

report brandenburg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Nov. 2010

ersatzkassen

Hausarztzentrierte Versorgung: Eine Odyssee

Im Rahmen der Vereinbarung von Kollektivverträgen im GKV-Bereich bedarf es in Einzelfällen bekanntermaßen der Moderation oder Entscheidung eines Dritten.

Im Bereich der Selektivverträge gehen potenzielle Partner auseinander, wenn die Vorstellungen zu Konzepten bzw. deren Umsetzung zu weit auseinanderliegen; anderenfalls kann es zu einem innovativen konsensual getragenen Vertrag kommen, der gemeinsam gelebt, evaluiert und zum erfahrbaren Nutzen für die Versicherten weiterentwickelt wird. So weit, so gut und auch richtig.

Anders sieht es § 73 b SGB V für die Umsetzung der hausarztzentrierten Versorgung vor. Hiernach müssen die Krankenkassen mit Gemeinschaften von Ärzten Verträge schließen, um die hausarztzentrierte Versorgung flächendeckend sicherzustellen. Anspruch auf einen Vertrag haben Ärztegemeinschaften nur dann, wenn sie von mindestens der Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des KV-Bereiches mandatiert worden sind.

Im Land Brandenburg haben Hausärzte 2009 sowohl gegenüber dem Hausärzteverband (BDA

Berlin/Brandenburg) als auch der KV das Mandat für Vertragsverhandlungen mit den Kassen erteilt, allerdings ohne damals Kenntnis darüber zu haben, welche Ziele primär in der Vertragsumsetzung verfolgt werden und, dass damit quasi ein Blanko-Scheck ausgesprochen wurde.

In der Praxis sieht dies nun so aus, dass sich die Vertreter der Brandenburger Hausärzte öffentlich für einen sog. „Add-on-Vertrag“ unter Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) aussprechen und sogar im laufenden Schiedsverfahren gegen die Ersatzkassen diese

In dieser Ausgabe unter anderem:

- **Perinatalzentren in Brandenburg:**
Für die Kleinsten trotz Frühstart kein Fehlstart
- **116 117 – einheitliche europäische Bereitschaftsdienstnummer**
dazu
Interview mit Dr. med. Hans-Joachim Helming, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)
- **16 Pflegestützpunkte im Land Brandenburg**

Auffassung bzw. Beschlusslage unmissverständlich vorgetragen haben. Allerdings erfolglos! Denn der Berliner Vorsitzende des BDA Berlin/Brandenburg zeigt kein Interesse an der Meinung der Brandenburger Vorstandsmitglieder. In einer Verhandlung am 11.10.2010 beförderte „die Gemeinschaft der Hausärzte (BDA-Vorstandsvertreter aus Berlin und HÄVG aus Köln)“ ein Vorstandsmitglied des BDA aus Brandenburg schlichtweg aus dem Raum, in dem sie auf Ausschluss aus dem Verfahren wegen fehlender Bevollmächtigung bestand. Abgesehen von Stil und Umgang mit unterschiedlichen Interessen in einem Verband, der Hausärzteschaft in dieser Region vertritt, bestätigt der von BDA und HÄVG im laufenden Verfahren vor der Schiedsperson vorgelegte Vertragsentwurf die berechtigten Zweifel der Ersatzkassen.

Dies gilt in Bezug auf eine Verbesserung der Versorgung, eine flächendeckende Sicherstellung,

die Einhaltung datenschutzrechtlicher Bestimmungen, die Beachtung von Wirtschaftlichkeit und Beitragssatzstabilität sowie eine Beteiligung an bestehenden gemeinsam finanzierten Strukturen der Selbstverwaltung (Förderung der Allgemeinmedizin, Zulassungsgremien, Ausschüssen und Prüfstellen, Investitionskosten zur Förderung unterversorgter Regionen).

