

# ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE NACHGEFRAGT Bundestagskandidaten zu aktuellen Gesundheitsthemen | NACHGEBESSERT Neue Ausschreibung für Grippe-Impfstoff | NACHGERECHNET Entscheidung im Honorarstreit

## HAMBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2013

### MARKT

## Ersatzkassen bauen Führung aus

GRAFIK: vdek



Die Ersatzkassen sind auch 2013 die mit Abstand stärkste Kassenart in Hamburg. Die Zahl der Versicherten stieg im Vorjahresvergleich um rund 2,6 Prozent auf 802.248. Mehr als 20.130 Versicherte wurden vor allem durch eigenes Wachstum hinzugewonnen. Der Marktanteil liegt nun bei über 54 Prozent. Damit ist jeder zweite gesetzlich versicherte Hamburger bei einer der sechs Ersatzkassen versichert. Die anderen Kassenarten, etwa die AOK und die BKK, folgen mit deutlichem Abstand. Wie stark der Aufwind für die Ersatzkassen ist und war, zeigt sich auch im Fünfjahresvergleich: Von 2008 bis 2013 legte die Zahl der Versicherten in der Hansestadt um rund 20,3 Prozent zu. Auch bundesweit sind die Ersatzkassen Marktführer mit rund 26 Millionen Versicherten, ihr Marktanteil hat sich gegenüber der AOK beständig vergrößert.

### BUNDESTAGSWAHL 2013

## Qualität der medizinischen Versorgung muss weiter steigen

Die Krankenkassen benötigen wieder die Entscheidungsgewalt über den Beitragssatz, fordern die Ersatzkassen vor der Wahl. Zusatzbeiträge und Prämien gehören abgeschafft. Außerdem wollen die Kassen gute Qualität belohnen und für schlechte nicht mehr zahlen müssen.

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Um es noch weiter zu verbessern, richten die Ersatzkassen vor der anstehenden Bundestagswahl gemeinsame Forderungen an die Politik. „Für unsere Versicherten wollen wir erreichen, dass die Qualität der medizinischen Versorgung steigt“, sagt Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg. „Für alle soll besser sichtbar werden, welche Therapie, welche Diagnostik, welches Medizinprodukt den Patienten wirklich etwas bringt – und nicht nur dem Arzt oder der Industrie.“ Außerdem im Fokus des vdek-Positionspapiers: Vorschläge für eine stabilere Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung und zur Stärkung der Selbstverwaltung.

In Hamburg – wie auch im übrigen Bundesgebiet – bleibt die Versorgung der Menschen heute immer noch unter ihren Möglichkeiten. Die „Baustellen“, die immer noch bestehen und die Umgestaltung blockieren, sind vielfältig: Nicht ausgeschöpftes Potenzial in der Vorbeugung von Krankheiten, zu wenige Schnittstellen

in der Zusammenarbeit von Krankenhäusern, Praxen und nicht-medizinischen Therapeuten sowie Über-, Unter-, und Fehlversorgung vereiteln den Fortschritt.

Damit die Qualität steigt, muss nach Ansicht der Ersatzkassen an verschiedenen Stellschrauben gedreht werden. Der medizinisch-technische Fortschritt soll einen Zusatznutzen haben, der für den Patienten relevant ist. Alle Leistungen und Produkte – auch die bereits im Markt befindlichen –, müssten daher einer Nutzenbewertung anhand therapeutisch relevanter Endpunkte unterzogen werden, damit für schlechte Qualität kein Geld verschwendet wird. Ob eine Leistung oder ein Arzneimittel einen Nutzen hat, soll daran gemessen werden, ob es beispielsweise positive Auswirkungen auf die Entwicklung der Sterblichkeit, der Krankheitslast oder der Lebensqualität hat.

### Kein Raum für Produkte und Leistungen von minderer Qualität

Neue Medikamente oder Prothesen ohne Zusatznutzen beispielsweise schaden den Versicherten und strapazieren das



