

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE INTERVIEW mit Gesundheitsministerin Anita Tack | HERZKLAPPENCHIRURGIE Bekenntnis notwendig
PALLIATIVVERSORGUNG Gut aufgestellt | RHEUMAVERSORGUNG Ersatzkassen setzen auf fachliche Kompetenz

BRANDENBURG

VERBAND DER ERSATZKASSEN · JULI 2013

ÄRZTEHONORAR

Schade ... Schiedsamt

Es nützt nichts. Trotz Presseerklärungen der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zum Behandlungsbedarf der Brandenburger Bürger, zu Spitzeneinnahmen der Brandenburger Hausärzte – leider nicht aller Fachärzte, zu den jeweiligen Verhandlungsangeboten, zu Schiedsamts-Interna, zu einem „Notstandshonorarverteilungsmaßstab“ und letztlich sogar zum Morbi-RSA bildet ein Beschluss auf der Bundesebene den Rahmen für die Umsetzung der Honorarvereinbarungen 2013 auf der Landesebene. Dieser Rahmen wurde von den Partnern der Selbstverwaltung im Bewertungsausschuss Ärzte gesetzt. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Eindeutig – und auch schon von einem Schiedsamt bestätigt – geht es in 2013 nicht um eine „Korrektur von Fehleinschätzungen“ in der Vergangenheit. Ausschließlich die Anknüpfung an den Behandlungsbedarf des Vorjahres ist gesetzlich möglich. Der Beschluss bedeutet, dass ein zusätzliches Volumen von max. 250 Mio. Euro für alle Vertragsärzte bundesweit – nicht für Brandenburg allein – zur Verfügung gestellt wird. Hoffentlich wissen das die Brandenburger Vertragsärzte auch.

KRANKENHAUSPLANUNG

Viel Veränderung, damit alles bleibt wie es ist?

„Alle 52 Krankenhäuser mit ihren 62 Standorten bleiben erhalten.“ Das ist die Botschaft der im Juni 2013 abgeschlossenen Krankenhausplanung 2014-2018 im Land Brandenburg.

Das war auch die ministerielle Vorgabe im Oktober 2011 zum Startschuss für die Fortschreibung des 3. Krankenhausplans mit einem Planungshorizont bis Ende 2018.

Also bleibt alles beim Alten? Fast zwei Jahre Planungsprozess, um am Ausgangspunkt zu stehen? Um es vorweg zu nehmen: Ja, tatsächlich ändert sich – abgesehen vom Aufbau weiterer Kapazitäten – zunächst nichts. Und nein, weil das Ergebnis im Detail richtige Ansätze für eine Weiterentwicklung enthält.

Brandenburg erlebt gravierende demographische Entwicklungen. Die Bevölkerung insgesamt ist rückläufig. Der Anteil der alten Menschen und Hochbetagten nimmt massiv zu. Die Jugend wandert ab. Der Trend trifft einige Regionen stärker, andere weniger.

In Berlin fernen Regionen zeichnen sich teils dramatische demographische Veränderungen ab, die bekanntlich Auswirkungen auf alle Lebensbereiche haben, u. a. den öffentlichen Nahverkehr, das Bildungs-/Kulturangebot, den Einzelhandel, den Dienstleistungssektor, das Angebot an medizinischer und

pflegerischer Versorgung und auch die Krankenhausplanung als Teil der Daseinsvorsorge.

Seit Oktober 2011 hat das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) also gemeinsam mit Vertretern der unmittelbar Beteiligten – der Landeskrankengesellschaft und den Krankenkassenverbänden – die Fortschreibung des Krankenhausplans diskutiert.

Dies geschah in einer begleitenden Arbeitsgruppe sehr ausführlich mit Daten und Argumenten offen und transparent – allerdings mit einem noch unzureichenden Ergebnis:

- Alle Krankenhausstandorte bleiben erhalten.
- Die Bettenzahl wird um 70 auf 15.129 erhöht.
- Zusätzlich werden tagesklinische Plätze, insbesondere in der Geriatrie und der Psychiatrie, um 277 auf 1345 Plätze aufgestockt.
- Das geriatrische Angebot wird um über 50 Prozent ausgeweitet.
- An zu vielen Standorten werden orthopädische Leistungen erbracht.



