

# report hamburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2005

# ersatzkassen

## Arzneimittelausgaben: **Kein Kollektiv-Regress – Arztbezogene Malus-Regelung**

Absprachegemäß zum 30. April 2005 schlossen die Krankenkassen-/Verbände und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) Verträge mit denen der monatelange Streit um zu hohe Arzneimittelausgaben beendet werden konnte. Kernstück der Vereinbarungen bildet eine Regelung, nach der Ärzte zukünftig von den Krankenkassen in Regress genommen werden können, wenn sie ausgewiesene Einsparpotenziale in ausgewählten Indikationsgebieten nicht realisieren.

Krankenkassen und KVH verständigten sich auf 13 Arzneimittelgruppen, die zirka 35 Prozent des vereinbarten Ausgabenvolumens des Jahres 2005 ausmachen. In diesen Bereichen ist es nach übereinstimmender Auffassung möglich kostengünstiger zu verordnen. Der Katalog der Medikamentengruppe soll im Laufe des Jahres weiter ausgebaut werden. Die Regelung tritt am 1. Juli 2005 in Kraft.

Vorher werden die Ärzte über ihr bisheriges Verordnungsverhalten und die erreichbaren Einsparungen in den bestimmten Arzneimittelbereichen detailliert informiert. Eine neu einzurichtenden Arbeitsgruppe, bestehend aus fachlich versierten Mitarbeitern der Krankenkassen und der KVH, hat

### In dieser Ausgabe:

#### ■ Schiedsstellenverfahren

Landesbasisfallwert festgelegt, Hamburger Krankenhauskosten bleiben auf hohem Niveau.

#### ■ Rettungsdienst

Krankenkassen gewinnen auf der ganzen Linie.

#### ■ Vorsorgeuntersuchungen

Praxisgebühr fällt nicht an.

#### ■ Buchrezensionen

die Aufgabe der gemeinsamen Datenbewertung, des Controllings und der Weiterentwicklung der getroffenen Zielvereinbarungen übernommen.

Sollte im Herbst 2006 festgestellt werden, dass das vereinbarte Arzneimittelvolumen 2005 überschritten worden ist, wird arztbezogen in den unabhängigen Prüfungsgremien zur Wirtschaftlichkeitsprüfung festgestellt, ob und in welcher Höhe Re-

gressansprüche der Krankenkassen gegenüber dem Arzt bestehen. Sollten für den gleichen Zeitraum weitere Verstöße gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot festgestellt werden, hat der Prüfungsausschuss die Pflicht dies zu berücksichtigen.

Die vertragliche Gestaltung der beschriebenen komplexen Regelung wurde in der Arzneimittelvereinbarung 2005, der neu gefassten Prüfvereinbarung und in gesamtvertraglichen Regelungen getrennt nach Kassenarten vorgenommen. Sie bezieht sich auf § 84 Abs. 3 SGB V: „Überschreitet, das tatsächliche,...das ... vereinbarte Ausgabenvolumen, ist diese Überschreitung Gegenstand der Gesamtverträge.“

Die Krankenkassen hatten in einem Schiedsamtverfahren das Ziel verfolgt, Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens vom Honorar für alle Ärzte abziehen zu können. Dem ist das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung am 13. Dezember 2004 aber nicht gefolgt. Die KVH hatte sich vehement gegen einen so genannten Kollektiv-Regress gewehrt, der auch Ärzte getroffen hätte, die wirtschaftlich verordnen.

Das zweite von den Krankenkassen-/Verbänden angestrebte Schiedsamtverfahren zur Feststellung der ungerechtfertigten Überschreitung des Ausgabenvolumens im Jahr 2002 wurde am 20. Dezember 2004 ausgesetzt, um den Vertragspartnern die



Immer mehr Arzneimittel drängen auf den Markt. Ob sie einen Zusatznutzen aufweisen, ist bei vielen umstritten.

