

report hamburg

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Juni 2010

ersatzkassen

Wie gut sind Hamburgs Pflegeheime? Pflegernoten unter www.pflegelotse.de veröffentlicht

Eine der großen Neuerungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes ist die Verpflichtung zur jährlichen Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) sowie die verständliche, übersichtliche und vergleichbare Veröffentlichung der Prüfungsergebnisse. Eine Transparenz, die sowohl als Entscheidungshilfe für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen, als auch als mögliches Instrument für Wettbewerb um mehr Qualität durchweg positiv beurteilt wird.

Doch aller Anfang ist schwer, und der Teufel liegt im Detail. Basis der seit Dezember 2009 erfolgenden Veröffentlichung von Prüfungsergebnissen im Internet ist die zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Verbänden der Leistungserbringer auf Bundesebene geschlossene Pflege-Transparenzvereinbarung. Den ersten Veröffentlichungen sahen Fachleute und die informierte Öffentlichkeit gespannt entgegen. Neu, innovativ und ... leider noch nicht perfekt. Die Spanne der Reaktionen ist groß, sie reicht von Lob, über mehr oder weniger berechtigte Einzelkritik bis zu „getroffener Hund bellt“.

Das entwickelte System der Pflegernoten ist ein wirkungsvolles und auch in der jetzigen Form

In dieser Ausgabe:

- **Palliativ-Care-Teams**
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hamburg flächendeckend umgesetzt
- **Onkologievereinbarung**
Qualität für ambulante Versorgung von Krebspatienten sichergestellt
- **Landesbasisfallwert**
Basispreis für Behandlungen in Hamburgs Krankenhäusern festgelegt

noch nie da gewesenes Instrument zur Abbildung von Qualität. Eine unabhängige, wissenschaftliche Evaluation ist wichtig und bereits auf den Weg gebracht. Erkenntnisse daraus sollen für die Weiterentwicklung der Qualitätsprüfung und -veröffentlichung genutzt werden, denn das System ist von Anfang an als ein lernendes System konzipiert worden.

Wie ist die Lage in Hamburg?

Über die Hälfte der stationären Pflegeheime wurde zwischenzeitlich geprüft und die Ergebnisse veröf-

fentlich. Im Vorfeld der Veröffentlichung wurden von etwa einem Drittel der Einrichtungen Stellungnahmen zu einzelnen Punkten der Prüfungsergebnisse abgegeben und vom MDK Nord bewertet. In wenigen Einzelpunkten hat der MDK Nord daraufhin seine Bewertung im Transparenzbericht korrigiert.

Für Hamburg sind die Pflegenoten schon heute ein wirkungsvolles Instrument, das Fachleuten und Laien durchaus eine Vergleichbarkeit stationärer Pflegeeinrichtungen bietet. Die Erfahrung des ersten halben Jahres mit dem neuen Pflegenotenportal hat gezeigt: Pflegebedürftige, ihre Angehörigen und andere Interessierte hinterfragen durchaus das Zustandekommen der Pflegenoten und vergleichen diese mit eigenen Erfahrungen. Auch die Einrichtungen selbst erkennen aus dem Qualitätsprüfungsbericht und dem Transparenzbericht ihre Stärken und Schwächen und arbeiten im Nachgang zu der Prüfung gezielt an einer Verbesserung.

Bleibt nur die Frage, warum die Ergebnisse in Hamburg, wie auch in Schleswig-Holstein, wo auch der MDK Nord für die Prüfungen zuständig ist, schlechter sind als im Bundesdurchschnitt. Die Ergebnisse der Einrichtungen sind in sich konsistent, sie bilden das bekannte Spektrum der unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen realistisch ab. Nur warum soll das

in einigen anderen Bundesländern so ganz anders sein? Die Frage ist provokant. Sie muss aber beantwortet werden, um die Verbraucher nicht zu verunsichern, die erst im Wohnumfeld recherchieren und dann im Internet auf die unterschiedlichen Länderdurchschnitte stoßen.

Ein Bestandteil der Evaluation muss daher nicht nur das Prüfungsinstrument der Transparenzvereinbarung sein, sondern auch dessen Anwendung. Bisher konnte nicht schlüssig geklärt werden, wie es zu Länderdurchschnitten mit „sehr gut“ (zum Beispiel in Baden-Württemberg) kommt.