Mit Blick auf den ggf. letzten Termin am 4.11.2010 vor der Schiedsperson bleibt nunmehr abzuwarten, ob es den Brandenburger Hausärzten gelingt, eigene – öffentlich bekundete – Sektionsentscheidungen gegen einen vom BDA-Vorsitzenden und der HÄVG vehement beantragten Vollversorgungsvertrag, der in der bevorstehenden Neufassung des § 73 b SGB V ohnehin keine finanziellen Vorteile für die Hausärzte mit sich bringen wird, durchzusetzen.

DER KOMMENTAR



Gabriela Leyh, Leiterin der Landesvertretungen Berlin und Brandenburg des Verbandes der Ersatzkassen e. V. – vdek

Erzwungene Parallelstrukturen versus gemeinsame Versorgungsziele?

Zweifelsfrei stellt die hausärztliche Versorgung einen bedeutenden Bestandteil der ärztlichen Versorgung mit wichtiger Lotsenfunktion für die Versicherten im deutschen Gesundheitssystem dar. Dass die Ersatzkassen aufgrund von Ergebnissen aus erprobten Hausarztmodellen, in denen nachweislich keine Verbesserung der Versorgung erreicht worden ist, Vertragsmodelle, insbesondere den Aufbau kosten- und zeitintensiver Parallelstrukturen kritisch prüfen und eigene Vorstellungen haben, dürfte nachvollziehbar sein.

Man führe sich vor Augen, dass es in Brandenburg nur zwei Ärzte hätten weniger sein müssen, um das sog. Quorum für ein Schiedsverfahren nicht zu erreichen, – oder die hiesige Aufsicht und Schiedsperson würde – analog zum Vorgehen einer anderen Schiedsperson – nur zweifelsfreie Mandate mit Datum und Unterschrift sowie evtl. Rücknahmen von Mandaten akzeptieren:

Das bereits im April 2010 unterzeichnete Papier (Letter of Intent), in dem sich Ersatzkassen, Hausärzte und die KVBB für einen gemeinsamen Vertrag und zu grundsätzlichen Positionen verständigt haben, könnte gemeinsam weiterentwickelt werden. Dies setzt natürlich voraus, dass nicht mit „gezinkten Karten“ gespielt wird, frei nach dem Motto: Mal sehen, was an welcher Stelle „rausspringt“. Die Ersatzkassen haben in der Vergangenheit (zu Zeiten der Kopfpauschale) die Beiträge ihrer Versicherten für eine überdurchschnittliche Vergütung auch den Ärzten zur Verfügung gestellt. In einigen Leistungsbereichen ist diese Schieflage noch immer nicht beseitigt (z. B. im zahnärztlichen Honorar). Dass auch vor diesem Hintergrund Fairness erwartet werden darf, wenn es um den Abschluss freiwilliger Vereinbarungen geht, ist nur konsequent.

Brandenburg ist ein Flächenland mit einer Bevölkerungsprognose, die zum gemeinsamen Nachdenken und verantwortungsbewussten Handeln animieren sollte; Schuldzuweisungen und die Verfolgung von Partikularinteressen tragen nicht zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bei und gehören nicht zum Repertoire der Ersatzkassen.

Perinatalzentren in Brandenburg:

Für die Kleinsten trotz Frühstart kein Fehlstart

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat entschieden: Ab 1.1.2011 müssen Perinatalzentren der höchsten Versorgungsstufe pro Jahr mindestens 30 kleine Frühchen unter 1.250 Gramm versorgen, damit sie weiterhin als sog. „Perinatalzentrum Level 1“ an der Versorgung teilnehmen und diese Leistung mit den Krankenkassen abrechnen dürfen.

Zurzeit gilt dafür noch eine Mindestmenge von „nur“ 14 zu versorgenden Frühchen. Gleichzeitig wird die bisher für die „Perinatalzentren Level 2“ geltende Mindestmenge aufgehoben.

Eine mit großen Auswirkungen auf die Versorgung in der Fläche und für die betroffenen Kinder und Eltern verbundene Regelung...