Gelegenheit zu geben, ihre Positionen zu überdenken und die Verhandlungen wieder aufzunehmen.

Diese Verhandlungen konnten nunmehr erfolgreich abgeschlossen werden und führen auch dazu, dass die beim Sozialgericht eingereichten Klagen von KVH und Krankenkassen-/Verbände zu Entscheidungen des Landesschiedsamtes im Jahr 2004 zurückgezogen werden. Auch das ausgesetzte Schiedsamtverfahren zu den Überschreitungen 2002 wird nicht weiterverfolgt.

## DER KOMMENTAR



Günter Ploß,  
VdAK/AEV-Landesvertretung  
Hamburg

### Ausgaben: Der Staat tut nichts

Die Sorge ist groß, dass es im Jahre 2005 wieder zu einem deutlichen Anstieg der Arzneimittelausgaben kommt. Trotzdem ist von stringenten gesetzlichen Vorgaben nichts zu sehen und zu hören. Und das Schiedsamt hat es ebenfalls abgelehnt, gesetzliche Lücken auszufüllen.

Die im Dezember 2004 unter der Moderation des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales vereinbarten Maßnahmen dürften auf die tatsächliche Ausgabenentwicklung eher einen geringen Einfluss haben.

Um so bedeutender sind die vertraglichen Vereinbarungen zu bewerten, die zwischen der KVH und den Krankenkassen in Hamburg vereinbart worden sind.

Ein zentraler Punkt: Die Forderung nach einem Kollektivregress ist durch die Möglichkeit eines Individualregresses abgelöst worden.

Aus der Sicht der Ersatzkassen ist es damit gelungen, den gesetzgeberischen Freiraum durch verantwortungsbewusstes Handeln der Selbstverwaltung auszufüllen. Es bleibt abzuwarten, ob ein überdurchschnittlicher Anstieg der Arzneimittelausgaben durch diese Maßnahmen verhindert werden kann. Wir werden uns jedenfalls mit Nachdruck für die Umsetzung der Vereinbarung einsetzen.

# Klare Ziele, klare Verantwortlichkeiten

**Mit einem enormen Kraftakt haben die Hamburger Krankenkassen/-Verbände und die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) Regelungen vereinbart, die die Diskussion um die Arzneimittelversorgung in Hamburg und die damit verbundenen Kosten zielgerichtet gestalten und damit versachlichen helfen, eine Versachlichung, die dringend geboten ist, um Klarheit für alle Akteure – Krankenkassen wie Ärzte – über die notwendige Steuerung des Ausgabengeschehens im Arzneimittelbereich herzustellen.**

Anders als in der Vergangenheit haben sich die Vertragspartner auf konkrete, indikationsbezogene Zielvereinbarungen verständigt und die vereinbarten allgemeinen Ziele, die zum Teil einer Kostensenkung entgegenstanden, verlassen.

Die KVH hat inzwischen alle Ärzte über die vereinbarten Ziele und die Zielgrößen, die sich an den durchschnittlichen Tages-Therapiekosten orientieren, unterrichtet. Für eine Reihe von Ärzten, die die Zielgrößen in der Vergangenheit überschritten haben, ergibt sich die Notwendigkeit, mit ihren Patienten eine Therapieumstellung zu besprechen

und, wo vertretbar, auch durchzuführen. Dabei sollen sie durch gemeinsame schriftliche Information von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung unterstützt werden.

Diese Information dient ebenso dazu, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Krankenkassen als Ansprechpartner für Patienten eine sinnvolle Information der Patienten zu ermöglichen, die den gemeinsamen Zielen dient. Damit sollten undifferenzierte Auskünfte wie „Wenn Ihr Arzt Ihnen das Medikament verordnet, bezahlen wir es auch“ oder „Ihr Arzt kann Ihnen alles verordnen“ der Vergangenheit angehören.