Und welche substanziellen Änderungen können die Transparenz verbessern?

Erste Überlegungen gehen in die Richtung einer stärkeren Gewichtung von Kriterien in wesentlichen pflegerischen Bereichen und einer Veränderung der Auswahl der Zufallsstichprobe. Somit wären pflegerische Mängel deutlicher in der Gesamtnote zu erkennen und es wäre sichergestellt, dass Risikogruppen mit besonderen und aufwendigen Pflegebedarfen auch berücksichtigt werden. Erstrebenswert ist dabei nicht Konsens um jeden Preis, aber eine breite Akzeptanz des Prüfungsinstruments bei allen Beteiligten ist wünschenswert.



Günter Ploß, Leiter vdek Landesvertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Plädoyer für Pflegenoten

Die Transparenzberichte bringen es an den Tag: Die unterschiedlichen Begutachtungsergebnisse beziehungsweise die Benotung von Pflegeeinrichtungen durch die Bewohner. Endlich werden aufgrund von 62 Detailfragen Daten erhoben und einrichtungsübergreifend verglichen. Hinzu kommen weitere 18 Fragen, die die Bewohner betreffen. Das Konzept für die Qualitätsprüfung gerät allerdings nunmehr von mehreren Seiten unter Feuer: Zum einen von Einrichtungen, die mit dem sie betreffenden Ergebnis nicht einverstanden sind. Das ist subjektiv nachvollziehbar, objektiv geht es doch aber gerade darum, einen Vergleich zwischen weißen und schwarzen Schafen zu ermöglichen. Zum anderen kommt auch Kritik von denjenigen, die nicht akzeptieren, dass der Fragebogen gemeinsam mit den Verbänden der Einrichtungsträger entwickelt worden ist. Andere unterstellen, dass die Prüfungen die Realität überhaupt nicht abbilden können.

Allen Kritikern sei gesagt: Nicht nur die Gesamtnote, sondern die Bewertung jeder einzelnen Frage zu den unterschiedlichen Leistungsbereichen ist entscheidend, um Qualität bemessen und Vergleiche ziehen zu können. Im Übrigen: Auch in den Schulen wird benotet und auch dort ist nicht nur die Abschlussnote entscheidend, sondern jede Einzelnote, die zu dem Gesamtergebnis führt.

Deshalb: Die Pflegenoten sind wichtig und es ist richtig, sie zu veröffentlichen und so auch den Diskurs über Qualität in Pflegeeinrichtungen voranzutreiben. Wer das nicht will, muss sich die Frage gefallen lassen, ob er sich in Wahrheit gegen Transparenz der Pflege wehrt. Im Interesse der Pflegebedürftigen und Bewohner von Heimen und auch im Interesse derjenigen Anbieter, die gute und sehr gute Qualität in ihren Einrichtungen bieten, muss an den Pflegenoten festgehalten und das System der Qualitätsprüfung und -veröffentlichung weiterentwickelt werden.

Hausarztzentrierte Versorgung – quo vadis?

„Krankenkassen haben ihren Versicherten eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten.“ So steht's im GKV-Wettbewerbs-Stärkungsgesetz (WSG), das am 1. 4. 2007 in Kraft getreten ist. Seitdem regelt Paragraph 73 b des SGB V die Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung neu. Krankenkassen sind demnach verpflichtet, Verträge zur hausärztlichen Versorgung abzuschließen. Aus Sicht des vdek widerspricht dies dem Wettbewerbsgedanken. Echten Wettbewerb zeichnet aus, dass Akteure Wahlmöglichkeiten in der Gestaltung ihrer Angebote haben. Eine Krankenkasse schließt einen Hausarztvertrag, wenn dies die Versorgung ihrer Versicherten verbessert. Sie wird einen solchen Vertrag nicht schließen, wenn sie keine Vorteile für ihre Versicherten erkennen kann.

Von dieser Grundidee des Wettbewerbs ist die Verpflichtung zum Abschluss von hausarztzentrierten Versorgungsverträgen weit entfernt, zumal mit der Verpflichtung, die Verträge mit dem Hausärzterverband abzuschließen, ein neues Monopol geschaffen wird.