### Selbst verwaltet, besser gestaltet!

FOTO vdek



von  
**KATHRIN HERBST**  
Leiterin der  
vdek-Landesvertretung  
Hamburg

Welche Parteien am 22. September feiern können, ist noch offen. Auf die Sieger kommen in jedem Fall große Herausforderungen im Gesundheitswesen zu. Damit gute Medizin für alle bezahlbar bleibt, muss die gemeinsame Selbstverwaltung gestärkt werden. Die Haltung der Politik ist aber gespalten. Einerseits überträgt sie der Selbstverwaltung neue Aufgaben. Andererseits schränkt sie deren Handlungsfreiheit ein und äußert Unmut, wenn sich Vereinbarungen verzögern, etwa bei Honorarkonflikten. Es stehen sich nun mal Partner mit unterschiedlichen Interessen gegenüber, da ist nicht alles harmlos. Dies ist aber kein Grund, die Selbstverwaltung infrage zu stellen. Wir wollen kein privatwirtschaftliches System wie in den USA, in dem viele Menschen von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind. Und auch keines wie in Großbritannien, in dem die medizinische Versorgung von der Haushaltslage des Staats abhängt. Der deutsche Weg ist ein demokratischer Mittelweg. Der Staat setzt den Rahmen, Kassen, Ärzte und Kliniken handeln konkrete Beschlüsse aus, die tragfähig und zukunftsfest sind. Ziel ist die optimale medizinische Versorgung der Versicherten. Das hat den sozialen Frieden gesichert und den Wirtschaftsstandort gestärkt. Davon hat auch Hamburg profitiert. Diese Erfolgsgeschichte muss fortgeschrieben werden.



System finanziell. Viele Innovationsangebote erweisen sich bei genauem Hinsehen als „Schein-Innovationen“ und müssen viel zu teuer bezahlt werden. Um der Verschwendung künftig einen Riegel vorzuschieben, soll das zuständige Gremium in der gesetzlichen Krankenversicherung – der Gemeinsame Bundesausschuss – rechtlich in die Lage versetzt werden, in begründeten Fällen bei einfacher Mehrheit Leistungen aus dem Versorgungskatalog auszuschließen. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die solidarisch von allen Versicherten finanziert wird, darf keinen Raum für Leistungen und Produkte von zweifelhaftem Nutzen und minderer Qualität bieten.

Von der neuen Bundesregierung fordern die Ersatzkassen außerdem eine einschneidende Veränderung bei der Finanzierung. Die Kassen wollen ihre Beitragssätze wieder individuell festlegen. „Der einheitliche, staatlich festgesetzte Beitragssatz, Zusatzbeiträge und Prämien, haben sich aus Sicht der Ersatzkassen nicht bewährt“, sagt Kathrin Herbst, vdek-Landesvertretungsleiterin. Mithilfe eines kassenindividuellen, einkommensabhängigen Beitragssatzes kann die Finanzierung der gesetzlichen Krankenkassen feiner justiert werden. Diskussionen um Rücklagen und Fondsüberschüsse wären überflüssig, weil die Beitragserhebung passgenauer und bedarfsgerechter erfolgen könnte. Zusatzbeiträge und Prämien würden entfallen.

#### Geriatrer sollen ältere Patienten in Kliniken mitbehandeln

Eine Rückkehr zu kassenindividuellen Beitragssätzen erfordert nicht notwendigerweise ein Abkehr vom Gesundheitsfonds. Mit der Festlegung eines allgemeinen Basisbeitragssatzes, den alle Kassen in gleicher Höhe an den Gesundheitsfonds abzuführen haben und der unterjährig angepasst werden kann, lässt sich die Finanzierung der GKV auch weiterhin über den Gesundheitsfonds abwickeln. Dieser verteilt die eingegangenen Beiträge und



FOTO Alexander Ratis – Fotolia.com

**FORDERUNG DER ERSATZKASSEN:** Die Versorgung, hier Fachärztin beim Gespräch mit älterer Patientin, soll stärker auf die Bedürfnisse der „alternden“ Gesellschaft ausgerichtet werden

Steuermittel über den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich an die Kassen.

Unabdingbar ist für die Ersatzkassen auch die Stärkung der Selbstverwaltung. „Der Handlungsspielraum der Selbstverwaltung darf nicht weiter eingeschränkt werden“, fordert die Hamburger vdek-Chefin Kathrin Herbst. „Auch künftig müssen die Verwaltungsräte eigenständig über die Zusammensetzung ihrer Gremien entscheiden können.“

Bei der Finanzierung der GKV haben sich die Lasten in den letzten Jahren deutlich zu Ungunsten der Versicherten verschoben, da der Arbeitgeberanteil am Beitragsaufkommen „eingefroren“ wurde. Arbeitgeber und Versicherte sollten sich jedoch zu gleichen Teilen an der Finanzierung beteiligen. Die umfassende Versorgung im Krankheitsfall ist eine elementare Leistung, die zur Wiederherstellung der Arbeitskraft beiträgt. Von daher sollte es auch ein zentrales Anliegen der Arbeitgeber sein, ihre Verantwortung für ein leistungsfähiges Versorgungssystem zu übernehmen.