KOMMENTAR

Der erste Schritt ist getan – er ist noch zu klein

FOTO vdek



von
GABRIELA LEYH
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Diese Fortschreibung offenbart, dass die Krankenhausplanung mit den klassischen Instrumenten aufgrund demographischer Entwicklungen und veränderten rechtlichen und finanzierungstechnischer Rahmenbedingungen an Grenzen stößt. Positiv hervorzuheben ist, dass diese Erkenntnis an verschiedenen Stellen – wenn auch zurückhaltend – Raum greift. Dies betrifft den künftigen Einbezug der Qualität und die Frage eines sektorenübergreifenden Planansatzes. Beides können Mittel sein, die Krankenhausplanung weiter zu entwickeln. Flankiert werden muss dies auf gesetzlicher Ebene, um in den Budgetverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen nicht die Defizite einer heute allorts gepriesenen Rahmenplanung konfliktbelastet ausgleichen zu müssen. Angesichts des Fachkräftemangels ist eine Konzentration von Leistungen mit klar formuliertem Versorgungsauftrag zwingend erforderlich. In einem Bundesland, in dem Demographie und unbesetzte Arztstellen in Krankenhäusern und Praxen zu den Tagesthemen zählen, muss die Krankenhausplanung Wege für zukunftsfähige Krankenhäuser, für Aus- und Weiterbildung, zur Förderung von Kooperationen und für eine hohe Qualität ebnen. Alles andere ist nicht im Sinne der Bevölkerung, weder als Patient, noch als Beitragszahler.



Der Aufbau der Geriatrie und Psychiatrie sowie die Auswahl der Krankenhäuser deuten auf die Sicherung von Standorten hin. Wie die Krankenhäuser es allerdings schaffen werden, zusätzliches Fachpersonal dauerhaft hierfür zu gewinnen, bleibt offen. Andere Fragen hingegen nicht:

Zwangsläufige Folgen

Wie werden Krankenhäuser, die infolge abnehmender Bevölkerung nicht die Fallzahlen erreichen, um dauerhaft wirtschaftlich zu arbeiten, Fachkräfte an sich binden? Vermutlich werden sie jede stationäre Einweisung begrüßen und eher nicht streng nach Gesetz die Notwendigkeit eines Krankenhausaufenthaltes prüfen.

Wie wird sich die zuspitzende Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern auswirken? Potente Krankenhäuser erschließen, den Mechanismen der Marktwirtschaft folgend, das Potenzial an

»Die starre Krankenhausplanung muss künftig wesentlich flexibler werden!«

Fachkräften. Sie dominieren damit das Leistungsgeschehen in der Region und gestalten dieses nach dem Grundsatz der Gewinnoptimierung.

Die alten Instrumente der Krankenhausplanung sind angesichts derartiger Rahmenbedingungen überholt; sie gelten aber leider im Zweifel noch vor Gericht.

Wie soll es nun weiter gehen?

Einige positive Aspekte aus dem Krankenhausplan lassen den Optimisten dennoch hoffen, denn neben dem transparenten Planungsverfahren enthält der Krankenhausplan leise Töne der Veränderungsbereitschaft:

- Das Bekenntnis zu „historisch gewachsenen Strukturen“ beschreibt einen überholten Zustand in der



FOTO Vileij – Fotolia.com

jetzigen Krankenhauslandschaft, der nicht zeitgemäß ist.

- Die bereits im letzten Plan eingeführte Orientierung der Normauslastung an der Verweildauer im Fachgebiet wird den erforderlichen Kapazitäten am ehesten gerecht und verhindert unnötige Bettenzuwächse. Die in früheren Krankenhausplänen festgelegte Auslastung von 85 Prozent mit „stiller Reserve“ von 15 Prozent gehört damit auch in Brandenburg zur Geschichte.
- Es finden sich Ansätze für die Qualität als Grundlage der Planung. Das wirkt sich zunächst bei der Etablierung der Geriatrie aus, da bei den Budgetverhandlungen die Strukturvoraussetzungen nachzuweisen sind. Auch die Aufnahme eines sektorenübergreifenden Planansatzes ist neu und begrüßenswert.
- Die Gewährung von Sicherstellungszuschlägen setzt die Feststellung einer wirtschaftlichen Gefährdung der Betriebseinheit im Ganzen voraus. Zusätzliche Beitragsgelder müssen nicht zur Verfügung gestellt werden, sofern das betreffende Krankenhaus aus seinen Einnahmen Defizite der betreffenden Fachabteilung kompensieren kann.

Insgesamt hat die Bewertung der kritischen und positiven Aspekte dieser 3. Fortschreibung des Krankenhausplanes mit einem Planungshorizont bis zum Jahr 2018 dazu geführt, dass die Krankenkassenverbände ihr Einvernehmen nicht erklärt haben. Das ändert allerdings nichts daran, dass der Krankenhausplan mit Veröffentlichung in Kraft tritt. ■

Was haben Sie erreicht, Frau Ministerin?