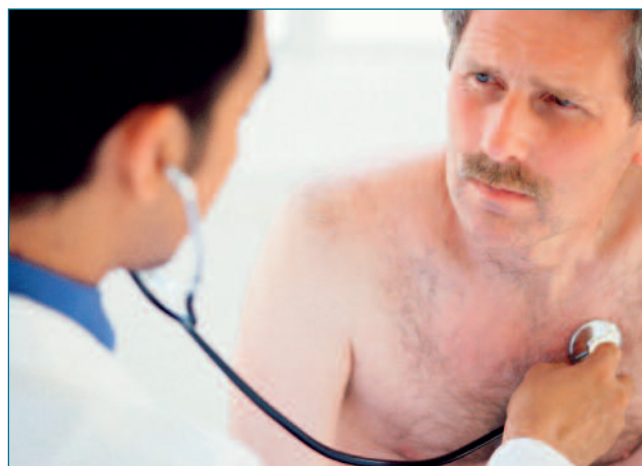
ZAHL DES QUARTALS

+ 15,1 %

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet:

Nach der zum ersten Januar 2009 in Kraft getretenen Honorarreform ist die Gesamtvergütung für die rund 150.000 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland im ersten Halbjahr 2009 bundesweit um 6,4 Prozent gegenüber 2008 gestiegen, in Hamburg sogar um 15,1 Prozent.

Es wird nicht der einzelne Hausarzt gestärkt, sondern einem Verband, der mindestens die Hälfte aller Hausärzte vertritt, wird eine privilegierte Stellung eingeräumt. Monopole dienen nicht dem Wettbewerb, sondern behindern ihn. Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), seit Jahren



Im Gespräch: Die hausärztliche Versorgung

kritisiert, hatte wenigstens einen Vorteil: Die KV hat zusätzliche öffentliche Aufgaben übertragen bekommen, wie zum Beispiel die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung landesweit zu organisieren. Diesen Sicherstellungsauftrag kann die KV nach dem neuen Gesetz nicht mehr wahrnehmen, da sie die Hausärzte nicht mehr steuern kann. Der einzige Vorteil, den das KV-Monopol für die Patientenversorgung hatte, geht verloren.

Der vdek und seine Mitglieds-kassen haben alles versucht, hier umzusteuern. Es ist jedoch nicht gelungen, die Politik in dieser Frage zu sensibilisieren. Die Techniker Krankenkasse (TK) und die hkk haben sich deshalb dazu entschlossen, den Unwägbarkeiten eines Schiedsverfahrens auszuweichen und stattdessen einen Vertrag mit den Hausärzten zu schließen. Auf diese Weise versucht die TK wenigstens noch einen kleinen Gestaltungsspielraum zugunsten ihrer Versicherten zu retten. Die anderen Ersatzkassen haben dem Hausärzterverband für Hamburg angeboten, die Verhandlungen zu starten. Auch damit wird das Ziel verfolgt, ein Verhandlungsergebnis zu erzielen und das von den Hausärzten betriebene Schiedsverfahren überflüssig werden zu lassen.

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in Hamburg flächendeckend umgesetzt

Im Juni 2009 titelte das Deutsche Ärzteblatt „Endlich gibt es Verträge – aber nicht unbedingt die richtigen“. Aufgezeigt wurde der lange Weg der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) von der Aufnahme in das Sozialgesetzbuch V zum 1. 4. 2007 über die Erarbeitung der notwendigen Grundlagen wie die entsprechende Richtlinie und die Bundesempfehlung bis zu koordinierten Vertragsverhandlungen und ersten Vertragsabschlüssen. Anlass für die kritische Berichterstattung war auch die Enttäuschung darüber, dass das für die Betroffenen so wichtige Vorhaben, deutschlandweit eine qualifizierte, ambulante Versorgung Todkranker aufzubauen, ins Stocken geraten war. Hamburg ist nun das erste Bundesland, in dem die Umsetzung tatsächlich flächendeckend geglückt ist.