Frühgeburten sind trotz etwas steigender Tendenz – gemessen an der Gesamtzahl der Geburten – ein eher seltenes Ereignis. Von den knapp 19.000 Geburten im Jahr in Brandenburg erblicken rund 220 Kinder unter 1.500 Gramm Geburtsgewicht viel zu früh das Licht der Welt. Davon sind ca. 60 so klein und leicht, dass sie in einem „Perinatalzentrum Level 1“ versorgt werden sollten. Diese Kinder sind in einem besonderen Maße auf hochprofessionelle und qualitativ hochstehende Versorgung angewiesen, damit aus dem Frühstart kein Fehlstart mit lebenslangen Folgen einer Behinderung wird.

Die Zahlen deuten bereits auf ein Dilemma hin, das auch für das Land Brandenburg diskussionsbestimmend ist: Flächendeckende, wohnortnahe Versorgung versus Hochleistungsmedizin mit hoher medizinisch-technischer Ausstattung, höchsten Anforderungen an das Personal und die Organisation sowie entsprechenden Vorhaltekosten. Die daraus resultierende Diskussion wird teilweise sehr emotional und – je nach Betroffenheit – widersprüchlich geführt:

These 1: Hohe Menge bringt hohe Qualität.

Im Bereich der Perinatalmedizin, insbesondere bei der Versorgung der extrem Frühgeborenen, scheint diese These zu greifen. Zwar ist schiere Größe kein

Garant für Qualität, aber es spricht vieles dafür, dass die notwendige Routine nur erreicht werden kann, wenn eine ausreichend große Zahl von Frühgeburten von einem eingespielten Team versorgt wird, das den notwendigen medizinisch-apparativen Hintergrund hat. Diese These wird von führenden Perinatalmedizinern in Deutschland vertreten und u. a. auch von der Deutschen Kinderhilfe unterstützt. Die Protagonisten dieser These sehen die Mindestmenge denn auch eher bei 50 als bei 30 Fällen.

These 2: Frühgeburten sind nicht planbar.

Die Vereinigung der Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen hat in ihrem „Brandbrief“ an die Ministerien in diesem Jahr darauf verwiesen, dass Frühgeburten keine planbare Leistung ist und damit eine wohnortnahe Versorgung zwingend geboten sei. Dieser These wird von anderen Experten entgegengehalten, dass ein erheblicher Teil der Frühgeburten sich aus bekannten Risikoschwangerschaften ergeben, bei denen die schwangeren Frauen frühzeitig in betreffende Zentren überwiesen werden können. Dort ist es auch häufig zentrale Aufgabe, die Schwangerschaft noch um Tage oder gar Wochen hinauszuzögern, damit das Kind noch im Mutterleib einen höheren Reifegrad erlangt.

Selbstverständlich spielen auch weitere Aspekte wie Ausbildung angehender (Fach-)Ärzte, Transport von Frühgeborenen oder die Möglichkeit der familiären Einbindung eine Rolle. Nicht zuletzt ist die Versorgung der kleinen Patienten für eine Klinik auch von großer ökonomischer Bedeutung, kann die Versorgung der Frühchen doch schnell mehrere zehntausend Euro kosten. Hier vermutet die Deutsche Kinderhilfe auch ein Motiv der bislang an der Versorgung beteiligten kleineren Kliniken.

Unabhängig von der inhaltlichen Diskussion bedeutet die G-BA-Richtlinie für das Land Brandenburg:

Die bisherigen „Perinatalzentren Level 2“ werden de facto bestätigt. Die bereits unter Berücksichtigung

Fortsetzung Seite 6

Ein Projekt nimmt Gestalt an: 116 117 – einheitliche europäische Bereitschaftsdienstnummer



Dr. med. Hans-Joachim Helming, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB)

Vor mehr als vier Jahren startete die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) mit einer ungewöhnlichen Idee. Jetzt wird es konkret:

▼ **Herr Dr. Helming, Sie sind der „Vater“ des Projektes für eine einheitliche europäische Bereitschaftsdienstnummer. Was hat Sie zur Initiierung dieses Projektes bewogen?**

