde im Juni 2003 das 2. Gesetz zur Änderung des Hamburgischen Rettungsdienstgesetzes beschlossen.

Die Freude darüber hielt nicht lange an, denn die Verhandlungen zwischen der Feuerwehr und den Kostenträgern über die Höhe der Rettungsdienstgebühren verliefen ergebnislos. Die Schiedsstelle schloss sich zwar der Auffassung der Krankenkassenverbände an und stimmte einer Weiterentwicklung der Gebühren im Rahmen der Grundlohnsummenentwicklung zu (vgl. unsere Ausgabe Juni 2005). Aber die daraufhin vor dem Verwaltungsgericht eingereichte

Klage der FHH führte zu einem Hinweisbeschluss der zuständigen Kammer, dass es keine Verhandlungslösung in Hamburg gebe, da die Gebühren letztendlich immer noch durch eine Verordnung festgelegt würden.

Hiermit war aufgrund der Formulierung des Rettungsdienstgesetzes nicht zu rechnen. Die Krankenkassen/-verbände teilen diese Rechtsauffassung nicht, da das Verwaltungsgericht wesentliche Bestandteile des Rettungsdienstgesetzes bei der Beurteilung dieser Frage unberücksichtigt gelassen hat. Es bleibt abzuwarten, ob das Verwaltungsgericht seine Auffassung ändert, oder ob in die nächste Instanz gegangen werden muss.

Die Ersatzkassen haben nunmehr den Innensenator und die Bürgerschaft aufgefordert, zu der im Frühjahr 2000 getroffenen Vereinbarung zurückzukehren.

Zielvereinbarung in der Arzneimittelversorgung In Euro und Cent messbar

Die Ausgaben für Arzneimittel waren im Jahr 2004 deutlich gesunken. Ursache waren gesetzliche Änderungen zum 1. Januar 2004. Die Patienten hatten ab diesem Zeitpunkt eine erheblich höhere Zuzahlung zu leisten und hatten sich offenbar noch 2003 mit Arzneimitteln bevorratet. Auch war der auf 16 Prozent erhöhte Arzneimittelrabatt, der Beitrag der Pharmaindustrie zur Konsolidierung der Finanzen der gesetzlichen

Krankenversicherung (GKV), nur auf das Jahr 2004 befristet. Ab 2005 galt wieder der normale Rabatt in Höhe von sechs Prozent. Allein aus dieser Einzelmaßnahme war unschwer ein deutlicher

Aber die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung in Hamburg stellten sich ihrer Verantwortung. Erstmals und bisher einmalig im Bundesgebiet wurde neben einer Arznei- und Heilmittelvereinbarung mit Wirkung ab 1. Juli 2005 auch eine arzt- und indikationsbezogene Zielvereinbarung abgeschlossen. Das heißt, für eine Vielzahl von Indikationen wurde jeweils ein Medikamentenvergleich durchgeführt und Ziele je Indikationsgebiet definiert. Mancher Patient hat das gespürt, hat doch sein Arzt andere Medikamente verordnet als vorher – jedoch immer Medikamente, die die gleiche Wirksamkeit besitzen, oftmals aber zu deutlich günstigeren Preisen abgegeben werden.

Wichtig ist die Frage, ob diese Zielvereinbarung denn auch in Euro und Cent etwas gebracht hat. Eine umfassende Analyse anhand der vorliegenden Daten wird zurzeit vorgenommen. Bereits jetzt lässt sich aber feststellen, dass Hamburg im 2. Halbjahr 2005 das Bundesland mit den niedrigsten Ausgabensteigerungen bei den Arzneimitteln gewesen ist. Der Anstieg der Arzneimittelausgaben betrug 9,55 Prozent (Bundesdurchschnitt 13,33 Prozent). Hätte nicht der Gesetzgeber den Rabatt der Pharmaindustrie um zehn Prozent gesenkt, wäre sogar eine Einsparung eingetreten.



Hamburg hatte im 2. Halbjahr 2005 die niedrigste Ausgabensteigerung.

Kostenanstieg im Arzneimittelbereich für 2005 zu prognostizieren.