Die Krankenkassen und die KVH müssen die Patienten und die Vertragsärzte unterstützen, die vereinbarten Ziele zu erreichen. Dieser Aufgabe kommt große Bedeutung zu, damit nach der Ausgrenzung rezeptfreier Arzneimittel aus der Leistungspflicht eine weitere Rationierung so weit als möglich vermieden werden kann. Der in Hamburg gefundene Weg wird bundesweit erstmalig beschritten; es kommt deshalb ganz besonders darauf an, dass bei allen unterschiedlichen Interessen alle Akteure ihre Handlungsweisen auf das gemeinsame Ziel ausrichten.



Dieter Bollmann,  
Kassenärztliche  
Vereinigung Hamburg



Die Vertragspartner haben sich auf konkrete Zielvereinbarungen verständigt. Ob und welche Medikamentenverschreibung notwendig ist, wird sorgfältig geprüft.

## Schiedsstellenverfahren:

# Landesbasisfallwert 2005 festgelegt

Am 25. April 2005 hat die Schiedsstelle in einer 13-stündigen Marathonsitzung über die Höhe des Hamburger Landesbasisfallwertes für 2005 entschieden. Er beträgt 2.920,41 Euro (nach Kappung) und ist Grundlage für die Verhandlungen mit den Hamburger Krankenhäusern für 2005.

Die Forderungen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft (HKG) lagen bei mehr als 3.500 Euro, die der Hamburger Krankenkassen-/Verbände bei rund 2.500 Euro.

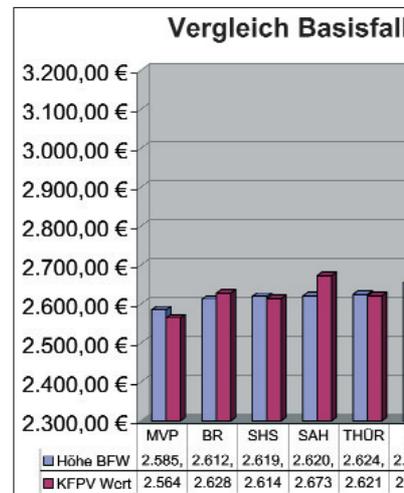
Nachdem die Verhandlungen zwischen den Vertragsparteien bereits am 11. Januar 2005 gescheitert waren, hat die HKG die Schiedsstelle angerufen. Im Schiedsstellenverfahren sind eine Vielzahl von offenen und streitigen Sachverhalten entschieden worden.

So konnte unter anderem keine Einigung über den Umfang der Sonder-/Zusatzentgelte erzielt werden, über die Fallzahlentwicklung gab es unterschiedli-

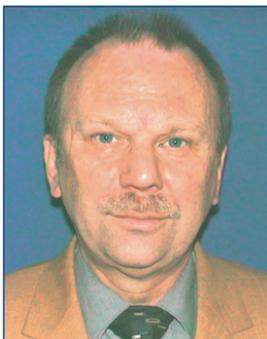
che Meinungen, aber auch das Thema Wirtschaftlichkeitsreserven wurde durch die Schiedsstelle behandelt und entschieden.

Aufgrund unklarer bzw. noch nicht vorhandener Datenlage ist in vielen Fällen festgelegt worden, dass es nach Abschluss der Einzelverhandlungen mit den Hamburger Krankenhäusern Korrekturen zu den jeweils betroffenen Positionen geben wird.

Offen war bei Redaktionschluss noch, ob nach einer vom Gesetz her vorgesehenen Genehmigung, bzw. Nichtgenehmigung durch die Behörde die HKG oder die Krankenkassen-/Verbände gegen die Entscheidung der Schiedsstelle vorgehen werden.



## Hohes Ausgangsniveau ließ keinen anderen Schiedsspruch zu



Herbert Korfmacher,  
VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

Die Verhandlungen bzw. Schiedsstellenverfahren sind noch nicht in allen Bundesländern abgeschlossen, aber die Grafik zeigt die bisherigen Ergebnisse: Hamburg liegt im bundesweiten Vergleich mit seiner Forderung und jetzt auch mit dem Schiedsstellenergebnis weit vorne.

Vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven wurden von der Schiedsstelle aus rechtlichen Gründen nicht berücksichtigt; obgleich die Kostenträger ausschließlich den medizinischen Teil

eingebraucht hatten. Warum müssen die Verwaltungskosten, der Wirtschaftsbedarf unter anderem in Hamburg wesentlich über den vergleichbaren Kosten der übrigen Bundesländer liegen? Das Ziel „gleiche Leistung = gleicher Preis“ ist nicht erreicht worden.

Auf einen von der Krankenhausgesellschaft prognostizierten Fallzahlrückgang 2005 dürfen wir gespannt sein. In der Vergangenheit ist die Fallzahl in

Hamburg nachweisbar kontinuierlich Jahr für Jahr angestiegen. Da diese Entwicklungskurve den Krankenhäusern ab 2005 zum Nachteil gereichen würde, werden andere Prognosen dargestellt und vertreten.

Die bis 2009 wirkende Anpassungs- (Konvergenz-) Phase wird für viele Hamburger Krankenhäuser besondere Anstrengungen bedeuten. Nach der Umsetzung des Schiedsstellenergebnisses in den Einzelverhandlungen mit den Hamburger Krankenhäusern und durch erforderliche Anpassungen in den nächsten Jahren an das „Bundesniveau“, wird sich zeigen, wer Gewinner und wer Verlierer der Systemumstellung ist.

Trotz all dieser Einschränkungen ist der Schiedsstelle kein Vorwurf zu machen. Das sich über Jahrzehnte hinweg manifestierte Ausgangsniveau war rechtliche Grundlage für die jetzige Entscheidung.

Insofern müssen alle Beteiligten derzeit mit dem Ergebnis zufrieden sein.

# Die Suche nach dem Kompromiss

Die Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflugesätze in Hamburg hat mit ihrer Entscheidung vom 25.4.2005 versucht, eine Brücke zwischen den unvereinbaren Positionen der Krankenkassen, der Hamburger Krankenhäuser und der Bundespolitik zu schlagen.

Der Vorsitzenden der Schiedsstelle, Frau Prof. Dr. Felix, muss Respekt gezollt werden. Bis zu ihrem Schiedsspruch hatten sich Krankenkassen und Krankenhäuser

die Köpfe heiß geredet über die Höhe eines möglichen Landesbasisfallwertes 2005 und waren am Ende – nach Austausch aller Argumente – noch nicht einmal näherungsweise zu einem Ergebnis gekommen. Nachdem das BGM – als dritter Partner im Bunde – nun auch noch seine Auffassung zu dem Thema bekannt gemacht hatte (die natürlich nicht mit den Positionen von Krankenhäusern und Krankenkassen kompatibel war), empfanden es die freigemeinnützigen Krankenhäuser als einen wirklichen Befreiungsschlag, dass es der Vorsitzenden der

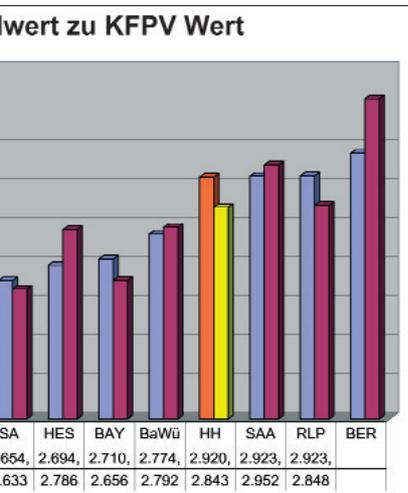
Schiedsstelle durch eine straffe Verhandlungsführung gelang, den Positionen-Dschungel zu lichten und zur klaren Festsetzung eines landesweiten Basisfallwertes für das Jahr 2005 zu kommen. Dass der gefundene

Landesbasisfallwert nach Kappung mit 2.920,41 Euro etwas unterhalb der Differenz zwischen Krankenhaus und Krankenkassenposition liegt, zeigt, dass die Schiedsstelle die Argumente der Kassenseite ernst genommen hat und bei der Entscheidung die Kostensituation im deutschen Gesundheitswesen vor Augen hatte.



