C 21156 F

report
brandenburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2006

ersatzkassen

Gesundheitsreform bringt System in Gefahr

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – kurz GKV-WSG – das klingt erstmal gut. Den Wettbewerb zwischen Krankenkassen und vor allem auch zwischen den Leistungserbringern zu stärken, das war erklärtes Ziel der Bundesregierung. Das Gesetz gilt als wichtigstes Reformwerk.

Dass die Notwendigkeit von Reformen auch und gerade im Gesundheitswesen besteht, bezweifelt niemand, allein der Weg zu einem nachhaltig stabilen System der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger war und ist strittig. Erstmals in der langen Reformgeschichte des deutschen Gesundheitswesens ist das selbstverwaltete solidarische System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in großer Gefahr.

Auf dem „Etikett" des Gesetzentwurfs steht (Betrachtung ausgewählter Schwerpunkte):

– Weichenstellungen für die Beteiligung aller an der Finanzierung des Gesundheitsystems nach ihrer Leistungsfähigkeit durch Fortführung und Ausbau eines steuerfinanzierten Anteils,
– Qualitäts- und Effizienssteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Kassenseite insbesondere durch mehr Vertragsfreiheit der Kassen mit Leistungserbringern,
– Qualitäts- und Effizienssteigerung durch Intensivierung des Wettbewerbs auf Seiten der Leistungserbringer z. B. durch mehr Vertragsfreiheit in der ambulanten Versorgung,
– Bürokratieabbau und mehr Transparenz auf allen Ebenen.

Alles richtig, wichtig, notwendig und gut. In der Zielstellung gibt es mit den Kassen keinen Dissens.

In dieser Ausgabe unter anderem:

Gesundheitsreform:
Was steht auf dem Etikett und was steckt in der Packung?

Häusliche Krankenpflege:
Kurz verhandelt, schnell „geschiedst", ausgiebig geklagt

Neuer Vertrag für Ersatzkassenversicherte:
Krankenfahrten für gehunfähige Patienten

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Aber was steckt in der „Packung"?

Das wichtigste Ziel, quasi die Voraussetzung für den Fortbestand des Systems, die dauerhafte und nachhaltige Stabilisierung der Finanzen der GKV, wird nicht erreicht. Die bereits in dieser Legislaturperiode der GKV zugesagten Steuermittel in Höhe von jährlich 4,2 Milliarden € werden ab 2007 von der Regierung auf 2,5 Milliarden € gekürzt. Bundeszuschüsse für krankenversicherungsfremde Leistungen wie Mutterschaftsleistungen, Krankengeld bei Erkrankung eines Kindes usw., die den Kassen dringend an anderer Stelle fehlen. Befürchtet wird eine Abhängigkeit vom Finanzminister bzw. der jeweiligen Haushaltslage des Bundes, die keinerlei Verlässlichkeit der Finanzierung bieten kann.

Die Einführung des Gesundheitsfonds, das Herzstück der Reform, löst keine Probleme, sondern schafft neue. Beiträge der Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Rentner usw. sollen in den Fonds fließen, aus dem dann – um Steuermittel (in welcher Höhe auch immer...) angereichert – Zuweisungen an die gesetzlichen Kassen erfolgen. Es kommt also nicht mehr Geld ins System, es soll „nur" anders verteilt werden. Das schafft einen wahnsinnigen Aufwand an neuer Bürokratie und nimmt den Kassen das wichtige Recht der Beitragssatzautonomie. Die vorausgesehene Finanzierungslücke soll durch die Möglichkeit der kassenindividuellen Erhebung von Zusatzprämien – bei Begrenzung auf ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens – geschlossen werden.

Aber genau das ist der falsche Wettbewerb: Kassen mit überproportional vielen Kranken und Geringverdienern, die bisher im Vertragswettbewerb versuchen, durch bessere Verknüpfung von ambulanter und stationärer Medizin und speziellen Programmen für chronisch Kranke eine bestmögliche Versorgung zu wirtschaftlichen und damit bezahlbaren Preisen anzubieten, werden benachteiligt. Der versprochene morbiditätsorientierte Risikoausgleich wird nicht alle kostenintensiven Krankheiten beinhalten (soll auf 50 bis 80 Krankheiten begrenzt werden) und auch nur einen Teil der Kosten für medizinische Leistungen ausgleichen. Die finanziellen Aufwendungen, die den Kassen entstehen, aber nicht mehr als 50 Prozent über den Durchschnittskosten liegen, bleiben unberücksichtigt, belasten aber die betroffenen Kassen.