2013 übernahm Brandenburg für ein Jahr den Vorsitz der Gesundheitsministerkonferenz (GMK). Die Beschlüsse der 83. GMK aus dem Jahr 2010 waren ausschlaggebend für das Versorgungsstrukturgesetz, das anfangs auch als Landarztgesetz gepriesen wurde.

vdek Frau Ministerin Tack, Sie sind bekannt dafür, auch Unpopuläres auszusprechen. So haben Sie – anders als Ihre Kolleginnen – das Versorgungsstrukturgesetz als unzureichend kritisiert. Wie fällt Ihre Zwischenbilanz aus?

Anita Tack Das Versorgungsstrukturgesetz wird dem Anspruch nicht gerecht, den Erhalt einer flächendeckenden, qualitativ hochwertigen gesundheitlichen Versorgung gerade in ländlichen Regionen zu erleichtern. Meine Einschätzung hat sich nicht verändert.

vdek Die Gesundheitsminister zeigen bei ihren Beschlüssen seit 2010 eine Einigkeit wie nie zuvor. Was kann Brandenburg von anderen Bundesländern in die Versorgung übertragen? Was können andere Bundesländer von Brandenburg lernen?

Anita Tack Die Bundesländer zeigen Einigkeit, weil sie im Gesundheitsbereich Verantwortung für die Daseinsvorsorge in der gesundheitlichen Versorgung tragen. Brandenburg ist ein Flächenland. Daher haben wir uns besonders in der Entwicklung funktionierender Netzwerke in der Gesundheitswirtschaft engagiert, z.B. in der Telemedizin. Die Telemedizin sollte verstärkt in die gesundheitliche Regelversorgung Einzug halten, um die Reichweite ärztlichen Handelns wesentlich zu erhöhen, was besonders in den ländlichen Regionen wichtig wird. Bundesweit einzigartig ist unsere Kooperation mit Berlin im länderübergreifenden Ansatz des Masterplans Berlin-Brandenburg. Wir schauen natürlich nach den Aktivitäten

der anderen Bundesländer, insbesondere nach allen Maßnahmen, die die hausarztzentrierte Versorgung fördern.

vdek Zahlen belegen, dass Ihre Aussagen über die Zukunft der hausärztlichen Einzelpraxen in der Fläche zutreffen. Welche Möglichkeiten sehen Sie zeitnah, um eine wohnortnahe Versorgung aufrecht zu erhalten und gleichzeitig alle Krankenhausstandorte zu erhalten? Woher kommen die Fachkräfte?

Anita Tack Die Krankenhäuser sind der Anker der gesundheitlichen Versorgung im Flächenland Brandenburg und zur Sicherstellung einer wohnortnahen Versorgung unverzichtbar. Genau aus diesem Grund haben wir mit dem neuen Krankenhausplan den Rahmen dafür geschaffen, dass keiner der bestehenden Krankenhausstandorte aufgegeben werden muss. Hierauf können wir uns selbstverständlich nicht ausruhen – die demografische und medizinische Entwicklung schreitet weiter voran.

Auf der Basis einer stabilen stationären Versorgung müssen neue Wege für sektoren- und fachübergreifende Versorgungsformen beschritten werden. Um die vorhandenen Ressourcen künftig noch besser zu nutzen, ist die Kooperation und Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Sektoren auszubauen, sondern auch zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten und zwischen verschiedenen Berufsgruppen und Versorgungsbereichen. Es gilt, endlich das starre Denken in Sektoren und



FOTO Simone Reinhold

ANITA TACK Ministerin für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

Versorgungsbereichen zu überwinden, um den heute insgesamt guten Versorgungsstandard aufrecht zu erhalten. Besonders wichtig ist die Primärversorgung, d.h. die hausärztliche Versorgung.

Von Landesseite aus sind wir engagiert, mit Ausbildungsgängen und Angeboten in den Hochschulen und den Schulen für Gesundheitsberufe, ein umfassendes Spektrum abzusichern und damit vor allem den Brandenburger Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit einer wohnortnahen Ausbildung mit dem Ziel eines späteren wohnortnahen Einsatzes zu bieten.

Gute Strukturen in der Versorgung machen die Gesundheitsberufe attraktiv. Ein ganz entscheidender Faktor für die Gewinnung von Fachkräften sind auch attraktive, insbesondere familienfreundliche Arbeitsbedingungen. Hierzu gehören beispielsweise variable Arbeitszeitmodelle, flexible Angebote zur Kinderbetreuung und eine Kultur der Anerkennung von Leistung und Engagement. Im Land Brandenburg gibt es bereits vielversprechende und ausbaufähige Ansätze, um familienfreundliche Arbeitsbedingungen als Standortvorteil für die Fachkräftegewinnung zu nutzen. ■

Brandenburg braucht ein Bekenntnis zu seinen Herzzentren

Für Menschen, die aus Altersgründen oder schwerwiegenden Begleiterkrankungen bislang nicht am offenen Herzen operiert werden konnten, kann als Alternative die Operationstechnik „TAVI“ ein Segen sein.