▲ Beginnend mit der

Neustrukturierung der Bereitschaftsdienstbezirke in Brandenburg vor einigen Jahren stand die Frage der Erreichbarkeit des jeweils diensthabenden Arztes für die Patienten. Bis dahin kannten die Patienten im jeweiligen „Sprengel“ ihre Ärzte und lasen in der Zeitung, wer Dienst hatte. Das war in den nunmehr wesentlich größeren Dienstbereichen nicht mehr so einfach. Da erinnerte ich mich an die in DDR-Zeiten existente Rufnummer 115 für den dringlichen Hausbesuchsdienst, kurz DHD, die neben den heute noch existenten 110 und 112 bei jedermann bekannt war. Was lag da also näher, als diese Kurzwahl wieder aktivieren zu wollen?

▼ **Im Bereich der KVBB ist die 116 117 bereits aktiviert. Wie funktioniert die Umsetzung? Was unterscheidet das künftige Verfahren im Vergleich zum jetzigen?**

▲ Offiziell aktiviert noch nicht. Wir haben allerdings im Hintergrund die technischen Anbindungen an bestehende Strukturen erprobt. Das heißt, leider wird auch in Brandenburg erst zum Jahresanfang – ich hoffe immer noch auf den 1.1.2011 – diese Kurzwahl geschaltet werden können. So lange müssen wir mit dem 14-stelligen Nummernun-

getüm, welches bis auf die letzten drei Ziffern in Brandenburg einheitlich ist, leben.

▼ **In den anderen Bundesländern sind solche Probeläufe noch nicht erfolgt?**

▲ Nein. Die technischen Vorbereitungen für den Einsatz der 116 117, die in Brandenburg wegen unserer Vorarbeiten und Strukturen unkompliziert und schnell erledigt sind, stehen an anderenorts noch bevor. Danach steht die sechsstellige Rufnummer allen Bundesbürgern zur Verfügung, egal ob sie sich auf der bayerischen Alm oder der Hallig Hooge befinden. Und sie werden unmittelbar mit dem diensthabenden Arzt verbunden!

▼ **Nun heißt es ja europaweit einheitliche Rufnummer ...**

▲ Unser Ziel ist es, dass zukünftig auch in Portugal oder Lettland während des Urlaubs oder einer Dienstreise von deutschen Reisenden der dortige Bereitschaftsdienst unter dieser Nummer erreicht werden kann. Ob und ab wann das möglich ist, entscheiden natürlich diese Länder.

▼ **Für welche Arten von Beschwerden ist der Bereitschaftsdienst unter der 116 117 erste Anlaufstelle für die Bürgerinnen und Bürger von Brandenburg? Zu welchen Zeiten ist der Bereitschaftsdienst im Einsatz?**

▲ Alle Erkrankungen, die während der sprechstundenfreien Zeiten auftreten oder sich verschlimmern und eine ärztliche Hilfe erfordern, ohne dabei lebensbedrohlich zu sein, rechtfertigen die Kontaktaufnahme mit dem Bereitschaftsdienst. Es kann dann telefonisch geklärt werden, ob überhaupt ärztliches Eingreifen erforderlich ist und wenn ja, ob der Patient zum Arzt in die Praxis kommen kann oder der Arzt einen Hausbesuch durchführen muss.

Nicht zuständig ist dieser Bereitschaftsdienst für alle lebensbedrohlichen Erkrankungen, die den Einsatz von Rettungsfahrzeugen und Notärzten

erfordern. Dieser Rettungsdienst ist nach wie vor über die bereits europaweit gültige 112 erreichbar.

▼ Entstehen den Anrufern infolge der Anwahl 116 117 finanzielle Folgekosten?