Die SAPV in der Versorgungsform von Palliativ-Care-Teams (PCTs) auf dem Land umzusetzen, mag schwierig sein. Daher mag man in der Anfangsphase auch nach Übergangslösungen gesucht haben, wenn Ärzte und Pflegefachkräfte in der entsprechenden Weiterbildungsqualifikation nicht vorhanden waren. Doch Hamburg ist Großstadt. In Hamburg gab und gibt es eine große Anzahl von Pflege-

fachkräften mit Palliativ-Care-Weiterbildung und Palliativmedizinerinnen. Auch deshalb ist hier die weitere Entwicklung sehr positiv verlaufen. Es bestand von vornherein Einigkeit der Kassenverbände, gemeinsam zu verhandeln, denn die qualifizierte Versorgung sterbender Menschen darf kein Wettbewerbsfeld darstellen. Auch die Anbieter wollten die bestehende Vielfalt gewachsener Strukturen in dem neuen Handlungsfeld zusammenführen und in Verhandlungen mit der Kassenseite gemeinsam vertreten. Diese erforderliche Konsolidierung qualifizierter, erfahrener Vertragspartner hat wesentlich zu einer hamburgweiten Einigung beigetragen.

Der Ansatz, für die SAPV flächendeckend einen einheitlichen Vertrag zu verhandeln und sich über eine ebensolche flächendeckende Versorgungslandschaft zu einigen, bot sich an und konnte zwischen Ende 2008 und Herbst 2009 weitgehend umgesetzt werden. Dass die einzelnen Verträge erst im Frühjahr 2010 wirklich fertig waren, ist dem jeweiligen Teufel im Detail geschuldet: Änderungen von GbR-Verträgen, Vorlage von Weiterbildungsnachweisen, Nachweis von Berufserfahrung, Anerkennung von Qualifikationen und andere „Kleinigkeiten“.

DER KOMMENTAR

Und was heißt bedarfsgerechte Versorgung?



Kirsten Jüttner, Referatsleiterin Pflege, vdek Landesvertretung Hamburg

Die Krankenkassen schließen Verträge über die spezialisierte ambulante Palliativversorgung soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist. So steht es im Sozialgesetzbuch V; es scheint, der Gesetzgeber hat aus Überversorgungssituationen gelernt. Ein PCT je 250.000 Einwohner, eine Zahl, die der Fachliteratur entnommen werden kann. In Hamburg haben wir vorgebaut. Alle Anbieter und Kassenverbände waren am Verhandlungstisch vertreten und haben unter Berücksichtigung der gewachsenen Strukturen geplant. Bis auf die Bereiche Harburg und Bergedorf, die diese Einwohnerzahl zwar nicht erreichen und aufgrund ihrer geografischen Lage eine Sonderrolle spielen, wird diese Anhaltszahl in Hamburg überall eingehalten – Bedarfsplanung und Versorgungsdeckung.

Und nun? Ist SAPV nun ein closed-shop? Wer zur Stunde Null nicht vertreten war ist draußen? Nun, das müsste dann auch zum Beispiel für die ärztliche Versorgung gelten, denn auch dort gibt es einen Bedarfsplan und Niederlassungsbeschränkungen. Für das Erste sind wir optimistisch. Gegebenenfalls werden auch PCTs einem stetigen Wandel unterliegen und die beteiligten Vertragspartner wechseln.

Es ist zu früh, sich darüber schon den Kopf zu zerbrechen, während in anderen Regionen qualifizierte Leistungserbringer fehlen oder sich bunte Insellösungen nicht einmal für den Ansatz einer Planung eignen. Der Fokus liegt jetzt darauf, dass bis zu drei weitere Vertragspartner an den Start gehen und sich das PCT für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen konstituiert.

Parallel zu den laufenden Vertragsverhandlungen haben die ersten PCTs ihre Arbeit bereits aufgenommen. Seit Herbst arbeiten in Hamburg fünf Teams aus Pflegekräften und Ärzten auf Basis des Vertrags und decken den Bedarf eines Großteils der Stadt ab. Drei weitere PCTs in Harburg, in Bergedorf sowie im äußersten Westen sind in Vorbereitung. Daneben von besonderer Wichtigkeit ist der laufende Aufbau eines spezialisierten PCTs zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