Werner Koch, freigemeinnützige Krankenhäuser

Den freigemeinnützigen Krankenhäusern in Hamburg bringt der Schiedsspruch am Ende mehr Gerechtigkeit. Die leistungsfähigen und qualitätsorientierten Krankenhäuser der Freien sind ohne Ausnahme in der Lage, mit dem nun gefundenen Landesbasisfallwert ihre anerkannt guten medizinischen Leistungen zu erbringen. Dass die Krankenhäuser der Freien durch die gesetzlich festgelegte Konvergenzphase und die Kappung unwirtschaftliche Krankenhäuser in Hamburg mittragen, ist zwar ein Wermutstropfen, lässt sich aber unter dem Aspekt eines insgesamt solidarischen Gesundheitswesens für die Freie und Hansestadt Hamburg durchaus rechtfertigen. Geht es doch letztendlich nicht darum, den Preis für irgendein beliebiges Produkt festzulegen, sondern um eine leistungsgerechte Vergütung für die medizinischen Leistungen unserer Stadt.



## STICHWORT

# Landesbasisfallwert

**ZUM 1. JANUAR 2005** ist das 2. Fallpauschalenänderungsgesetz in Kraft getreten. Es sieht unter anderem die Vereinbarung eines landeseinheitlichen Basisfallwertes vor. Ziel ist es, nach Beendigung der so genannten Konvergenzphase (2009) gleiche Preise für gleiche Leistungen – zumindest im jeweiligen Bundesland – zu erreichen.

In einer Übergangszeit – der Konvergenzphase – werden die individuellen Basisfallwerte der Krankenhäuser im Lande an den landeseinheitlichen Basisfallwert „herangeführt“. Ab 2010 ist für alle Krankenhäuser im Lande der landesweite Basisfallwert verbindlich und bestimmt die Ausgaben des Krankenhauses (und der Krankenkassen).

Der für den Leistungsteil je Fallpauschale maßgebende so genannte Case-Mix-Index (CMI), der bundesweit einheitlich festgelegt ist und an die jeweils neuesten Erkenntnisse angepasst wird, bestimmt in Zusammenhang mit dem Basisfallwert den für die einzelne Leistung (Fallpauschale) zu zahlenden Betrag.

Das Verfahren gilt nicht für die Psychiatrie und beinhaltet außerdem noch eine Vielzahl von Ausnahmen wie etwa Sonderentgelte, Zusatzentgelte, Ausbildungskosten usw.

Für das künftige Preisniveau kommt dem Landesbasisfallwert somit eine immense Bedeutung zu. Dies gilt sowohl für die Krankenhaus- als auch für die Krankenkassenseite. Ausgangspunkt für die Bemessung des erstmaligen Wertes ist das für 2004 vereinbarte „Preisniveau“ (Budget).

Dabei sind jedoch eine Vielzahl von gesetzlichen Korrekturfaktoren zu berücksichtigen. Außerdem versuchen beide Parteien, jeweils für sich eine Vielzahl von Einflussfaktoren mit steigender bzw. senkender Wirkung geltend zu machen.