Deutlichen Handlungsbedarf sehen die Ersatzkassen des weiteren in der Struktur der Versorgung. Sie schlagen vor, die Versorgung künftig stärker auf die Bedürfnisse der „alternden“ Gesellschaft auszurichten. So sollte es im Krankenhaus zum Standard werden, dass ältere Menschen durch Geriatrer mitbehandelt werden. Zudem müssten geriatrische Institutsambulanzen an der Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung dazu beitragen, die Versorgungsqualität älterer Patienten zu verbessern. ■

# Hamburger Kandidaten zur Gesundheitspolitik

**Nachgefragt: Was halten die Politiker von den gesundheitspolitischen Positionen der Ersatzkassen? Wir haben die Hamburger Spitzenkandidaten der Parteien mit unseren Standpunkten konfrontiert.**

**D**er Bundestagswahlkampf läuft auf Hochtouren. In der Hansestadt kämpfen 19 Frauen und 29 Männer auf den Landeslisten der bereits im Bundestag vertretenen Parteien darum, am 22. September möglichst viele Wählerstimmen auf sich zu vereinen. In Hamburg wie im Bund zählte die Gesundheitspolitik bislang nicht zu den meistdiskutierten Themen. Zu Unrecht, denn die umfassende Absicherung von Krankheitsrisiken ist ein nicht zu unterschätzender gesellschaftlicher Stabilitätsfaktor, der den sozialen Frieden stützt. Die umfassende soziale Sicherung ist und war ein Standortvorteil, auch für die Hansestadt, und hat maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beigetragen. Für die Zukunft gilt es, Antworten zu finden auf die zentralen Herausforderungen, die sich auch in einem Stadtstaat wie Hamburg stellen: die steigende Lebenserwartung, die sich verändernde Altersstruktur der Bevölkerung, der Geburtenrückgang und die sich daraus ergebenden Veränderungen der medizinischen Versorgung.

## DIE FRAGEN ZUR WAHL

1. Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, den Beitragssatz wieder kassenindividuell festzulegen. Unterstützen Sie dies?
2. Alle Leistungen und Produkte, die derzeit und künftig von der GKV finanziert werden, sind auf ihren Nutzen hin zu prüfen. Ist dieser zweifelhaft, sollen die Angebote einfacher als bisher aus dem Leistungskatalog gestrichen werden können. Stimmen Sie dieser Position zu?
3. Die Hamburger sind im Schnitt jünger und gesünder als andere Deutsche. Gleichzeitig hat die Stadt eine gute Gesundheitsversorgung. Diese gilt es zu erhalten, ohne eine massive Überversorgung aufzubauen. Bereits heute ist Überversorgung verbreitet, etwa bei der Zahl der Ärzte oder der Klinik-OPs. Wie sollte der Überversorgung begegnet werden?

## SPD

### Aydan Özoğuz, Spitzenkandidatin der Hamburger SPD



AYDAN ÖZOGUZ  
stv. Bundesvorsitzende  
der SPD, seit 2009 MdB

1. Ja. Die SPD setzt sich für die Bürgerversicherung ein. Ihre Finanzierung setzt sich aus drei Beitragssäulen zusammen: Bürgerbeitrag, Arbeitgeberbeitrag und Steuerbeitrag. Der Bürgerbeitrag wird auf diejenigen Einkommensanteile erhoben, welche sich aus selbständiger und unselbständiger Tätigkeit ergeben. Die Beitragsbemessungsgrenze wird entsprechend dem heutigen Niveau beibehalten und entsprechend dem hergebrachten Verfahren fortgeschrieben. Die Krankenkassen setzen den Bürgerbeitragssatz kassenindividuell selbstständig fest. Zusatz- und Sonderbeiträge werden abgeschafft.

2. Ziel der Nutzenbewertung durch den G-BA muss es sein, dass für echte Innovationen, die für die Patientinnen und Patienten einen zusätzlichen Nutzen stiften, auch angemessen hohe Preise gezahlt werden. Im Gegenzug müssen aber auch zweifelhafte Leistungen ohne zusätzlichen Nutzen aus dem Leistungskatalog entfernt werden und Scheininnovationen zu entsprechend niedrigen Preisen auf den

Markt kommen. Falls die Rahmenbedingungen hier nachjustiert werden müssen, wird die SPD im Interesse der Patientinnen und Patienten, aber auch der Hersteller und der GKV, schnell handeln.

3. Eine der wichtigsten Aufgaben, die wir in Zukunft zu lösen haben, ist die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung. Dazu müssen wir die Niederlassung in strukturschwachen Regionen und in den Problemgebieten der Ballungsräume attraktiver machen. Eine gleichmäßigere Verteilung der Angebote wird aber nicht möglich sein, ohne die Überversorgung in den Städten abzubauen. Die schwarz-gelbe Koalition hat hierbei kläglich versagt. Patientinnen und Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass Entscheidungen von Ärztinnen und Ärzten allein auf medizinischen Gründen beruhen. Sie sind der Gefahr ausgesetzt, dass aus ökonomischen Erwägungen heraus unnötig operiert wird. Die SPD fordert deshalb u.a. einen verbindlichen Anspruch der Versicherten auf eine Zweitmeinung vor jeder planbaren Operation.