In Hamburg hat sich die Auffassung durchgesetzt, dass sich einheitliche Verträge und gewachsene Versorgungsstrukturen nicht gegenseitig ausschließen, sondern hervorragend ergänzen. Erfahrene, qualifizierte Versorger haben sich auf eine strukturierte und durch die Bildung einer Unternehmung, zum Beispiel einer GbR, verbindliche Form der

Zusammenarbeit festlegen lassen. So wird die Versorgung für ganz Hamburg sichergestellt. Palliativpflegefachdienste haben auch vorher mit niedergelassenen Palliativmedizinerinnen in Schmerzambulanzen, onkologischen Schwerpunktpraxen und Einzelpraxen in hohem Maße kooperiert. Die Handlungsfähigkeit des PCTs soll durch die Mindestanzahl von drei Ärzten und vier Pflegefachkräften, alle mit Palliativ-Weiterbildung, gewährleistet sein. Vertragspartner auf der Seite der Pflege sind Pflegedienste, die den entsprechend qualifizierten Teil ihrer Pflegekräfte in das PCT einbringen. Nicht zuletzt handelt es sich bei der SAPV um eine Komplexleistung, die nicht in Form von Einzelleistungen für verschiedene Berufsgruppen zergliedert werden soll. Das PCT als Vertragspartner ist somit nicht nur konzentrierte Fachlichkeit sondern auch Zahlungsempfänger.

DIE PALLIATIV-CARE-TEAMS

PalliativPartner Hamburg GbR

Stresemannstr. 52, 22769 Hamburg

Tel.: 040-21116580

Fax: 040-211165828

Ärzte:

Dr. Claudia Wenzel

Dr. Wiebke Hollburg

Dr. Tiina Haatanen

Dr. Erik Engel

Dr. Sigrun Müller-Hagen

Dr. Ulrich Stein

Pflegedienste:

Palliativ- und Pflegedienst LichtBlick

Diakonie St. Pauli

Diakoniestation Elbgemeinden e. V.

PalliativCare Team Alster GbR

Robert-Koch-Straße 36, 20249 Hamburg

Tel.: 040-209882-70

Fax: 040-209882-79

Ärzte:

Dr. Christoph Lenzen

Dr. Claudia Reichel

Karen Blomkamp

Dr. Julia Klett

Pflegedienste:

Ambulanter Alten- und Hospizpflegedienst der ev. ref. Kirche

Hamburger Gesundheitshilfe gGmbH (HGH)

Hauspflegestation Barmbek-Uhlenhorst

DAS PALLIATIVTEAM

Wördemanns Weg 23, 22527 Hamburg

Tel.: 040-5487-2040

Fax: 040-5487-2049

Ärzte:

Dr. Maja Falckenberg

Dr. Karin Oltmann

Dr. Christine Dellbrügge

Pflege/Pflegedienste:

Diakonie-Klinikum Alten Eichen

DRK-Sozialstation Eimsbüttel-Nord gGmbH

DRK-Sozialstation Lokstedt/Stellingen gGmbH

PCT Ost

c/o AK Barmbek, Rübenkamp 220, 22291 Hamburg

Tel.: 040-209882-60

Fax: 040-209882-69

Ärzte:

Dr. Bastian Steinberg

Dr. Hans-Michael Köllner

Dr. Ulrich Müllerleile

Pflegedienst:

Hamburger Gesundheitshilfe gGmbH (HGH)

Palliativ Care Team Hamburger Norden

Timmweg 8, 22415 Hamburg

Tel.: 040-532866-37

Fax: 040-532866-29

Ärzte:

Dr. Marianne Claus

Ulrike Kunze

Dr. Stephan Merten

Pflege/Pflegedienste:

Sozial- und Diakoniestation Langenhorn e. V.

Diakoniezentrum Rahlstedt

Das Arzneimittel-Sparpaket ist geschnürt

Dass Arzneimittel ein entscheidender Faktor in der Entwicklung der Gesundheitskosten sind, ist schon lange unstrittig. Allein im ersten Quartal 2010 sind die Arzneimittelausgaben in Hamburg um 8,3 Prozent (bundesweit um 5,5 Prozent) gegenüber dem ersten Quartal 2009 gestiegen. Nun rückt eine Kostenbremse für Arzneimittel tatsächlich näher. Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) hatte sie angekündigt, das Kabinett hat Ende April die Eckpunkte für das geplante Arzneimittel-Sparpaket beschlossen und nun wird im Bundesministerium für Gesundheit der Gesetzentwurf für ein „GKV-Änderungsgesetz“ erarbeitet. Mit dem Gesetzesvorhaben will die Koalition die steigenden Medikamentenpreise für gesetzlich Krankenversicherte in den Griff bekommen.