▲ Nein. Das ist eine zwingende Voraussetzung des Europäischen Parlaments für die Zuteilung der europaweit geltenden Rufnummer mit sogenanntem sozialen Wert neben der Vorgabe der Werbefreiheit gewesen. Andererseits ist ein solches Vorhaben natürlich nicht ohne Geld zu gestalten. Hier geht die ärztliche Selbstverwaltung im Startjahr in Vorleistung. Ich bin mir aber sicher, dass sich für diese soziale Sicherung auch allgemeine Finanzierungssysteme erschließen lassen.

▼ Gibt es eine Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst, und wie funktioniert diese nach Ihrer Einschätzung?

▲ Das sind zwei völlig getrennte Welten! Gleichwohl kann im Einzelfall vom angerufenen Bereitschaftsdienst über den Arzt oder ein Callcenter der Rettungsdienst informiert werden.

▼ Wann wäre dies der Fall?

▲ Wenn sich im Gespräch beispielsweise herausstellt, dass es sich um mehr als nur „Husten, Schnupfen, Heiserkeit“ handelt. Umgekehrt kann auch der Rettungsdienst an den Bereitschaftsdienst verweisen, wenn der Dispatcher feststellt, dass ein „Blaulichteinsatz“ nicht erforderlich ist.

▼ Welche Möglichkeiten gibt es, dem Missbrauch dieser Notrufnummer und damit des Bereitschaftsdienstes entgegenzuwirken?

▲ Zunächst zeigen unsere Erfahrungen, dass vorsätzlicher Missbrauch des Bereitschaftsdienstes ausgesprochen selten erfolgt. Gleichwohl besteht auch bereits heute die Möglichkeit für den Arzt, offenkundige Fehlinanspruchnahme mit einer Privatliquidation bezahlen zu lassen.

▼ Wann wäre dies beispielsweise der Fall?

▲ Wenn eine Hausbesuchsanforderung am Sonntagnachmittag zur Ausstellung einer Arbeitsbefreiung ab Montag früh gewünscht wird.

▼ Brandenburg ist ein Flächenland, in dem in strukturschwachen Regionen die Ärztedichte teilweise nicht sonderlich hoch ist. Wie gelingt

es der KVBB, die personelle Besetzung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes abzusichern?

▲ Das war ja gerade der Grund unserer Bereitschaftsdienststrukturreform vor einigen Jahren. Damals zeichnete sich der Trend zu einer Ausdünnung der Praxisdichte ab, in manchen Bereitschaftsdienstbezirken wechselten sich zwei Ärzte permanent im Dienstsysteem ab. Das war unhaltbar. Mit der Zusammenlegung kleiner Bezirke zu großen Bereichen, in denen auch nur ein Arzt Dienst hat, konnte diese Misere behoben werden. Und auch das ist wichtig: Dies geschah ohne jede Einbuße an Versorgungsqualität für die Menschen in diesen Bereichen!

▼ Ab wann werden Ihre Schwester-KVen das Projekt übernehmen und wann wird es einen flächendeckenden Einsatz in Deutschland und in ganz Europa geben?

▲ Wie bereits angedeutet: Zum 1.1.2011, spätestens zum 1.4.2011 soll die 116 117 bundesweit gelten. Alle Vorbereitungen dazu laufen derzeit auf Hochtouren. Die bundesweite Umsetzung ist eine Selbstverständlichkeit für die Vertragsärzteschaft, für das KV/KBV-System! Wir brauchen aber noch technische Umsetzungen seitens der verschiedenen Telekommunikationsprovider sowie die Strukturierung einer bundesweit geltenden Callcenterverfügbarkeit im KV-System für die Fälle, in denen mit einem Mobiltelefon angerufen wird und der Netzbetreiber die Ortskennung nicht mitliefert.

▼ Das hat zur Folge?

▲ Dass der Anrufer gefragt werden muss, wo er sich gerade aufhält, damit sein Ruf zu dem zuständigen Bereitschaftsdienstarzt gewissermaßen manuell weitergeleitet werden kann.