CDU

### Marcus Weinberg, Spitzenkandidat der Hamburger CDU



FOTO: Gundula Stein

MARCUS WEINBERG  
Lehrer, seit 2005 MdB

**1** Nein. Es sollte beim einheitlichen Beitragssatz bleiben. Kassen, die ihre Ausgaben damit nicht decken können, müssen Zusatzbeiträge erheben. Sollte eine Kasse die Einnahmen nicht zur Deckung der Ausgaben benötigen, kann sie dieses Volumen als Prämie an ihre Mitglieder zurückgeben. So erhalten die Kassen einen Teil ihrer Beitragsautonomie zurück, die sie durch den Gesundheitsfonds verloren haben. Dabei soll niemand überfordert werden – deshalb gibt es einen Sozialausgleich und die Möglichkeit, aus einer Kasse mit hohen Zusatzbeiträgen jederzeit in eine günstigere Kasse zu wechseln. Der Sozialausgleich erfolgt aus Steuermitteln. Damit wird der Solidarausgleich nicht länger ausschließlich zu Lasten der gesetzlich Versicherten ausgetragen.

**2** Ja, dem stimme ich zu. Für Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren Nutzen noch nicht hinreichend belegt ist, die jedoch das Potenzial einer erforderlichen Behandlungsalternative erkennen lassen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) Richtlinien zur Erprobung beschließen. Diese Möglichkeit haben wir mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz neu geschaffen. Wir haben bewusst vorgesehen, dass eine Beteiligung der Industrie angemessen sein muss. Sollten sich in der Praxis bei der Ausgestaltung der Vorschrift durch den G-BA Probleme ergeben, werden wir die gesetzliche Regelung entsprechend nachbessern.

**3** Wir müssen hier deutlich flexibler werden und starre Vorschriften überprüfen. Da wurde mit dem Versorgungsgesetz schon einiges getan. Ein Arzt muss z.B. nicht mehr an dem Ort wohnen, an dem er praktiziert. Natürlich spielt auch die Vergütung eine Rolle, ist aber nur ein Punkt unter vielen. Künftig wird es vielleicht eine Praxis vor Ort geben, in der an unterschiedlichen Tagen der Woche unterschiedliche Fachärzte praktizieren – womöglich Mediziner, die in Ballungszentren leben und in die Nachbarregionen pendeln, um zu behandeln.

DIE GRÜNEN

### Anja Hajduk, Spitzenkandidatin der Hamburger Grünen



FOTO: malke/mfotografie

ANJA HAJDUK  
ehemalige Umweltsenatorin, von 2002 bis 2008 MdB

**1** Ja, die Krankenkassen sollen ihre Beitragsautonomie zurück erhalten. Die Festlegung eines Einheitsbeitrags durch die Bundesregierung hat sich als völlig verfehlt erwiesen. Ist der Einheitsbeitrag zu hoch, entstehen unnötige Überschüsse. Ist er zu niedrig, werden die Versicherten zu pauschalen Zusatzbeiträgen herangezogen.

**2** Grundsätzlich ja. Patienten/innen müssen sich darauf verlassen können, dass Therapien und Produkte tatsächlich zu ihrem Wohlergehen beitragen. Allerdings wird man solche Nutzenbewertungen erst einmal nur für neue und besonders häufig verordnete Leistungen durchführen können. Denn diese Bewertungen sind – wenn sie zuverlässig sein sollen – aufwändig und brauchen Zeit.

**3** Obwohl Hamburg insgesamt in vielen Bereichen der Versorgung eine hohe Anzahl von Ärzten/innen hat, gibt der Begriff Überversorgung die Situation nur unzureichend wieder. Gerade sozial schwache Stadtteile haben mit einem Mangel an Kinderärzten/innen und Allgemeinmediziner/innen zu kämpfen. In wohlhabenderen Stadtteilen ballen sich dagegen die Arztsitze. Dass Fachärzte/innen eher in wohlhabenden Stadtgebieten praktizieren, hat viel mit der Trennung von GKV und PKV zu tun. Für die Behandlung von Privatversicherten gibt es höhere Honorare. Mit einer Bürgerversicherung würde dieser massive Fehlanreiz beseitigt. Die heute zur Verfügung stehende Honorarsumme bliebe erhalten, würde aber gerechter auf die Ärzte/innen verteilt. Bei der Vergütung der Kliniken wird man künftig mehr auf Qualität statt auf Quantität setzen müssen. Eine bessere Versorgung und auch eine bessere Vorbereitung der Patienten/innen auf die Zeit nach dem Klinikaufenthalt sollten sich auch in der Höhe der Vergütungen niederschlagen, die eine Klinik von den Kassen erhält. Damit würden die heutigen Mengenanreize, die zu unnötigen OPs führen, durch Qualitätsanreize ersetzt.