Ab 1. August 2010 bis Ende 2013 sollen der Abschlag auf alle Arzneimittelpreise ohne Festbetrag von 6 auf 16 Prozent angehoben, ein Preismoratorium auf dem Niveau von August 2009 verhängt und Preisverhandlungen für neue Medikamente erzwungen werden. Experten gehen davon aus, dass mit dem Arznei-Sparpaket 500 Millionen Euro eingespart werden können. Der Schätzerkreis für die gesetzliche Krankenversicherung hat diese Einsparungen in seiner Prognose für das laufende Jahr bereits fest eingeplant. Sonst wäre das geschätzte Minus für 2010 von 3,1 Milliarden Euro noch höher ausgefallen. Auch wenn die Pharmaindustrie gegen diese Reform Sturm läuft, führt allen Insidern zufolge kein Weg daran vorbei.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach Paragraph 116 b SGB V

Während sich Krankenhäuser in anderen Bundesländern zunächst nur zögerlich der ambulanten Behandlung zugewandt haben, ging es bei den Hamburger Krankenhäusern deutlich schneller. Seit der Novellierung des Paragraphen 116 b SGB V vor drei Jahren hat sich in Hamburg einiges verändert. Die Öffnung der Klinikambulanzen mit hoch spezialisierten Leistungen für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen mit besonderen Verläufen fristet im Klinikbetrieb alles andere als nur ein Schattendasein.

Zurzeit verfügen 13 Krankenhäuser (von 32) über eine Zulassung für ambulante Leistungen beziehungsweise die ambulante Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen im Rahmen des novellierten Paragraphen. Vier Krankenhäuser betreiben jeweils eine entsprechende Ambulanz, vier Krankenhäuser sind für zwei bis vier Leistungen und Indikationen zugelassen und fünf Krankenhäuser

betreuen Patienten mit jeweils fünf und mehr Indikationen beziehungsweise Erkrankungen in ihren Ambulanzen.

Ob die Krankenhäuser nach der Zulassung auch die GBA-Richtlinien erfüllen, wird laufend geprüft. Insbesondere wird festgestellt, ob die vorgeschriebenen Mindestmengen eingehalten werden, denn diese garantieren vorrangig die Behandlungsqualität.

Anfangs fürchteten viele niedergelassene Fachärzte um ihre Existenz, sodass die KV Hamburg daraufhin gegen die Stadt Hamburg Klage eingereicht hatte. Mittlerweile ist es rund um die sogenannten Spezialambulanzen ruhig geworden. Ob dies darauf hindeutet, dass dieses neue Versorgungsangebot von den Patienten gut oder aber schlecht angenommen wird, ist nicht klar. Fest steht lediglich, dass die Krankenhäuser mit dem Paragraphen 116 SGB V eine neue Einnahmequelle gefunden haben.

Pflegestützpunkt: alle Neune

Ende April eröffnete der letzte der vorerst neun Pflegestützpunkte in Hamburg, wobei einer der neun seinen Schwerpunkt in der Beratung von pflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen bzw. ihren Eltern hat. In den Stützpunkten sind jeweils zwei Pflegeberater der Kassen und mit Ausnahme des

Schwerpunktstützpunktes ein Seniorenberater des jeweiligen Bezirks tätig. Bis Ende des Jahres werden das Beratungsgeschehen und die Inanspruchnahme der Pflegestützpunkte wissenschaftlich begleitet. Dann soll die Entscheidung über einen weiteren Auf- und Ausbau dieses Beratungsangebots fallen.