▼ Sie hatten erwähnt, dass über die Schaltung dieser Rufnummer die anderen europäischen Länder selbst entscheiden. Kann man das beeinflussen?

▲ Man kann es versuchen. Ich werde noch in diesem Jahr meine Aktivitäten in den europäischen Nachbarländern, insbesondere natürlich auf der Bühne des Europaparlaments in Brüssel, wieder verstärken, um die EU-Mitgliedsländer von den Vorteilen der Umsetzung auch in den jeweiligen Ländern zu überzeugen. Dann wird die 116 117 tatsächlich ihren europäischen Mehr-

wert für jeden Europäer voll entfalten. Idealerweise werden dann diese Systeme mit einem fremdsprachlichen Unterstützungsdienst verknüpft, sodass man, wenn man der Landessprache nicht kundig ist, in dem jeweiligen nationalen Gesundheitssystem „gelotst“ werden kann.

▼ **Auf nationaler Ebene hat nun auch die Bundesnetzagentur die Freischaltung genehmigt. Wenn man an die legendäre „Gurkenverordnung“ aus Brüssel denkt, gestaltet sich die Umsetzung des Projektes auf nationaler oder auf europäischer Ebene anspruchsvoller?**

▲ Die Bundesnetzagentur ist lediglich durch die Entscheidung der EU-Kommission im November 2009 aufgefordert gewesen, die von Brüssel reservierte Rufnummer 116 117 dem bestgeeigneten Dienstanbieter zuzuordnen. Dazu erfolgte Anfang des Jahres eine Ausschreibung, die die Kassenärztliche Bundesvereinigung gewonnen hat. In der Tat ist die technische Umsetzung nicht ganz ohne: Eine für den Nutzer kostenfreie, ständig erreichbare, technisch 100 Prozent stabile Verfügbarkeit in allen Kommunikationsnetzen – einschließlich der Barrierefreiheit für z. B. Gehörlose und Stumme – das erfordert schon sehr viel Aufwand seitens der ärztlichen Selbstverwaltungsorgane. Wir Vertreter dieses KV-Systems sind aber besonders stolz darauf, dass wir in Deutschland die Einzigen sind, die so

etwas leisten und sicherstellen können! Da beweist sich einmal mehr die Unverzichtbarkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen!

▼ **Welches Resümee ziehen Sie persönlich für Ihr „Herkules-Projekt“?**

▲ Die Bezeichnung finde ich sehr schön – danke! Aber es ist wirklich so: Wäre mir bereits bei der Idee der 115 bewusst gewesen, was da auf mich zukommt, hätte ich mir vermutlich das Ganze verkniffen. Als ich dann in Brüssel von den dortigen Lobbyisten das ermunternde Schulterklopfen verspürte – so ein Projekt dauert mindestens acht bis neun Jahre –, hätte ich auch schon ganz gerne die Flinte ins Korn werfen wollen.

▼ **Haben Sie aber nicht ...**

▲ Nein, weil letztlich immer wieder auch jeder kleine Erfolg auf dem Weg der Reservierung dieser Nummer für die europäische Gemeinschaft und jetzt das greifbare Ziel der Umsetzung in Deutschland innerhalb der nächsten Monate überwog. Es macht übrigens schon ein wenig stolz, persönlich mit so einem tollen Projekt unmittelbar verbunden zu sein.

Sehr geehrter Herr Dr. Helming, vielen Dank für das Gespräch.

Fortsetzung von ... „Perinatalzentren in Brandenburg“

der derzeit gültigen Mindestmengenregelung vom hiesigen Gesundheitsministerium ausgesprochenen Ausnahmeregelungen sind für diese Einrichtungen nicht mehr notwendig. Es müssen „nur“ noch die strukturellen und personellen Anforderungen erfüllt werden. Damit kann das Ministerium zumindest seine Grundforderung, in jedem Versorgungsgebiet ein Perinatalzentrum vorzuhalten, erfüllen, auch wenn die erbrachten Mengen zum Teil sehr gering sind.