FDP

## Burkhard Müller-Sönksen, Spitzenkandidat der Hamburger FDP

FOTO EKH Raff



BURKHARD MÜLLER-SÖNKSEN,  
Anwalt, seit 2005 MdB

1. Die FDP will einen funktionierenden Wettbewerb der Krankenkassen. Dafür brauchen wir mehr Wahlfreiheit für die Versicherten und wieder mehr Beitragsautonomie für die Krankenkassen.

2. Zu Recht erwartet die Solidargemeinschaft einer Krankenversicherung, dass Leistungen und Produkte aus dem Leistungskatalog dem Patientennutzen dienen. Der Gesetzgeber betont im SGB V ausdrücklich: „Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.“ Angesichts des immensen zeitlichen, bürokratischen und nicht zuletzt finanziellen Aufwands und einer unzureichenden Studienlage erscheint es aber fraglich, ob eine nachträgliche Überprüfung sämtlicher derzeitigen Leistungen mit vertretbarem Aufwand geleistet werden kann.

3. Die FDP hat mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wichtige Maßnahmen ergriffen, damit auch in Zukunft eine gute und flächendeckende, am Bedarf orientierte, ärztliche Versorgung gewährleistet werden kann. Wir haben die notwendigen Anreize für Ärztinnen und Ärzte gesetzt, auch auf dem Land tätig zu werden. Gleichzeitig haben wir auch die Voraussetzungen für eine zielgenauere Bedarfsplanung geschaffen. Die FDP wird die Umsetzung der Neuregelungen durch die Selbstverwaltung weiter beobachten und gegebenenfalls nachsteuern. Im stationären Bereich brauchen wir eine Reform, die auch eine Antwort auf die dynamische stationäre Leistungsentwicklung gibt. Studien zeigen, dass rund ein Drittel der Mengentwicklung durch die Demografie bedingt ist. Ein weiterer Teil ist dem medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt geschuldet. Das erklärt den Anstieg aber nicht vollständig. Um auf gesicherter Basis handeln zu können, haben wir die Selbstverwaltungspartner beauftragt, einen gemeinsamen Forschungsauftrag zu vergeben. Dieser soll auch Alternativen zur Berücksichtigung zusätzlicher Leistungen beim Basisfallwert prüfen und die finanziellen Auswirkungen bewerten.

DIE LINKEN

## Jan van Aken, Spitzenkandidat der Hamburger Linken

FOTO Karin Demanowitz



JAN VAN AKEN  
Diplom-Biologe, stv.  
Bundesvorsitzender  
der Partei Die Linke

1. Der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen über unterschiedliche Beitragssätze wird zu den gleichen Problemen führen wie aktuell die Zusatzbeiträge. Um diese zu vermeiden, gehen Krankenkassen zu einer restriktiven Leistungsabwicklung über. Die Linke stellt sich gegen marktradikale Mechanismen im Gesundheitswesen. Statt Wettbewerb und Privatisierung müssen Solidarität und Parität Leitgedanken der sozialen Sicherungssysteme und vor allem des Gesundheitssystems sein. Ein einheitlicher Beitragssatz in einem gerechten und solidarischen System wie der solidarischen Bürgerinnen- und Bürgerversicherung ist die Voraussetzung, um die Einnahmen langfristig zu stabilisieren und eine hochwertige Gesundheitsversorgung für alle Menschen sicher zu stellen.

2. Die Linke sieht einen enormen Fortschritt darin, dass Arzneimittel und Methoden einer Nutzenbewertung unterzogen werden, bevor und damit sie in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen werden. Alle Leistungen und Produkte, die einen evidenten Nutzen besitzen, müssen Teil des Leistungskatalogs der GKV sein. Damit stehen diese Leistungen allen Versicherten im Falle der medizinischen Notwendigkeit zur Verfügung. Andersherum müssen Leistungen oder Arzneimittel ohne nachgewiesenen Nutzen aus dem Katalog gestrichen werden.

3. Die ärztliche Versorgung in ländlichen Bereichen, aber auch in sozialen Brennpunkten, ist ein wichtiges Ziel linker Gesundheitspolitik. Es muss endlich sektorenübergreifend geplant und versorgt werden. Alle Gesundheitsberufe müssen einbezogen werden. Die Ermittlung des Bedarfs muss auf eine wissenschaftliche Basis gestellt und kleinräumig organisiert werden. Die Linksfraktion im Bundestag hat in ihrem Antrag „Wirksamere Bedarfsplanung zur Sicherung einer wohnortnahen und bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung“ einen umfangreichen Maßnahmenkatalog vorgelegt, um die ärztliche Versorgung zu sichern.