Wer würde sich nicht wünschen, auf eine notwendige Operation am offenen Herzen zu Gunsten eines weniger belastenden Eingriffs zu verzichten? Vermutlich jeder Patient, der auf eine neue Herzklappe angewiesen ist und das minimalinvasive Verfahren „TAVI“ (Transkatheter-Aortenklappenimplantation) von seinem Arzt empfohlen bekommt.

Da es sich offenbar um ein lukratives Geschäft handelt, schicken sich eine Reihe von Krankenhäusern an, in diesen Markt vorzustoßen. Ein Beispiel in Brandenburg ist das Ernst-von-Bergmann Klinikum in Potsdam. Zur Durchsetzung seiner Position hatte das Krankenhaus die Schiedsstelle bemüht und eine Entscheidung erreichen können, die den minimal-

Zeitpunkt ganz begründet nur angezeigt ist, wenn auf Grund des Allgemeinzustandes des Patienten von einer Öffnung des Brustkorbs für die Implantation einer Herzklappe abgesehen werden muss.

Gesicherte Daten über die Langzeitwirkung und Haltbarkeit gibt es noch nicht. Ergänzend schreiben die Fachgesellschaften allerdings vor, dass neben der notwendigen OP-Technik (ein Hybrid-Operationssaal) auch ein komplettes herzchirurgisches Team zur Verfügung stehen muss.

Es ist daher dringend geboten, dass diese Operationen derzeit nur an Krankenhäusern erbracht werden, die neben den kardiologischen Voraussetzungen auch über eine Herzchirurgie verfügen. So kann gewährleistet werden, dass bei Bedarf unmittelbar ein eingespieltes herzchirurgisches Team die Operation übernimmt.

Qualität durch Konzentration stärken

In Brandenburg sind diese Voraussetzungen an zwei Herzzentren in Cottbus und Bernau gegeben. Beide Standorte haben ausreichend Kapazität, um die planbaren Operationen für jeden Brandenburger Bürger, für den die Indikation gestellt wird, auch weiterhin zu erbringen. Die Krankenhausplanung hat sich für diese beiden Standorte als ausgewiesene Herzzentren entschieden und dafür die notwendigen Investitionsmittel aus dem Steueraufkommen der Bürger zur Verfügung gestellt.

Die Ersatzkassen haben sich in den Budgetverhandlungen, aber auch mit einer zusätzlichen, mit der Ärzteschaft

abgestimmten Qualitätsvereinbarung früh dafür eingesetzt, diese Leistung an den herzchirurgischen Standorten zu konzentrieren.

Krankenkassen intervenieren

Gemeinsam mit allen anderen Krankenkassen haben sie konsequenter Weise bei der zuständigen Genehmigungsbehörde – dem Brandenburger Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz – einen Antrag auf Nicht-Genehmigung der Entscheidung der Schiedsstelle gestellt. Dieser Antrag richtet sich keinesfalls gegen das Ernst-von-Bergmann-Klinikum, sondern liegt unter Würdigung der aufgezeigten Risiken im Interesse der Betroffenen. Es bleibt zu hoffen, dass die Genehmigungsbehörde eine gleiche Wertung vollzieht und damit die hohe Qualität der Versorgung auch durch bewusste Steuerung der Patienten an den beiden herzchirurgischen Standorten in Bernau und Cottbus stärkt.

Eine Genehmigung der Schiedsstellenentscheidung würde eine Schwächung der Herzzentren nach sich ziehen, da auch diese Fälle begrenzt sind. Wird hingegen behauptet, dass diese Fälle zusätzlich nach Potsdam kommen, muss von einer Ausweitung der Indikationsstellung ausgegangen werden. Ansonsten sind diejenigen Patienten gemeint, die in Herzzentren operiert würden.

Krankenhäuser mit Standortvorteil dürfen nicht legitimiert werden, ihr Leistungsgeschehen unabhängig von der Krankenhausplanung zu gestalten. ■

»Die Konzentration hoch spezialisierter Leistungen ist ein Muss.«

invasiven Eingriff kurz und knapp als kardiologische Leistung einstuft und damit eine Herzchirurgie vor Ort als nicht notwendig abtut.

Keinesfalls ist diese Entscheidung im Interesse der Patienten, denn die OP-Methode geht mit einem hohen Risiko einher, während der Operation auf das „klassische“ Verfahren wechseln zu müssen, also die Operation mit Öffnung des Brustkorbs. Erste Berichte von Patienten mit nachgehenden Komplikationen lassen den Schluss zu, dass die Methode zum gegenwärtigen

INTERNET

Arzt in Brandenburg

FOTO: Labors



www.arzt-in-brandenburg.de

In welchen Regionen Brandenburgs gibt es eine Förderung? Wer bietet die Weiterbildung zum Hausarzt aus einer Hand an? Wo kann ich eine Praxis übernehmen? Wer sind meine Ansprechpartner?