Problematisch wird es allerdings bei den „Perinatalzentren Level 1“. Die in Brandenburg jährliche Fallmenge reicht lediglich für ein bis zwei Zentren – sofern sich alle Frühgeburten auf diese Perinatalzentren konzentrieren würden. Dies ist bis dato nicht der Fall, sodass es möglich ist, dass keines der Perinatalzentren im Land Brandenburg den „Level 1 Status“ erreicht.

G-BA-Richtlinie für die Kassen verbindlich

Die G-BA-Richtlinie ist für die Krankenkassen verbindlich. Leistungen mit den Kliniken dürfen nur vereinbart werden, sofern alle Kriterien erfüllt sind. Für das Land Brandenburg ergeben sich letztendlich nur zwei Möglichkeiten, sofern „Perinatalzentren Level 1“ im Land vorgehalten werden sollen:

1. Das Ministerium setzt sich über die Mindestmengenregelung hinweg und gibt – wie bisher auch – Ausnahmegenehmigungen. Sofern dieser Weg beschritten werden sollte, ist zu prüfen, ob die qualitativen Anforderungen an den Standorten erfüllt werden und die geforderte Ergebnisqualität nachgewiesen wird.
2. Die Perinatalzentren im Land Brandenburg schaffen es gemeinsam mit den Geburtskliniken und den niedergelassenen Frauenärzten, die Fälle

soweit auf eine oder zwei Kliniken zu konzentrieren, dass die Anforderungen der Mindestmenge erfüllt werden. Dies wäre im Interesse der kleinen Patientinnen und Patienten sicher eine der bevorzugt zu diskutierenden Lösungen.

Im Blick sollte hierbei immer der kleine Mensch mit seinem schweren Start ins Leben bleiben. Er braucht die bestmögliche Spitzenversorgung – auch wenn die nicht immer wohnortnah zu realisieren ist.

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

16 Pflegestützpunkte im Land Brandenburg

Im Land Brandenburg stehen nunmehr in 12 von 14 Landkreisen und in drei der vier kreisfreien Städte zusammen 16 Pflegestützpunkte als Anlaufstelle für die Beratung rund ums Thema Pflege zur Verfügung. Die „Nachzügler“ (Landkreise Märkisch-Oderland und Havelland sowie die Stadt Frankfurt/Oder) werden voraussichtlich um den Jahreswechsel „ans Netz“ gehen. Zwei Pflegestützpunkte werden unter Beteiligung der Ersatzkassen geführt: in Werder/Potsdam-Mittelmark durch die BARMER GEK und in Oranienburg/Oberhavel von der DAK.

Honorarvertrag 2010 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) besiegelt

Die KZVLB und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) in Brandenburg haben zum wiederholten Male unter Beweis gestellt, dass Selbstverwaltung funktioniert. Der Verhandlungsführer und Vorstandsmitglied der KZVLB, Rainer Linke, äußerte sich in einer gemeinsamen Pressemitteilung zum Vertragsabschluss: „Mit dem Vertrag sind die Interessen aller Seiten gewahrt worden, die der Ersatzkassen und der Zahnärzte, aber auch die der Ersatzkassenversicherten, deren zahnärztliche Versorgung damit auf hohem Niveau sichergestellt ist. Wir haben auf die innovative Kraft der Vertragspartner vertraut – wie seit 20 Jahren – und nicht auf die Politik oder die Entscheidungsfreudigkeit Dritter (Landeschiedsamt). Und die Leiterin der Landesvertretung Brandenburg des vdek, Gabriela Leyh, ergänzt: „Wir konnten einen fairen Rahmen für die Versorgung der Versicherten unserer Mitgliedskassen im Land Brandenburg setzen – das ist gerade unter den derzeit geltenden gesundheitspolitischen Bedingungen für Zahnärzte und Ersatzkassen ein Erfolg“.

Brandenburger Impfkaktion Neue Influenza – Ende gut – alles gut?