# Geldsegen nach dem Gießkannen-Prinzip

Im Honorarkonflikt hat das Schiedsamt entschieden: Die Ärzte erhalten einen Hamburg-Zuschlag und damit einen höheren Punktwert als Ärzte in allen anderen Regionen Deutschlands. Damit fließt das Geld nach dem Gießkannen-Prinzip, statt gezielt zur Verbesserung der Patientenversorgung eingesetzt zu werden.

Nach langen und schwierigen Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung Hamburg (KVH) über die Arzthonorare hat das Landesschiedsamt unter Vorsitz eines neutralen Schlichters den Konflikt beendet und die Honorare vereinbart. Die Ärzte in der Hansestadt erhalten eine Vergütungssteigerung in Höhe von insgesamt gut 38 Millionen Euro. Damit zahlen die Kassen rund fünf Prozent mehr Honorar als im Vorjahr. Dies bedeutet: Jeder niedergelassene Mediziner oder Psychotherapeut bekommt im Durchschnitt fast 10.000 Euro mehr pro Jahr.

Das deutliche Honorarplus ergibt sich zu 0,9 Prozent aus den Empfehlungen der Bundesebene, weitere knapp 2,1 Prozent kommen als „Hamburg-Zuschlag“ zusätzlich hinzu. Mit diesem Zuschlag auf den Punktwert möchte das Schiedsamt die aus seiner Sicht besondere Kostensituation in der Hansestadt berücksichtigen. Der Punktwert ist der Euro-Betrag für eine Leistungseinheit in den Gebührenordnungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

Vor allem den Zuschlag sieht der vdek kritisch. Davon profitieren diejenigen Arztgruppen am meisten, deren Umsätze auch bisher schon am höchsten waren, etwa Radiologen oder Laborärzte. Arztgruppen mit bislang niedrigeren Umsätzen, zum Beispiel Hausärzte, gewinnen weniger stark hinzu. „Der Zuschlag führt dazu, dass diese Mittel mit der Gießkanne über alle Ärzte verteilt werden“, kritisiert Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung. „Das

Geld sollte besser in konkrete Versorgungsverbesserungen für die Patienten fließen. Genau das wird mit dem Zuschlag allerdings nicht erreicht.“

Der budgetierte Teil der Vergütung wird zudem laut der neuen Vereinbarung um weitere 2,2 Prozent angehoben. Daneben fließen die Mittel vor allem in eine Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung sowie in die geriatrische und palliativmedizinische Versorgung und die Versorgung von Kindern mit chronischen Krankheiten.

Hinzu kommen strukturelle Veränderungen in der Vergütung. Wurden psychotherapeutische Behandlungen sowie Haus- und Heimbefuche bislang innerhalb des Budgets bezahlt, erfolgt künftig eine extrabudgetäre Vergütung. Die Krankenkassen stellen damit sicher, dass jede einzelne abgerechnete Leistung in voller Höhe vergütet wird – ohne Mengengrenzung, wie sie innerhalb des Budgets besteht.

Noch vor Beginn der ersten Verhandlungsrunde hatte die KVH ihre Mitglieder im Oktober 2012 zu einer Protestveranstaltung eingeladen, die von Praxisschließungen begleitet war. Zwei weitere Protestveranstaltungen im Februar und Juni 2013 folgten. „Dass Ärzte für eine bessere Vergütung streiten, ist legitim“, kommentiert Kathrin Herbst. „Wir hätten uns aber gewünscht, diesen Streit am Verhandlungstisch mit Sachargumenten auszutragen und nicht auf dem Rücken der Patienten, die an diesen Tagen vor verschlossenen Praxen standen.“ ■

## Einigung bei Zahnarzt-Honoraren



FOTO: BARNER/GEK

Größere Umwälzungen sind im Gesundheitswesen eher selten. Doch bei der Systematik, wie Zahnarzhonorare berechnet werden, gab es 2013 Neuerungen in einer Dimension, die zumindest in anderen Vergütungsbereichen wie dem Krankenhaus oder bei den Ärzten so nicht zu beobachten waren. Bedeutendste Veränderung: Es trat die sogenannte „Nivellierung“ in Kraft. Sie bewirkt, dass alle Kassen für die gleiche Leistung eines Zahnarztes den gleichen Betrag zahlen. Aus historischen Gründen hatten die Ersatzkassen jahrelang höhere Beiträge als andere Kassen entrichtet. Diese Änderung umzusetzen war keine ganz leichte Aufgabe: Dazu mussten alle Kassenarten, die eigene Verträge mit den Zahnärzten geschlossen haben, zusammenkommen und sich gemeinsam mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung auf eine Basis verständigen. Außerdem wurde für den vdek der Honorarbezug von Mitgliedern auf Versicherte umgestellt. Um so erfreulicher, dass sowohl bundesweit als auch in Hamburg diese Änderungen relativ problemlos von der Selbstverwaltung vollzogen wurden. Auf der neuen Basis haben die Ersatzkassen die zahnärztliche Vergütung um knapp drei Prozent gesteigert und dabei besonderen Wert auf die zahnärztliche Prophylaxe gelegt.