Antworten auf all diese Fragen bietet die Internetplattform „arzt-in-brandenburg.de“. Auch bei Fragen rund um die Ärzteaus- und Weiterbildung und die Berufsaussichten im Land Brandenburg ist jeder Interessierte mit einem Besuch auf dieser Website gut beraten. Unter Federführung des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz beteiligte sich die vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg neben allen weiteren Brandenburger Organisationen im Gesundheitsbereich an der Konzeption, Entwicklung und Fertigstellung dieser Website.

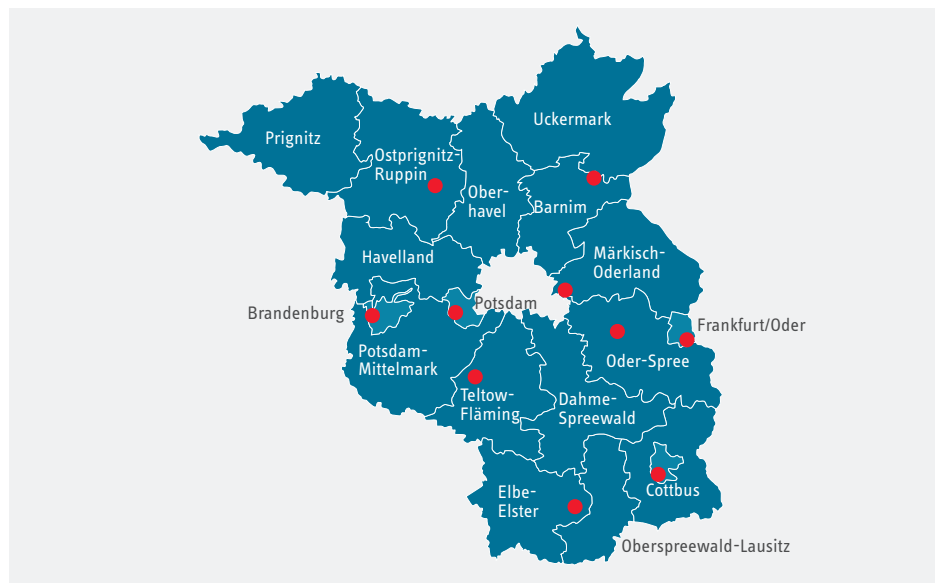
Die gemeinsame Website bietet einen Überblick über das gesamte Spektrum: Informationen zur Kinder-tagesbetreuung im Land Brandenburg, Schultypen für den Nachwuchs und Erfahrungsberichte. Über die Seite erreicht man auch viele direkte Ansprechpartner, Präsentationen der Regionen und die Brandenburger Krankenhäuser.

Die Krankenkassen und Krankenkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg fördern die Ansiedlung von Ärzten in Regionen mit bestehender oder drohender Unterversorgung übrigens mit bis zu 25.000 Euro.

AMBULANTE VERSORGUNG

Palliativversorgung ist in Brandenburg gut aufgestellt

Es geht kontinuierlich voran: Die gesetzlichen Krankenkassen haben mit zehn Partnern SAPV-Verträge geschlossen. Außerdem wurden die seit 2007 geltenden Vergütungen zum Jahresbeginn 2013 spürbar angehoben.



SAPV-TEAMS IN BRANDENBURG Stand 1.7.2013

Die Spezialisierte Ambulante Palliativ-Versorgung (SAPV) gewinnt in Brandenburg immer stärker an Bedeutung bei der Versorgung der Versicherten. Zwischenzeitlich haben die gesetzlichen Krankenkassen mit zehn sog. Palliativ-Care-Teams (PCT) in Brandenburg Verträge geschlossen.

SAPV dient der Versorgung von unheilbar erkrankten Menschen in ihrer letzten Lebensphase im gewohnten häuslichen Umfeld. Die Krankenkassen und ihre Vertragspartner wollen dafür sorgen, dass die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in der häuslichen Umgebung des Erkrankten durch zielgerichtetes Zusammenwirken von Haus- und Fachärzten – die auch die allgemeine Palliativversorgung übernehmen – Leistungserbringern der SAPV und ambulanten Hospiz- und Pflegediensten sowie

psychoonkologischen Betreuungsdiensten verbessert werden können. Dabei stehen die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Erkrankten und ihrer Angehörigen im Vordergrund.