# Rettungsdienst

## Krankenkassen gewinnen auf der ganzen Linie

**Im Frühjahr 2004 begannen in Hamburg die Verhandlungen zwischen der Feuerwehr der Freien und Hansestadt Hamburg (FHH), den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) und der gesetzlichen Unfallversicherung. Zuvor war zum 11. Juni 2003 das Hamburgische Rettungsdienstgesetz geändert worden. Seitdem ist eine Verhandlungslösung an Stelle des bis dahin durchzuführenden Anhörungsverfahrens vorgesehen.**

**DIE VERHANDLUNGEN** führten zu keinem Ergebnis, so dass die Schiedsstelle entscheiden musste. Diese folgte am 1. März 2005 in nahezu allen wichtigen Punkten der Argumentation der für die Krankenkassen/-Verbände in Hamburg federführenden Landesvertretung.

Die Durchführung von Vergütungsvereinbarungen mit anschließender Schiedsamtsverhandlung bei Nichteinigung geht auf einen Vergleich aus dem Jahr 2000 zwischen der FHH und der GKV unter Federführung der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg zurück. 1999 hob der Senat die Gebühren von 533 DM auf 551 DM an. Die Stadt nahm die Gebührenverordnung jedoch nach erfolgter Klageandrohung der Krankenkassen/-Verbände wieder zurück. Die „zu viel gezahlten“ Gebühren wurden erstattet. Diese Rückzahlung und die Verhandlungslösung waren Inhalt des Vergleichs. Die bis zur Anhebung bestehende Gebühr in Höhe von 533 DM (272,50 Euro) hatte wieder Gültigkeit und besteht bis heute.

Diesen Zustand wollte die FHH nun beenden und verlangte in den Verhandlungen im Frühjahr 2004

eine drastische Anhebung der Gebühr auf fast 400 Euro, was ihr die Schiedsstelle mit der bloßen Zuerkennung der Grundlohnsommen für 2004 und 2005 auf die zwölf Jahre alte Pauschale verwehrt. Die sich hieraus ergebenden Beträge in Höhe von 273,59 Euro für den Rettungseinsatz und 74,40 Euro für den Krankentransport hat der Senat bislang noch nicht in einer Gebührenverordnung umgesetzt. Stattdessen hat die Feuerwehr vor dem Verwaltungsgericht gegen den Schiedsspruch geklagt.

Bis zu einer Entscheidung haben folgende Feststellungen Gültigkeit:

→ **Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 SGB V ist zu berücksichtigen**

Die Landesvertretung hat in ihrem Antrag für die Kostenträger deutlich gemacht, dass die GKV mit der Änderung des § 133 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vor dem „finanziellen Übergriff“ der Länder geschützt werden sollten. Entsprechend der Argumentation der Landesvertretung führt die Schiedsstelle aus: „Durch die Neufassung des § 133 SGB V ... ist eine Änderung der Rechtslage eingetreten.“ Wenn aber nach dem Landesrecht das Vereinbarungsprinzip gilt, so sieht das Sozialgesetzbuch vor, dass bei Abschluss der Verträge der darin verankerte Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten ist.

→ **Fehlfahrten gehen nicht zu Lasten der Gebührenschuldner**

Der Versuch der Feuerwehr, den Krankenkassen auch sämtliche Kosten, die durch Fehlfahrten entstehen, aufzuerlegen, scheiterte. Die Landesvertretung setzte sich hingegen vor der Schiedsstelle mit der Argumentation durch, dass die Fehlfahrten inklusive der auf sie entfallenden Vorhaltekosten aus den gebührenpflichtigen Gesamtkosten herauszurechnen sind, da die gebührenpflichtigen Benutzer einen Anspruch darauf haben, nur mit den Kosten belastet zu werden, die sich gerade durch die Erbringung der gebührenpflichtigen Leistung der Einrichtung ergeben. Kosten, die nicht von den Gebühren zahlenden Nutzern verursacht werden, dürfen dieser Gruppe nicht angelastet werden.



Erstmals gibt es in Hamburg eine Verhandlungslösung über die Vergütung der Rettungsfahrten.