## VERSORGUNG

## Verbesserte Ausschreibung für Grippe-Impfstoff

FOTO: Techniker Krankenkasse



IMPFUNG: Sicherheit im Mittelpunkt

**G**ut gelaufen ist sie nicht, die Versorgung mit Grippe-Impfstoff im vergangenen Winter. Die Lieferschwierigkeiten, die der Vertragspartner der Krankenkassen in Hamburg hatte, dürfen sich nicht wiederholen. Ziel war es deshalb, aus den Problemen zu lernen und dafür zu sorgen, dass es im Herbst und Winter 2013/2014 keine Engpässe mehr gibt.

Die Versorgungssicherheit der Hamburgerinnen und Hamburger steht für die Ersatzkassen dabei im Mittelpunkt. Um dies zu erreichen, haben die Kassen vor dem Hintergrund der langen Produktionszeiten für den Impfstoff noch frühzeitiger geplant als zuvor. Zunächst verhandelten die Krankenkassen/-verbände mit dem Landesapothekerverband über eine Festpreisregelung. Trotz der Bereitschaft zu Zugeständnissen von Seiten der Kassen gelang es nicht, sich zu einigen.

Daher starteten die Kassen im Januar erneut eine europaweite Ausschreibung, die deutlich detaillierter war als im Vorjahr. Sie enthält jetzt Vereinbarungen über Stichtage, an denen festgelegte Quoten des Bedarfs an Impfstoffen verfügbar sein müssen. Außerdem ist festgeschrieben, dass der Hersteller zu umfangreichen Informationen verpflichtet ist, etwa darüber, wie die Produktion fortschreitet und welche Mengen wann freigegeben werden. Sieger der Ausschreibung ist das Unternehmen Sanofi Pasteur MSD mit Deutschland-Sitz in Baden-Württemberg. Dort ist die Produktion des Impfstoffs für die kommende Saison inzwischen angelaufen – einen Monat eher als im Vorjahr.

Die Ständige Impfkommission beim Robert-Koch-Institut empfiehlt Risikopatienten, sich in den Monaten Oktober und November impfen zu lassen, um rechtzeitig vor Beginn der Grippeperiode, die typischerweise erst nach dem Jahreswechsel auftritt, geschützt zu sein. Zu den Risikopatienten zählt das Institut unter anderem chronisch Kranke, Ältere über 60 und Schwangere.

## KURZ GEFASST

### Ambulante Hospizförderung

Schwer kranken Patienten in der letzten Lebensphase die häusliche Geborgenheit zu erhalten: dies ist eines der Ziele der ambulanten Hospizförderung. Mehr als 520 ehrenamtliche Hospizhelfer haben im Jahr 2012 470 erwachsene Hamburger begleitet, die im Sterben lagen. Außerdem wurden 46 Kinder betreut. Für ihre Arbeit erhalten die 15 ambulanten Dienste in diesem Jahr rund 768 500 Euro von den Kassen. Die Summe stieg im Vorjahresvergleich um rund 128.300 Euro, das entspricht einem Plus von 20 Prozent.

### Klinisches Krebsregister

Jedes Jahr erkranken in Hamburg mehr als 10.000 Menschen an Krebs. Ein flächendeckendes klinisches Krebsregister soll künftig dabei helfen, die Versorgung von Krebspatienten weiter zu verbessern. Dazu unterzeichneten die Gesundheitsbehörde und die Kassen zusammen mit weiteren Akteuren eine Erklärung. Die Daten sollen dazu dienen, den Erfolg verschiedener Therapien zu messen, Schwachstellen zu erkennen und daraus Verbesserungsbedarf abzuleiten.

### Online-Datenbank für Präventionskurse

Präventionskurse werden ab Anfang 2014 bundesweit zentral und kassenübergreifend auf Qualität geprüft. Eine entsprechende Vereinbarung wurde unter anderem vom vdek, dem BKK Dachverband, der IKK classic und der Knappschaft geschlossen. In einer Datenbank, die alle geprüften und zertifizierten Kurse auflistet, können Versicherte die für sie passenden Kurse auswählen. Aus der Datenbank, die über die Websites der teilnehmenden Kassen aufgerufen werden kann, geht auch hervor, wann und wo der nächste Kurs stattfindet.

### Neuer Selbsthilfe-Leitfaden

Wer chronisch krank oder behindert ist und zusammen mit anderen Betroffenen eine Selbsthilfegruppe gründen möchte, hat meist viele Fragen. Wie werden Fördergelder vergeben? Welche Voraussetzungen sind zu beachten? Wie können Mittel effizient genutzt werden? Antworten darauf finden sich im neuen Leitfaden zur Selbsthilfeförderung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Leitfaden kann unter [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de) kostenlos heruntergeladen werden.