Hamburger Schiedsstelle setzt Landesbasisfallwert 2010 fest

Für Hamburg hat die Schiedsstelle für 2010 einen neuen Landesbasisfallwert festgelegt. Der alte Landesbasisfallwert in Höhe von 2.929,70 Euro wird durch den neuen Landesbasisfallwert in Höhe von 2.975 Euro ersetzt, was einer Steigerung von 1,62 Prozent inklusive der Anteile für Arbeitszeitverbesserung entspricht. Die Schiedsstelle hat darüber hinaus einige Grundsatzentscheidungen getroffen. Dies hat für die Vertragsparteien den Vorteil, dass nun klare Grundlagen für die Verhandlungen für 2011 festgelegt wurden. Mit der Einigung auf den neuen Landesbasisfallwert liegen Hamburgs Krankenhäuser mit ihren Preisen an sechster Stelle aller Bundesländer. Nur die Kliniken in Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Saarland und Rheinland-Pfalz sind teurer.

STICHWORT: LANDESBASISFALLWERT

Der Landesbasisfallwert ist der Basispreis für die Berechnung der einzelnen Fallpauschalen. Er wird in jedem Bundesland zwischen der Landeskrankenhausgesellschaft und den Krankenkassen vereinbart. Die Höhe der Kosten für die Behandlung eines stationären Falles, die sogenannte Fallpauschale oder auch Diagnosis Related Group (DRG) errechnet sich aus dem Basisfallwert und dem Relativgewicht der jeweiligen Diagnose. Die errechnete Fallpauschale ist der Preis, den das Krankenhaus von der Krankenkasse vergütet bekommt.

Onkologievereinbarung verbessert

Die qualitätsgesicherte Versorgung von Krebspatienten bei niedergelassenen Ärzten (beispielsweise nach einer Operation) konnte weiter verbessert werden. Ein großer Vorteil der Metropole Hamburg ist, dass nicht nur Internisten an der Versorgung teilnehmen, sondern auch Urologen und Gynäkologen. Damit können ein breites Spektrum der Nachsorge angeboten und Wiedereinbestellungen ins Krankenhaus vermieden werden. Höhere Qualitätsanforderungen sind definiert und mit Augenmaß umgesetzt worden. So wurden zum Beispiel Mindestfallzahlen je Arzt festgelegt, da bei entspre-

chender Routine und Erfahrung in geringerem Maße Fehler auftreten und die Qualität gesteigert wird. Die zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und dem Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenversicherung ausgehandelte Onkologievereinbarung wurde in Hamburg mit Bedacht umgesetzt und so erreicht, dass eine große Zahl an Fachärzten die höheren Qualitätsstandards erreichen kann. Betroffene Patienten können von „ihrem“ Arzt weiterbehandelt werden, zu dem sie bereits ein Vertrauensverhältnis aufgebaut haben.

KURZ GEMELDET

■ Neues Zuzahlungsinkasso im Krankenhaus nimmt Fahrt auf

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) wurde das Inkassoverfahren für die Zuzahlung gesetzlich Versicherter im Falle eines stationären Krankenhausaufenthaltes neu geregelt. Die Krankenhäuser sind nun verpflichtet, die Krankenzuzahlungen notfalls bis zur Zwangsvollstreckung einzuziehen.

Die vdek Landesvertretung hat mit der Hamburger Krankenhausgesellschaft zeitnah eine Rahmenvereinbarung zum Zahlungsinkasso abgeschlossen, um das Verfahren festzulegen. 30 von 32 betroffenen Krankenhäusern sind bereits an Bord gegangen und haben ihren Beitritt erklärt.

■ Praxisgebühr – jetzt wird's ernst

Für säumige Zahler der 10 Euro Praxisgebühr wird es jetzt ernst. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg befindet sich ein Verfahren in der Abstimmung, das bis zur gerichtlichen Zwangsvollstreckung geführt wird. Steht der Gerichtsvollzieher erst vor der Tür, ist aufgrund der zu tragenden Gerichtsgebühren nicht mehr nur 10 Euro sondern ein Vielfaches fällig. Der vdek rät den Versicherten, immer sofort die Praxisgebühr zu entrichten.