Pressekonferenz zum Jahresauftakt

Die Versorgung der Hamburger Bevölkerung muss auf qualitativ hohem Niveau bleiben, aber es bedarf weiterhin großer Anstrengungen, die Ausgaben im Griff zu halten. Das war der Tenor der Jahresauftakt-Presskonferenz.

Der Hamburger VdAK-AEV-Leiter Günter Ploß monierte die im Koalitionsvertrag festgelegten finanziellen Änderungen, vor allem die Mehrwertsteuererhöhung und das Zurückfahren der Erstattungen für versicherungsfremde Leistungen.



Der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, Günter Ploß, erläutert Journalisten die Schwerpunkte der Arbeit in den nächsten Monaten. Foto: Mahler

Zu den Ärzteprotesten sagte Ploß, verantwortlich für ihre Lage seien in erster Linie Verteilungsprobleme innerhalb der Ärzteschaft und neue gesetzliche Regelungen. Die Ersatzkassen zahlten den Ärzten jährlich steigende Honorare je Mitglied.

„Mit der Höhe des Landesbasisfallwertes liegt Hamburg auf dem vierten Platz aller Bundesländer. Vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven wurden von der Schiedsstelle aus rechtlichen Gründen nicht berücksichtigt“, meinte Ploß im Zusammenhang mit den Ausgaben bei den Krankenhäusern. Immerhin machen diese rund ein Drittel aller Leistungsausgaben aus. Kritisch sah er auch die immer weiter verlängerte Anpassungs- (Konvergenz-)phase, die inzwischen bis 2009 laufen soll.

Die Ersatzkassen arbeiten derzeit an neuen Kriterien für die Krankenhausplanung. Bisher wird der Bedarf an den Betten festgemacht. Dies ist jedoch eine veraltete Betrachtungsweise. Die Ersatzkassen wollen dagegen künftig nach Kriterien planen, die die Leistungen eines Krankenhauses (Schweregrad der Krankheiten und Anzahl der zu behandelnden Patienten) als Maßstab nimmt.

Die Ersatzkassenverbände erwarten, dass die Politik zügig eine Reform der finanziell strapazierten Pflegeversicherung in Angriff nimmt. Der Leiter stellte hierzu die Vorstellungen der Ersatzkassen dar. Ziel für 2006 ist außerdem die Verstärkung der Anzahl von Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und bei ambulanten Pflegediensten.

KURZ GEMELDET

- Die Externe Qualitätssicherung (EQS) der Hamburger Krankenhäuser ist ein Erfolgsmodell, das die Versorgungsqualität in den Hamburger Kliniken bereits seit 1992 kontinuierlich weiter steigert. Jetzt gab es eine 1. Hamburger Ergebniskonferenz. Die Vertreter von Krankenhäusern, Krankenkassen und Ärztekammer als gemeinsame Träger der EQS sprachen sich dafür aus, die Transparenz der Qualitätsvergleiche zwischen den Krankenhäusern zu erhöhen und zukünftig Kliniken, die wiederholt negativ auffällig würden, in geeigneter Form zu veröffentlichen.
- Am 1. Februar startete das neue Behandlungsprogramm (DMP) für Menschen mit koronarer Herzkrankheit (KHK). Im Rahmen des Programms können Ärzte auf standardisierte Behandlungsempfehlungen zurückgreifen (vgl. Heft Dez. 2005). Inzwischen nehmen etwa 2,3 Millionen Versicherte bundesweit an einem DMP teil. Sie werden von rund 50.000 Ärztinnen und Ärzten betreut.
- Die Ständige Impfkommission (STIKO) am renommierten Robert Koch Institut in Berlin hat eine zusätzliche Auffrischungsimpfung bei Keuchhusten (Pertussis) empfohlen. Die Ersatzkassen tragen ab sofort die Kosten für eine Impfung gemäß der Empfehlung für Kinder im Alter von 5 und 6 Jahren. Es wird ein Kombinationsimpfstoff eingesetzt, der mit nur einem Piks auch gegen Tetanus und Diphtherie schützt.