### Neuer Plan für ambulante Versorgung



FOTO beerkof – Fotolia.com

FOTO vdek

BESCHRÄNKT: Zulassung von Fachärzten

Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) hat im Einvernehmen mit den Ersatzkassen und den Landesverbänden der Krankenkassen auf der Basis der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie einen Plan für die ambulante Versorgung in der Hansestadt vorgelegt. Dieser bestimmt, wie viele Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sich in Hamburg niederlassen dürfen. Auch nach dem neuen Plan bleiben alle Arztgruppen in Hamburg zulassungsbeschränkt, mit Ausnahme der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen.

Kathrin Herbst, Leiterin der vdek-Landesvertretung Hamburg, konstatiert: „Der Bedarfsplan ist in guter Kooperation zwischen Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung entstanden. Auch die Tatsache, dass die Hansestadt in hohem Maße auch von Patienten aus umliegenden Bundesländern aufgesucht wird, ist berücksichtigt worden.“ Mit dem Plan ist eine wesentliche Voraussetzung geschaffen, um die Versorgung auch künftig auf einem sehr hohen Niveau zu halten. Dieter Bollmann, stellvertretender KVH-Vorsitzender, betonte: „Hamburg ist medizinisch hervorragend versorgt. Um dies auch in Zukunft zu gewährleisten, muss der Bedarfsplan kontinuierlich überprüft und gegebenenfalls zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten angepasst werden.“

### Im Kinderhospiz: Gärtnern für den guten Zweck



IM EINSATZ: Ute Engelmann, John Hufert und Claudia Straub (v.l.)

Beete pflegen, Hecke schneiden und Unkraut jäten für den guten Zweck: Für die Charity-Aktion zum 100. Geburtstag des vdek war Ende Mai 2013 eine Gruppe aus Mitarbeitern und Selbstverwaltern des Verbands und der Ersatzkassen im Kinderhospiz „Sternenbrücke“ im Einsatz. Mit ihrer Zeitspende halfen sie mit, den Erinnerungsgarten des Hamburger Hospizes zu verschönern. In diesem Garten neben dem Hauptgebäude des Hospizes sind zur Erinnerung an jedes in der Einrichtung verstorbene Kind Laternen mit dem jeweiligen Namen aufgestellt. An der Aktion beteiligt waren Ute Engelmann, die für die BARMER GEK in der Mitgliederversammlung des Verbands tätig ist, und John Hufert, Pressesprecher der TK-Landesvertretung Hamburg, sowie Claudia Straub, Referentin Ambulante Versorgung der vdek-Landesvertretung Hamburg. Die Charity-Aktion „100 Stunden für 100 Jahre“ des vdek in der Hansestadt hat mit dem Einsatz bei „Sternenbrücke“ ihren Abschluss gefunden. Bereits im September 2012 hatten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesvertretung und der Mitgliedskassen vor dem Hintergrund des runden Jubiläums Zeit gespendet.

### Neuer Landeschef der BARMER GEK



FOTO BARMER GEK

FRANK LIEDTKE, Landesgeschäftsführer BARMER GEK

Frank Liedtke ist neuer Landesgeschäftsführer der BARMER GEK in Hamburg. Er bekleidete zuvor Führungspositionen bei der AOK, bei den Betriebskrankenkassen und zuletzt bei der Techniker Krankenkasse. „Ich freue mich sehr auf meine neue Aufgabe. Die Hansestadt ist ein ganz besonderer Gesundheitsstandort mit Hochleistungsmedizin und ausgeprägter Versorgungslandschaft. Darin liegt Potenzial für innovative Ideen, die ich künftig intensiv mitgestalten möchte“, erklärte Liedtke. Als besonders bedeutsam stuft er ein Thema ein, das für Hamburg enorm wichtig ist: die zeitnahe Versorgung psychisch Kranker. „Vor allem die länger dauernden Arbeitsunfähigkeiten bei Depressionen in Hamburg deuten darauf hin, dass die richtige Versorgung zu spät beginnt. Hier werden wir weiter ansetzen und auch die präventiven Möglichkeiten verstärkt einbringen“, so Liedtke weiter.

### Herausgeber

Landesvertretung Hamburg des vdek  
Spaldingstraße 218, 20097 Hamburg  
Telefon 0 40 / 41 32 98-12  
Telefax 0 40 / 41 32 98-22  
E-Mail stefanie.kreiss@vdek.com  
Redaktion Stefanie Kreiss  
Verantwortlich Kathrin Herbst  
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH  
Gestaltung ressourcenmangel  
Grafik schön und middelhaufe  
ISSN-Nummer 2193-407X