GURKE DES QUARTALS

Was tun, damit sich ausreichend Hausärzte auch auf dem Land und in nicht so attraktiven Stadtteilen niederlassen? Mit dieser wichtigen Zukunftsfrage beschäftigen sich mittlerweile fast alle, die im Gesundheitsbereich etwas zu sagen haben. Ausgerechnet von den Liberalen kommt ein ganz besonders kreativer Vorschlag: Bei ihrem letzten Bundesparteitag hat die FDP einen Leitantrag zur Gesundheitspolitik beschlossen, demzufolge niederlassungswillige Ärzte Umsatzgarantien in unterversorgten Regionen zugesagt werden sollen. Umsatzgarantien für Freiberufler – ist das das neue Marktverständnis der FDP? Das Äquivalent zur Umsatzgarantie des Freiberuflers ist der Mindestlohn für die Arbeitnehmer. Der Deutsche Gewerkschaftsbund fordert schon seit längerem einen Mindestlohn von 8,50 Euro. Diese Forderung hat die FDP immer als zu hoch und weltfremd zurückgewiesen. Welchen Mindestlohn hält die FDP wohl für einen Freiberufler für angemessen? Warten wir gespannt ab, wie die FDP die marktwirtschaftlichen Elemente für das Gesundheitswesen neu deutet, stärkt und weiterentwickelt.

IN EIGENER SACHE

Kathrin Herbst übernimmt Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des vdek in Hamburg



Kathrin Herbst, vdek
Landesvertretung Hamburg

Seit 1. April hat die Landesvertretung Hamburg eine neue Ansprechpartnerin für Medienvertreter. Kathrin Herbst (49) leitet das Referat Grundsatzzfragen, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in der Spaldingstraße. Sie übernimmt die Nachfolge von Vera Kahnert, die eine andere Aufgabe im vdek übernommen hat.

Kathrin Herbst verfügt über umfangreiche Erfahrungen in der Gesundheitswirtschaft. Sie war zuvor fast drei Jahre gemeinsam mit Maren Puttfarcken Leiterin der Unternehmenskommunikation des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, davor Pressesprecherin der medizinischen Gesellschaften der Evangelischen Stiftung Alsterdorf und stellvertretende Pressesprecherin des LBK Hamburg.

BÜCHER

Unsere Sozialversicherung Wissenswertes speziell für junge Leute



Deutsche Rentenversicherung Bund,
210 Seiten, 2009

Wann wurde die gesetzliche Rentenversicherung eingeführt? Welche Vorsorgeuntersuchungen übernimmt die gesetzliche Krankversicherung? Welche Aufgaben haben Sozialgerichte? Nicht nur junge Leute und Berufseinsteiger tun sich schwer mit diesen Themen. Dabei hat die Sozialversicherung an Bedeutung für den Einzelnen gewonnen. Mit diesem Buch gibt die Deutsche Rentenversicherung Bund einen gut lesbaren Überblick über die Sozialversicherung in Deutschland, von einem Rückblick auf Frühzeit und Mittelalter, über die Erklärung des Versichertenkontos bis hin zu einem Praxisbeispiel aus der Sozialgerichtsbarkeit. Fachbegriffe und Abkürzungen werden in einem Extrakapitel erklärt und mithilfe des Sachverzeichnisses können Themen gezielt nachgeschlagen werden.

Kostenlose Bestellungen:

0800 1000 4800 (kostenloses Servicetelefon)

Per E-Mail: info@deutsche-rentenversicherung.de

www.deutsche-rentenversicherung.de



„Warum ist Mama traurig?“

Ein Vorlesebuch für Kinder im
Alter von zwei bis fünf Jahren

Susanne Wunderer, Mabuseverlag, 2010, Mit einem
Ratgeberteil am Ende des Buches, 40 Seiten, 9,90 Euro

Eines Tages kann Mama nicht mehr aufhören, traurig zu sein. Lilli weiß nicht, was los ist. Sie bekommt große Angst. Glücklicherweise erkennt die Oma von Lillis Freund Paul, dass Lillis Mama krank ist und Hilfe braucht. Mit ansprechenden Zeichnungen erklärt das Bilderbuch auf eine kindgerechte Art, was eine Depression ist und wer helfen kann. Das Buch kann dazu beitragen, die Sprachlosigkeit bei betroffenen Familien zu überwinden.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Hamburg des vdek

Spaldingstraße 218 · 20097 Hamburg

Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22

E-Mail: LV_Hamburg@vdek.de

Redaktion: Kathrin Herbst · Verantwortlich: Günter Ploß