Für die Impfung gegen die Neue Influenza hat das Land Brandenburg infolge der Pandemieausrufung durch die WHO und der Absprachen und Vorgaben in Deutschland 1,06 Millionen Impfstoffdosen für die Brandenburger Bevölkerung bestellt. 157.291 Brandenburger ließen sich impfen. Das entspricht einer Impfquote von 6,26 Prozent – damit liegt Brandenburg im Bundesdurchschnitt. Die den Krankenkassen dafür entstandenen Kosten betragen 2,261 Millionen Euro.

Zwei Jahre Mammographie-Screening in Brandenburg

Im Januar 2008 startete auch in Brandenburg das Mammographie-Screening-Programm. Es ist eine zusätzliche, freiwillige Brustkrebsfrüherkennungsuntersuchung für Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren. In Brandenburg sind das ca. 353.000 Frauen, die alle zwei Jahre Anspruch auf diese Untersuchung haben. Fünf stationäre Screening-Standorte und sechs sogenannte Mammobile sorgen für ein wohnortnahes Angebot. Von Januar 2008 bis Dezember 2009 wurden davon 273.523 Frauen zum Screening eingeladen. Die Kosten von gut sechs Millionen Euro im Jahr übernehmen alle gesetzlichen Krankenkassen. Für die Frauen ist die Untersuchung kostenlos und frei von der Praxisgebühr. Sie müssen lediglich ihre Versichertenkarte mitbringen. Komplette wird diese erste Screeningrunde voraussichtlich Ende Oktober/Anfang November 2010 abgeschlossen sein. Von den eingeladenen Frauen gingen 142.984 zur Untersuchung. Das entspricht einer Quote von knapp 53 Prozent. Eine gute Inanspruchnahme trägt mit dazu bei, durch möglichst frühe Erkennung des Krebses bessere Heilungschancen zu haben. Im Jahr 2008 erkrankten in Brandenburg 1.880 Frauen an Brustkrebs.

Veranstaltungsimpressionen:



Der Parlamentarische Abend der Ersatzkassen in Brandenburg 2010: Eingangsstatement zur ärztlichen Versorgung von Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), aus Sicht der Bundesebene



Der Parlamentarische Abend der Ersatzkassen in Brandenburg 2010: Brandenburgs Gesundheitsstaatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf steigt mit einem Statement zur Situation der ärztlichen Versorgung insbesondere im ländlichen Raum in die Diskussion mit Parlamentariern und Ersatzkassenvertretern ein



Zu Gast im Landesausschuss der Ersatzkassen: Dr. Gerhard Bundschuh, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) – 2. v. r. – im Gespräch mit Andreas Platzer (Sachgebietsleiter der Landesverwaltung Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern der KKH-Allianz), Hermann Schmitt (Landesgeschäftsführer der BARMER GEK Berlin-Brandenburg), Gabriela Leyh (Leiterin der Landesvertretungen Berlin und Brandenburg des Ersatzkassenverbandes e. V. – vdek), Gabriela Slawik (Leiterin des Vertragsgebietes der DAK Berlin-Brandenburg) und Manon Austenat-Wied (stellv. Leiterin der Landesvertretung Berlin-Brandenburg der TK)



Eine Sitzung des Landesausschusses der Ersatzkassen Berlin und Brandenburg an einem besonderen Ort – im Bundestag mit Blick auf die Reichstagskuppel: Andreas Platzer (KKH-Allianz), Hermann Schmitt (BARMER GEK), Gabriela Leyh (vdek), Gabriela Slawik (DAK), Dorothee Binder-Pinkepank (vdek), Marina Rudolph (vdek), Alexandra Türich (TK), Manon Austenat-Wied (TK), Astrid Fricke (DAK), Gerd Mallschützke (BARMER GEK)

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Brandenburg des vdek
Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam

Telefon: 0331 / 289 92-0

Telefax: 0331 / 289 92-13

E-Mail: LV-Brandenburg@vdek.com

Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank

Verantwortlich: Gabriela Leyh