An Stelle des erklärten Wettbewerbs um die bestmögliche Versorgung der Kranken wird es einen ruinösen, zerstörerischen Wettbewerb um gesun-

Monika Puhlmann, Leiterin der VdAK/AEV-Landesvertretung Brandenburg

Der Kommentar

Gesundheitsreform – eine Sackgasse mit Folgen?

Die letzten Monate waren maßgeblich von der Diskussion um den Gesetzentwurf zum Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) geprägt. Auch in den letzten Wochen des Jahres und über den Jahreswechsel hinaus wird es ein Ringen aller Beteiligten geben, durch Korrekturen wichtige Änderungen am Gesetzentwurf zu erreichen.

Die Verfechter der Reform – allen voran Ulla Schmidt – erklären sinngemäß, wenn alle Beteiligten im Gesundheitswesen aufschreien, wird keiner übervorteilt und die Reform ist gelungen. Das ist eine mögliche Sichtweise. Aber ist diese Sicht auf die Dinge nicht zu kurz gegriffen? Macht es nicht nachdenklich, dass in vielen Bundesländern – so auch in Brandenburg – Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Apotheker und Gesundheitswissenschaftler gemeinsam mit den Krankenkassen(verbänden) vor den Auswirkungen dieser Reform warnen? Sicher aus unterschiedlichen Gründen. Aber einig sind sich alle in der durchaus begründeten Angst vor dem Zerfall der gegliederten solidarischen Krankenversicherung. Das ist weder Panikmache noch Lobbyistengerede! Ein System ist wesentlich schneller zerschlagen als es (wieder) aufgebaut werden kann. Durch drei Jahrhunderte hinweg ist unser solidarisches Krankenversicherungssystem von Bismarck bis ins 21. Jahrhundert gewachsen. Ja – es muss sich veränderten Rahmenbedingungen anpassen – ganz klar. Aber die Grundstruktur gilt es zu erhalten.

Keiner von uns ist so blauäugig, nicht zu erkennen, dass die Reformvorstellungen von CDU und SPD zu weit auseinander liegen, um daraus einen tragfähigen Mittelweg erarbeiten zu können. Einen so genannten Kompromiss „auf Teufel komm' raus" in dem Glauben durch die parlamentarischen Hürden zu peitschen, nur damit als Regierungskoalition glaubwürdig zu bleiben (sein), ist ein Irrglaube. Denn die durchaus guten Seiten der Reform gehen unter mit dem Systembruch der Entsolidarisierung. Und genau das müssen wir alle verhindern – für alle Bürgerinnen und Bürger.

de, gut verdienende Mitglieder geben.

Statt Ausweitung des Vertragswettbewerbes soll ein neu zu schaffender Spitzenverband Bund (der über keine eigene Finanzverantwortung verfügt) ca. 70 Prozent der Leistungen zentral vorgeben. Das bedeutet, dass sowohl landesspezifische, regionale als auch kassenspezifische freiwillige Leistungen und Verträge, extrabudgetäre Leistungsangebote, Modellvorhaben und Satzungsleistungen, die über die vorgeschriebenen Leistungen hinausgehen, künftig entweder über die Erhebung einer Zusatzprämie finanziert werden müssten oder – wenn die Kasse dies vermeiden will – entfallen.

Quelle: Medical Tribune

Für Brandenburg bedeutet das im Ersatzkassenbereich beispielsweise, dass folgende Angebote zumindest zur Disposition stehen:
- kassenartenübergreifende Finanzierung der Tumornachsorgeleitstellen mit ca. 3 Mio. € jährlich (für Krebsregister – Brandenburg ist hier bundesweiter Vorreiter!),
- Diabetesstrukturvertrag,
- Test wegen Schwangerschaftsdiabetes,
- Präventionsleistungen (z. B. erweiterter Gesundheits-Check-up),
- Zusatzvereinbarungen in Onkologie und Sozialpsychiatrie,
- Modellvorhaben (Kostenerstattung für bestimmte Akupunkturleistungen, die nicht Regelleistungen werden),
- präventive gynäkologische Untersuchung für Mädchen im Alter von 13-15 Jahren einschließlich Beratung zur Schwangerschaftsverhütung,
- Integrationsverträge mit auf Rheuma spezialisierten Kliniken einschließlich Konsultationssprechstunden für flächendeckende ärztliche Betreuung von Rheumapatienten,
- Hautkrebsfrüherkennung durch einige Ersatzkassen,
- nicht verpflichtende Leistungen (Soll-Bestimmungen) in den §§ 20 und 21 SGB V (Selbsthilfe und Prävention)