Neuer Leiter im Referat Verträge



Ralf Baade,
VdAK/AEV-Landesver-
tretung Hamburg

Ralf Baade (39) leitet seit Jahresbeginn das Referat Verträge der VdAK/AEV-Landesvertretung. Nach einer Lehre zum Bankkaufmann studierte er Wirtschaftswissenschaften an der Universität Hannover. Anschließend übernahm er eine Tätigkeit in der Konzernzentrale der Commerzbank und wechselte 1995 als Referent der Techniker Krankenkasse (TK) in die Landesvertretung Berlin und Brandenburg und ab Januar 2005 in die Hauptverwaltung der TK.

Baade löst Andrea Kaula ab, die die Leitung der Innenrevision des VdAK/AEV übernommen hat.

DER HAMMER DES MONATS

Ein Herz für die Psychotherapie

Die BKKn in Hamburg haben ihr Herz für die Psychotherapie entdeckt. Wollen sie doch künftig jede Leistung der Psychotherapeuten mit einem festen Punktwert vergüten. Alte Begriffe wie „Zahlung mit schuldbefreiender Wirkung“ oder „budgetierte Gesamtvergütung“ klingen sperrig und landen auf dem Müllplatz der Geschichte. Die Psychotherapeuten freut's.

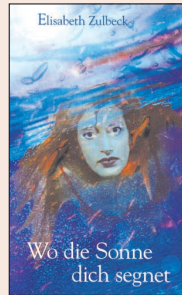
Sind die BKKn auf eine Goldader gestoßen? Haben sie Öl entdeckt? Oder warum hat man für die Psychotherapeuten die Spendierhosen an?

Spendierhosen bei der BKK? Bekanntermaßen sind die BKKn knausrig. Die Jahreskopfpauschalen für die Vergütung aller Ärzte und Psychotherapeuten vieler auch Hamburger BKKn betragen weniger als 100 Euro im Quartal oder weniger als 400 Euro im Jahr. Bei den Ersatzkassen gibt's oftmals mehr als 550 Euro!

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg hat ihr Herz für die Psychotherapeuten entdeckt, fordert sie doch eine analoge Regelung für die Ersatzkassen! Will sie das wirklich??? Na gut, dann senken die Ersatzkassen ihre Kopfpauschalen auf die Durchschnittspauschale der BKKn ab (das kostet allein die Fachärzte Hamburgs etwa 38 Millionen Euro im Jahr), und für die Psychotherapeuten gibt's

einen ordentlichen Nachschlag. Das Menü würde den Psychotherapeuten munden. Aber den übrigen Ärzten dürfte der Appetit vergehen.

BÜCHER

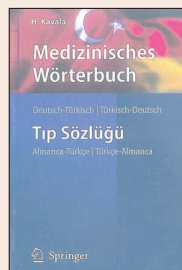


Wo die Sonne dich segnet

Elisabeth Zulbeck, Verlag Books on Demand GmbH, Norderstedt, 2002, 175 Seiten, 12,50 €.

Die Autorin hat das Buch geschrieben, um sich aus ihrer Psychose zu befreien. Dabei stellt das Schreiben einen Teil ihrer

Therapie dar. Deshalb sind die Inhalte nicht unbedingt eine Beschreibung ihrer Krankheit, sondern eher eine Art Tagebuch, wie sie als Psychotikerin ihren Alltag erlebte – mit allen Verzerrungen und Wirren, die dazugehören. Die Autorin ist inzwischen weitgehend geheilt – ob durch das Schreiben, sei dahingestellt.



Medizinisches Wörterbuch – Deutsch-Türkisch / Türkisch-Deutsch

Hüseyin Kavala, Springer-Verlag, Heidelberg, 2005, 213 Seiten, 14,95 €.

Fast 2,6 Millionen Türken leben in Deutschland, und ihre medizinische Versorgung gehört selbstverständlich zum Alltag aller Beschäftigten im Gesundheitswesen. Dieses Wörterbuch erleichtert die Kommunikation zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Sowohl der deutsch-türkische als auch der türkisch-deutsche Teil enthält jeweils über 4.500 medizinische Fachbegriffe und ihre Übersetzungen. Das Wörterbuch enthält auch Hinweise zur Aussprache.

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