## Vorsorgeuntersuchungen nicht vernachlässigen Praxisgebühr fällt nicht an

Für Vorsorgeuntersuchungen fällt keine Praxisgebühr an. Aber dadurch können viele Krankheiten verhindert bzw. bereits im Ansatz behandelt werden. Deshalb sollten Vorsorgeuntersuchungen keinesfalls vernachlässigt werden.

Leider sind die Vorsorgemaßnahmen nach Einführung der Praxisgebühr weniger geworden. Auch lassen manche Eltern ihre Kinder aus Kostengründen nicht mehr ausreichend impfen. Dabei werden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre ohnehin kostenfrei behandelt.

Seit der Gesundheitsreform vor rund eineinhalb Jahren müssen Versicherte beim ersten Arzt- und Zahnarztbesuch im Quartal zehn Euro Praxisgebühr entrichten. Weitere Arztbesuche sind dann ohne Praxisgebühr möglich, wenn eine Überweisung vorgelegt wird.

Diese Regelung gilt aber nicht für Vorsorgeuntersuchungen wie Früherkennung von Krebs, Schwangerschaftsvorsorge, den Gesundheits-Check-up, die Zahnvorsorge (ins Heft eintragen lassen, wichtig für spätere Zuzahlungen beim Zahnersatz!) und Schutzimpfungen.

Die Vorsorgeuntersuchung beschränkt sich dabei nicht auf die direkte körperliche Untersuchung durch den Arzt, sondern umfasst auch notwendige Röntgendiagnostik oder Laboruntersuchungen. Ein Informationsgespräch mit dem Arzt und die anschließende Beratung sind weitere Teile der Vorsorgeuntersuchung, die nicht praxisgebührenpflichtig ist.

Die Ersatzkassen haben umfangreiche Tabellen darüber, welche Vorsorgeuntersuchungen kostenfrei gewährt werden. In den Geschäftsstellen der Ersatzkassen kann man sich darüber informieren.

### KURZ GEMELDET

- Mit den Hamburger Krankenhausträgern Landesbetrieb Krankenhäuser, UKE und dem Amalie-Sieveling-Krankenhaus wurden mit Wirkung ab 1. April 2005 neue Preisregelungen nach § 129a SGB V getroffen. Damit ist die Versorgung der Ersatzkassenversicherten bei ambulanter Behandlung im Krankenhaus weiterhin sichergestellt. Die Preise liegen unter denen der öffentlichen Apotheken.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) hat versucht, mit den Krankenkassen über den Maßstab der Verteilung der Vergütung an Arztgruppen und Ärzte Einvernehmen herzustellen. Über den seit 1. April 05 anzuwendenden Verteilungsmaßstab konnte keine Einigung erzielt werden. Das Landesschiedsamt ist gefordert und wird über die Höhe des Verteilungspunktwertes zu entscheiden haben.
- Die Krankenkassenverbände in Hamburg haben im Rahmen der Umsetzung der Frühförderverordnung nach dem SGB IX mit der Stadt Hamburg und den Leistungsanbietern und ihren Verbänden eine Landesrahmenempfehlung verabschiedet. Die Verwaltungsvereinbarung über die Kostenteilung in der Frühförderung und die ersten Vereinbarungen mit den Leistungsanbietern stehen hingegen noch aus.
- In Hamburg steht die Errichtung einer stationären Einrichtung im Bereich der neurologischen und orthopädischen Rehabilitation am Altener Kinderkrankenhaus bevor. In einem „Letter of Intent“ wird die Absicht des Abschlusses eines Versorgungsvertrages bis zum Ende des Jahres erklärt. Weiterhin beabsichtigt die Endo-Klinik, eine stationäre muskuloskeletale Rehabilitation in Hamburg zu errichten. Die Inbetriebnahme ist aber nicht vor dem Jahr 2008 zu erwarten.
- Die Ersatzkassen in Hamburg haben sich mit der KZV Hamburg auf eine neue Vergütungsvereinbarung geeinigt. Sie sieht die basiswirksame Weitergabe der Grundlohnsummenentwicklung in Höhe von 0,38 Prozent erst ab 1. März 2005 vor. Außerdem konnte erreicht werden, dass sowohl das Budget als auch der Punktwert für die kieferorthopädische Behandlung nur um die Hälfte der Grundlohnsummenentwicklung angehoben wird.