Die Erhebung eines „Zusatzbeitrages“ verschlechtert in jedem Fall die Wettbewerbsposition der Kasse und wird in vielen Fällen nicht erhoben werden (können). Die Alternative ist Leistungsabbau… Die Zeche zahlt der „kleine Mann“ bzw. die „kleine Frau“.

Beitragserhöhungen der Krankenkassen im Umfang von ca. 0,7 Prozent im nächsten Jahr sind der Anfang. Das ist keine Entlastung der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, sondern eine Belastung. Ein Solidarbeitrag der PKV gegenüber der GKV wurde nicht eingefordert. Noch nicht einmal eine deutliche Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze soll umgesetzt werden geschweige denn diese abzuschaffen. Damit kann die PKV weiterhin Rosinenpickerei betreiben. (Zusatz-)Belastungen des einzelnen gesetzlich Versicherten werden folgen (müssen).

Die Liste der Bedenken gegen diesen Gesetzentwurf ist fortführbar und überschattet leider die guten Ansätze der Reform. Denn auch die neu in den Leistungskatalog aufzunehmende Palliativversorgung, umfassendere geriatrische Versorgung, Mutter-Vater-Kind-Kuren usw. müssen – so begrüßenswert sie auch sind – irgendwie zusätzlich finanziert werden.

Das bestehende System der gesetzlichen Krankenversicherung steht mit diesem Gesetz nicht zuletzt durch die strukturellen Veränderungen im Kassensystem vor dem größten Umbruch seit seiner Existenz. Hoffentlich zerbricht es nicht.

Zitat

„Es gehört oft mehr Mut dazu, seine Meinung zu ändern, als ihr treu zu bleiben.“

Christian Friedrich Hebbels (1813-1863), deutscher Dichter

Brandenburger Gesundheitsministerin Dagmar Ziegler zu Gast im Landesausschuss der Ersatzkassen

Die Brandenburger Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie, Dagmar Ziegler, folgte – in Begleitung der Leiterin der Abteilung Gesundheit, Dr. Siegrun Steppuhn – einer Einladung der Ersatzkassen, um aktuelle Aspekte, Fragen und Befürchtungen der Kassen zum Gesetzentwurf des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zu diskutieren.

v.r.n.l.: Herbert Mrotzeck, Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen in Brandenburg und Geschäftsgebietsleiter Ost- und Mitteldeutschland der Deutschen Angestellten Krankenkasse, Dagmar Ziegler, Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie im Land Brandenburg, Monika Puhlmann, Leiterin der Landesvertretung Brandenburg der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV

Die Ministerin stellte in einem kurzen Eingangsstatement klar, dass sie als Vertreterin der A-Länder in der Arbeitsgruppe Bund/Länder bei der Erarbeitung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform ihre Aufgabe vorrangig als Interessenvertreterin der Patientinnen und Patienten sah. In der lebhaft-kritischen, aber durchaus konstruktiven Diskussion thematisierten die Ersatzkassen vorrangig die Finanzsituation der Kassen, die Wirkung des Gesundheitsfonds, Insolvenzregelungen, Zusatzprämie und die Auswirkungen der beabsichtigten Änderung der Fahrkostenregelungen (3 % Abschlag) für die Versicherten. Mit Letztgenanntem konnte deutlich gemacht werden, dass es bei den „Bauchschmerzen" der Ersatzkassen nicht um pure Verteidigung von Partikularinteressen geht, sondern um den Erhalt des solidarisch finanzierten gegliederten Krankenversicherungssystems, bei dem der Wettbewerb ausschließlich um die bestmögliche Versorgung kranker Versicherter und eben nicht um die Gewinnung gesunder gut verdienender Kassenmitglieder geht.