Grundlage für jeden Vertragsabschluss ist ein Konzept, in dem der inhaltliche und organisatorische Rahmen der Leistungserbringung sowie die Einbindung in die regionale Versorgungsstruktur beschrieben sind. Das PCT als Kernteam braucht qualifizierte Ärzte mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin, Pflegefachkräfte, die eine qualifizierte Palliativ-Care-Weiterbildung absolviert haben und einen Koordinator, der über eine mehrjährige berufspraktische Tätigkeit in der Palliativversorgung verfügt. Die PCT stehen auch als 24h-Bereitschaftsdienst zur Krisenintervention zur Verfügung. ■

GRAFIK: vdek

PERSONALIE

Frauenpower bei der BARMER GEK



CLAUDIA KORF

Claudia Korf ist neue Landesgeschäftsführerin Berlin/Brandenburg der BARMER GEK. Die studierte Volkswirtin steht seit 2009 in den Diensten der BARMER GEK – zuletzt als Leiterin der Vorstandsabteilung „Koordination Länder“. Von 2008 bis 2009 war sie Vorstandsvorsitzende beim BKK Landesverband Nord und zuvor Abteilungsleiterin Politik beim BKK Bundesverband bzw. Referatsleiterin im Bundesversicherungsamt. Claudia Korf verfügt damit über vielfältige Erfahrungen im Bereich der Gesundheitspolitik und der Gesetzlichen Krankenversicherung. Innerhalb des vdek wurde sie zur Vorsitzenden des Landesausschusses (LA) Berlin/Brandenburg berufen. Der LA ist das Gremium, in dem sich die Ersatzkassen regelmäßig über gesundheitspolitische Themen auf Landesebene verständigen.

ZAHNMEDIZIN

Honorarsicherheit für Brandenburger Zahnärzte



Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz gibt die Angleichung der zahnärztlichen Honorare für gesetzlich Versicherte vor. Grund war die Einführung des Gesundheitsfonds mit der Zuweisung gleicher Pauschalen und Zuschläge pro vergleichbarem Mitglied für alle Krankenkassen. Wenn alle Kassen nun „gleiche“ Pauschalen aus dem Fonds erhalten, sind unterschiedliche Vergütungen für die gleiche Leistung an die Ärzte und Zahnärzte nicht mehr gerechtfertigt.

Für den Arztbereich wurde das Prinzip einer gleichen Vergütung gesetzlich bereits 2009 eingeführt. Für den zahnärztlichen Bereich bedeutete die Regelung, dass vor den Verhandlungen 2013 ein einheitlicher, für alle gesetzlichen Krankenkassen gleich hoher Punktwert ermittelt werden musste. Die Basis dafür bilden die für 2012 verbindlich mit allen Krankenkassen vereinbarten durchschnittlichen Punktwerte. Dieser Prozess war Anfang 2013 rechtzeitig abgeschlossen.

In der Praxis heißt das nun, gleiches Geld für gleiche Leistung und eine verlässliche Vertragsgrundlage für die Zukunft. Zwischenzeitlich haben BARMER GEK, DAK-Gesundheit, Kaufmännische Krankenkasse – KKH, HEK – Hanseatische Krankenkasse sowie hkk mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg auch ein Ergebnis über die Vergütung für 2013 erzielen können. Die Vergütung insgesamt steigt, die Erhöhung kommt den Zahnärzten zeitnah zu Gute, die Vertragspartner haben Sicherheit für die Zahnärzteschaft und damit eine gute Grundlage für die Folgejahre geschaffen.

REHABILITATION

Schiedsstellenvereinbarung ist gelungen



Können sich Reha-Einrichtungen und Kassen über die Vergütung nicht einigen, so gibt ihnen das Gesetz die Möglichkeit, eine Schiedsstelle anzurufen. Dies sieht § 111b SGB V vor. Danach muss jedes Bundesland eine Schiedsstelle für derartige Konfliktfälle einrichten – unabhängig davon, ob diese jemals von einem Vertragspartner angerufen wird. Landesverordnungen können die Einzelheiten regeln. Bisher haben einige Bundesländer Rechtsverordnungen erlassen, die allerdings von den Partnern durch Folgevereinbarungen noch „mit Leben erfüllt“ werden müssen. In Brandenburg ist man einen anderen Weg gegangen: Als erstes Bundesland haben die Vereinbarungspartner – Vertreter der Rehabilitationseinrichtungen und der Gesetzlichen Krankenversicherung – die zur Rechtssicherheit erforderlichen Aspekte in einer umfassenden Vereinbarung geregelt. Eine Landesverordnung ist damit auch im Sinne der Landesregierung nicht notwendig. Die abschließende Textfassung erfolgte in Abstimmung mit dem Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV). Am 3.7.2013 wurde die Vereinbarung im Amtsblatt veröffentlicht. Damit hat die Selbstverwaltung einmal mehr ihre Handlungsfähigkeit unter Beweis gestellt.