## DER HAMMER DES MONATS

# Fusion: Aus zwei mach eins – Nicht in Hamburg!

Die – neue – Facharztklinik Hamburg wurde zum 1. Juni 2005 aufgrund einer Fusion zwischen den Krankenhäusern Beim Andreasbrunnen und Michaelis-Krankenhaus in den Krankenhausplan Hamburg aufgenommen. Ein Feststellungsbescheid der Behörde liegt rechtskräftig vor.

Die beiden – bisherigen – Krankenhäuser gehen aber unverdrossen davon aus, dass ihr Versorgungsvertrag weiterhin besteht, und dies nur deshalb, weil die Hamburger Krankenkassen/-Verbände keine Möglichkeit hatten, die Versorgungsverträge zu kündigen.

Ob es dennoch ein gutes Ende gibt? Die Schiedsstelle soll es mal wieder richten. Auf den Ausgang des Verfahrens darf man gespannt sein.

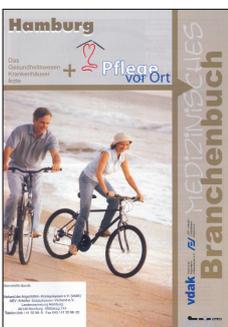
## BÜCHER



### „...denn auch hier sind Götter – Wellness, Fitness und Spiritualität“

Willigis Jäger, Christoph Quarch, Herder-Verlag, Freiburg, 2004, 141 Seiten, 8,90 €.

Das Buch ist ein Muss für alle, die sich mit Prävention beschäftigen. Zeigt es doch, dass Präventionskurse zu Bewegung, Stress, Ernährung etc. vertan sind, wenn sie nur konsumiert werden und an der Oberfläche bleiben. Wird dagegen eine tiefere Schicht, die Spiritualität erreicht, dann geschieht Heilung nicht nur etwa im Rücken oder der Muskulatur, sondern auf allen Ebenen, und auch die Seele wird „satt“.



### Medizinisches Branchenbuch

Broschüre, 64 Seiten, kostenfrei zu bestellen über Rütger und Dietrich Verlags-GmbH, Habichtsweg 7, 45894 Gelsenkirchen, Telefon 0209/3 81 01, Fax 0209/37 07 58, E-Mail: RundD@der-mediziner.de.

Die Broschüre, herausgegeben mit der Unterstützung der VdAK/AEV-Landesvertretung, enthält, nach Postleitzahlen geordnet,

die Anschriften und Telefonnummern von Ärzten, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Krankentransportunternehmen, Apotheken und Sanitätshäusern.

Außerdem ist ein Leitfaden rund um die Pflege veröffentlicht. In einem kleinen redaktionellen Teil finden sich aktuelle Informationen aus dem Gesundheitsbereich.



### Gesundheitssport mit Auszeichnung

Programm der Hamburger Turn- und Sportvereine, 12 Seiten, kostenlos zu beziehen über den Verband für Turnen und Freizeit e. V., Schäferkampsallee 1, 20357 Hamburg, Telefon 040/41 908-239, Fax 040/41908-284, E-Mail: beigel@vtf-hamburg.de und in den Geschäftsstellen der Ersatzkassen in Hamburg.

Das Heft, das zusammen mit den Ersatzkassen erstellt wurde, enthält alle Präventionskurse, die von Hamburger Sportvereinen angeboten werden. Die Kurse, die von den Ersatzkassen gefördert werden, sind gesondert gekennzeichnet. Außerdem werden allgemeine Informationen zum Gesundheitssport gegeben.

#### 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  
Verantwortlich: Günter Ploß · Redaktion: Vera Kahnert