Die Gesundheitsministerin betonte mehrfach, dass es unter den gegebenen politischen Konstellationen nicht möglich war, mehr SPD-Positionen einzubringen. Frau Ministerin Ziegler versprach, im weiteren Gesetzgebungsverfahren engen Kontakt zu halten und anhand konkreter Beispiele bei Sach- und Fachfragen Argumentationen der Kassen in die parlamentarischen Arbeitsgremien zu tragen.

Parlamentarischer Abend im Zeichen der Gesundheitsreform

Eine bewegte Zeit. So stand auch der diesjährige Parlamentarische Abend der Ersatzkassen voll und ganz im Zeichen der Gesundheitsreform und lies andere Themen doch in den Hintergrund treten. Der Einladung gefolgt waren die Vorsitzende des Ausschusses für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie im Landtag Brandenburg, MdL Kerstin Kaiser, der Brandenburger Gesundheitsstaatssekretär Winfrid Alber und zahlreiche Ausschussmitglieder der Fraktionen von SPD, CDU und DieLinke/PDS.

Aus Berlin wurde als Vertreterin der Bundesebene die Leiterin der Außenstelle der Ersatzkassenverbände, Eva Walzik, begrüßt, die mit ihrem engagierten Eingangsstatement den Grundstein für emotional-lebhafte Diskussion in einer ausgesprochen offenen Atmosphäre legte. Das Motto: „Mehr miteinander, statt gegen- bzw. übereinander" durchzog die konstruktiven Gespräche. In der gesamten bisherigen Debatte um die Gesundheitsreform konnte hier eine Lanze für faires Miteinander bei doch auch sehr unterschiedlichen Sichtweisen gebrochen werden. Über alle unterschiedlichen Meinungen hinweg bestand Konsens, gemeinsam an der einen oder anderen Stelle notwendigen „Feinschliff" in den Gesetzentwurf zu bekommen.

Lebhafte Diskussion der Ersatzkassenvertreter mit den Parlamentariern des Gesundheitsausschusses im Landtag Brandenburg und Gesundheitsstaatssekretär Winfrid Alber.

Positiv wurde von den Parlamentariern und dem Staatssekretär bewertet, dass sich der Beginn der Diskussion zunächst um die so genannten „guten Seiten" der Reform drehte, die zweifelsohne vorhanden sind und über weite Strecken auch Verbesserungen in der Versorgung bringen (Palliativversorgung, Impfleistungen, Geriatrie, Mutter-Vater-Kind-Kuren usw.), aber nach Meinung der Ersatzkassenverbände leider durch die negativen Auswirkungen überlagert werden.

Patienten in Not – diese Reform schadet allen

Diese Reform löst keine Probleme – sie schafft neue. In seltener Einmütigkeit standen sie nicht nur bei-, sondern auch zueinander: Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Krankenhausvertreter und Vertreter der Brandenburger Krankenkassen(verbände). Vor einem Jahr noch fanden in vielen Städten Brandenburgs wegen zu geringer Honorare Ärzteprotestveranstaltungen auch gegen die Kassen statt. Doch inzwischen hat sich das Bild gewandelt.

Monika Puhlmann plädiert nachdrücklich für Erhalt und Ausbau eines Kassenwettbewerbes um die bestmögliche Versorgung Kranker.

Alle Beteiligten im Gesundheitswesen sind in Sorge um die Zukunft der Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger. So gab es in mehreren Brandenburger Städten auch am 4. Dezember Protestaktionen gegen die Auswirkungen der Gesundheitsreform.

In einer gemeinsamen Pressemitteilung und Resolution forderten Leistungserbringer, Berufsverbände und Krankenkassenverbände – über Partikularinteressen hinweg – den Erhalt eines demokratischen, selbstverwalteten Gesundheitswesens bei nachhaltiger und gesicherter Finanzierung und nicht einer Finanzierung nach Haushaltslage und politischem Kalkül. Vielfalt und Wettbewerb sollen im Sinne einer besseren Versorgung der Patienten erhalten und ausgebaut werden, von einer zunehmenden Verstaatlichung haben die Patienten nichts! Neue Bürokratie verteuert das System und macht es ineffizient. Der Gesundheitsfonds und die Zusatzprämien lassen den gewollten Wettbewerb um bestmögliche Versorgung der Kranken mutieren zu einem Wettbewerb um gesunde Gutverdienende – das kann weder Sinn noch Ziel der Reform sein. Die medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger muss für alle bezahlbar bleiben.