GÜTESIEGEL FÜR RHEUMAVERSORGUNG

Rheuma: Ersatzkassen setzen auf fachliche Kompetenz

FOTO: Dorothea Günther – Johanniter-Treuenbrietzen.de



CHEFÄRZTIN DR. GABRIELE ZEIDLER mit Team und Zertifikat

Etwa 90.000 Menschen im Land Brandenburg sind an Rheuma erkrankt. Das Rheumazentrum des Johanniter-Krankenhauses im Fläming Treuenbrietzen GmbH ist mit 110 Betten eine der größten rheumatologischen Akutkliniken in Deutschland. Ein Team aus 19 Ärzten, 52 Pflegekräften, 8 Physiotherapeuten, 3 Psychologen und 2 Ergotherapeuten arbeitet engagiert, um jährlich 3.000 Patienten in der Rheumaklinik stationär zu behandeln. Die Klinik verfügt über die modernste Ausstattung.

Als bisher einzige Klinik in Brandenburg wurde sie nun als zertifizierte Rheumaeinrichtung ausgezeichnet. Mit diesem Qualitätsgütesiegel belegt das Krankenhaus, dass es die strengen Qualitätskriterien des Verbandes Rheumatologischer Akutkliniken e. V. (VRA) erfüllt.

Um den an Rheuma erkrankten Patienten auch eine kontinuierliche ambulante rheumatologische Versorgung zu ermöglichen, unterstützen die Rheumatologen dieses Krankenhauses das ambulante Versorgungsangebot:

Da nicht in allen Regionen des Landes ausreichend ambulante Rheumatologen zur Verfügung stehen, haben die Ersatzkassen mit dieser Klinik schon vor vielen Jahren einen Vertrag zur Integrierten Versorgung geschlossen. Ärzte des Johanniter-Krankenhauses behandeln in Konsultationsstützpunkten (Eisenhüttenstadt, Erkner, Herzberg, Strausberg und Wildau) Ersatzkassenversicherte. Damit gelingt es sehr gut, die fachliche Kompetenz der Klinik in die ambulante Versorgung zu transportieren. Gemeinsames Ziel von Ersatzkassen und Klinikärzten ist die frühzeitige Erkennung rheumatologischer Erkrankungen. Dadurch kann eine zeitnahe Behandlung erfolgen. Die Konsultationsärzte geben den Hausärzten Therapieempfehlungen für ihre Patienten. Davon profitieren sowohl die Betroffenen als auch die Hausärzte, die durch diese Zusammenarbeit ihre Patienten besser versorgen können.

KURZ GEFASST

Ersatzkassen erhöhen erneut Förderung ambulanter Hospizdienste

21 ambulante Hospizdienste (davon ein Kinderhospizdienst) erhalten in diesem Jahr allein von den Ersatzkassen einen Betrag von 486.757 Euro (GKV-Gesamtbetrag 1.050.161 Euro). Die Förderung häuslicher Sterbegleitung leistet einen Beitrag für den Ausbau einer flächendeckenden ambulanten Hospizversorgung.

Neurologische Rehabilitation ist neues Versorgungsangebot im Landkreis Spree/Neiße

Das „Mediclin Reha - Zentrum Spreewald“ in Burg hat jetzt einen Versorgungsvertrag nach § 111 SGB V mit den Krankenkassen für den stationären Bereich der Neurologie geschlossen. Damit können Patienten mit neurologischen Erkrankungen (z. B. nach einem Schlaganfall) nun auch im Großraum Cottbus nach dem Krankenhausaufenthalt eine stationäre wohnortnahe Rehabilitation antreten.

Selbsthilfeförderung 2013: Ersatzkassen zahlen fast 292.000 Euro

18 Selbsthilfelandesverbände, 21 Selbsthilfekontaktstellen und 725 Selbsthilfegruppen erhielten 2013 eine Gemeinschaftsförderung in Höhe von fast 592.000 Euro durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV). Der vdek prüft und beschließt in Brandenburg innerhalb der GKV federführend die Anträge der mehr als 700 Selbsthilfegruppen.

AMBULANTE VERSORGUNG

Kurz und prägnant: 116 117

Seit etwa einem Jahr gilt für den ärztlichen Bereitschaftsdienst bundesweit die einheitliche Rufnummer 116 117. Um für die Bürger die Erreichbarkeit des diensthabenden Arztes zu vereinfachen, hatte die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) die Idee dieser Nummer. Historischer Vorläufer ist die 115 – die einheitliche Notrufnummer in der DDR, unter der der „Dringliche Hausbesuchsdienst“ erreichbar war. Inzwischen ist die Kurzwahlnummer bundesweit Realität. Wer außerhalb der Sprechzeiten einen Arzt braucht, wählt die 116 117 – in Potsdam wie in Hamburg, auf Rügen wie im Sauerland. Funktioniert die Idee der prägnanten Einheitsnummer oder ist das Ergebnis eine höhere Selbsteinweiserquote in den Krankenhäusern? Die Ersatzkassen sind gespannt auf erste Analysen.

BÜCHER

Einführung in die Gesundheitsökonomie

Alle, die einen praxisnahen und allgemeinverständlichen Einstieg in die Gesundheitsökonomie suchen, sollten dieses Werk zur Hand nehmen. Den Autoren ist es gelungen, auf 240 Seiten einen umfassenden Überblick über die komplexen Strukturen des deutschen Gesundheitswesens zu geben. Alltagsnahe Beispiele und eine klare didaktische Struktur erleichtern Verständnis und Transfer von der Theorie in die Praxis. Gesundheitsökonomie verständlich für jedermann.



Wernitz/Pelz
Gesundheitsökonomie und das deutsche Gesundheitswesen
Ein praxisorientiertes Lehrbuch für Studium und Beruf
2011, 240 S., € 29,90
W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Schwerpunkt: Regionalität

Der Krankenhaus-Report 2012 analysiert die Bedeutung der regionalen Unterschiede in der stationären Versorgung. Namhafte Autoren vergleichen hierbei Leistungsangebote, Inanspruchnahme von Leistungen, Qualität der Versorgung, aber auch Effizienz der Leistungserbringung. Dabei beantworten sie viele Fragen. Das Werk liefert einen wertvollen Überblick über örtliche Divergenzen im Versorgungsgeschehen. Daneben beleuchtet es Perspektiven künftiger Handlungsoptionen, die sich hieraus ergeben. Fazit: Eine solide Diskussions- und Handlungsgrundlage.



Klauber/Geraedts/Friedrich/
Wasem
Krankenhaus-Report 2012,
Schwerpunkt: Regionalität
1. Auflage, 2012
584 S., € 29,90
Schattauer Verlag, Stuttgart

ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE

Hilfe bei Arzt- und Zahnarztsuche

FOTO VVA-Verlag



Die Ersatzkassen haben auch für 2013 gemeinsam mit dem VVA-Verlag ein Brandenburger Ärzte- und Zahnärzteverzeichnis auf den Markt gebracht. Der Erfolg und die hohe Akzeptanz der Broschüre in den Vorjahren führten zur aktualisierten Auflage. Mit diesem handlichen Nachschlagewerk stellen die Ersatzkassen ihren Versicherten vor Ort bei der Arzt- und Zahnarztsuche einen hilfreichen Service zur Verfügung. Sie ergänzen damit die Suchmöglichkeiten, die selbstverständlich auch über das Internet möglich sind. Das Verzeichnis bietet einen Überblick der Vertragsärzte (unterteilt nach verschiedenen Fachrichtungen) und Vertragszahnärzte im Land Brandenburg. Es ist nach Landkreisen und kreisfreien Städten gegliedert. So kann sich jeder Interessierte schnell und umfassend über zur Verfügung stehende Haus- und Fachärzte in seiner Region informieren bzw. mit einem Anruf einen Arzt- oder Zahnarzttermin vereinbaren. Das Ärzte- und Zahnärzteverzeichnis kann über die vdek-Landesvertretung kostenfrei bezogen werden, liegt aber auch bei Pflegediensten, in Apotheken und Krankenhäusern aus. Außerdem steht es auf der Internetseite der vdek-Landesvertretung Brandenburg als Download zur Verfügung.

STATISTIK

Basisdaten 2012/2013

FOTO vdek



Wie haben sich die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich in den letzten fünf Jahren entwickelt? Welche Zuzahlungsregelungen gibt es 2013? Wie viele Menschen erhalten Pflegeleistungen? Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten sind der aktuellen Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2012“ zu entnehmen.

In insgesamt fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Einnahmen/Ausgaben, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) werden neben Finanz- und Versichertendaten auch die jeweiligen Leistungserbringerbereiche mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten. Sie kann kostenfrei von der Landesvertretung angefordert werden, steht aber auch zum Download auf der Internetseite zur Verfügung.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Berlin/Brandenburg des vdek
Friedrichstraße 50-55, 10117 Berlin
Telefon 0 30 / 25 37 74-0
Telefax 0 30 / 25 37 74-19
E-Mail LV-Berlin.Brandenburg@vdek.com
Redaktion Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich Gabriela Leyh
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2190