In der Landeshauptstadt Potsdam wurden die Verbände der Krankenkassen durch den Vorstandsvorsitzenden der AOK und die Leiterin der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände vertreten, die in ihren Statements gegen die geplanten Insolvenzregelungen im Bereich der GKV und für den Erhalt des solidarischen Krankenversicherungssystems plädierten.

Neuer Vertrag für Ersatzkassenversicherte geschlossen:

Krankenfahrten für gehunfähige Patienten

Zum 01.08.2006 trat die zwischen den Ersatzkassen, dem Landes-Zentralverband der Personenverkehrsunternehmer Berlin-Brandenburg e. V. (LZP) und dem Taxi Verband Berlin, Brandenburg – Fachverband für den Personenverkehr in Berlin und Brandenburg e. V. (TVB) geschlossene Rahmenvereinbarung gemäß § 133 SGB V in Kraft. Diese Vereinbarung regelt die Leistungserbringung und Vergütung von ärztlich verordneten Krankenfahrten für gehunfähige Patienten ohne medizinisch-fachliche Betreuung nach § 60 SGB V, die auf die Benutzung eines Rollstuhls angewiesen sind (nicht umsetzbare Rollstuhlfahrer) oder nach ärztlicher Beurteilung liegend oder im Tragestuhl befördert werden müssen.

Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Ausgaben für Fahrkosten sind die Ersatzkassen gehalten, bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen. Mit dieser – für die Ersatzkassen im Land Brandenburg neuen – Vereinbarung haben die Ersatzkassen nunmehr ein Instrument an der Hand, um konsequent darauf hinzuwirken, verordnete Krankenfahrten für gehunfähige Patienten, die keiner medizinisch-fachlichen Betreuung bedürfen, vom Rettungsdienst, dem nach den landesgesetzlichen Regelungen auch die Erbringung des qualifizierten Krankentransports obliegt, hin zu geeigneten Mietwagenunternehmen zu verlagern.

Die Rahmenvereinbarung ist das Ergebnis langer konstruktiver Verhandlungen mit dem LZP und TVB. Zwischen den Partnern wurde hart gerungen – insbesondere um die Vergütungshöhe. Das erzielte Ergebnis stellt nun einen für beide Seiten tragfähigen Kompromiss dar, der der finanziellen Situation sowohl der Leistungserbringer als auch der Ersatzkassen Rechnung trägt.

Diese Rahmenvereinbarung gilt für alle Mietwagenunternehmen, die diese Vereinbarung durch schriftliche Erklärung gegenüber dem LZP, dem TVB und den Ersatzkassen anerkennen. Mit dieser sog. Anerkenntniserklärung hat der Mietwagenunternehmer vor Vertragsabschluss seine fachliche und sachliche Eignung nachzuweisen. Mehr als 80 Mietwagenunternehmen, darunter auch Hilfsorganisationen, sind bereits Vertragspartner der Ersatzkassen.

Häusliche Krankenpflege:

Kurz verhandelt, schnell „geschiedst“, ausgiebig geklagt

Das ist das Szenario, mit dem der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. – kurz bpa – die Kassenlandschaft und den einvernehmlich bestellten Schieds“richter“ beglückt.

Zum Hintergrund:

Die Vergütung für die Leistung „Häusliche Krankenpflege“ (nach § 37 SGB V) lief für die knapp 60 beim bpa organisierten Pflegedienste auf eigenen Wunsch nach nur 12-monatiger Laufzeit am 31.03.2006 aus. Um eine nahtlose Anschlussvergütung zu sichern, begannen durch Aufforderung des bpa bereits im August 2005 die Verhandlungsgespräche. Nach nur zwei Verhandlungsrunden erklärte der bpa aus heiterem Himmel das Scheitern der Verhandlungen. Dies geschah Anfang Dezember 2005.

Auf Grund der vertraglichen Konstellation nach gesetzlicher Vorgabe wurde sogleich nach einer geeigneten Schiedsperson Ausschau gehalten, die mit einem für beide Seiten verbindlichen „Schlichterspruch“ zur Lösung des Problems und zur Anschlussfinanzierung der besagten Leistung beitragen sollte. Im Februar 2006 konnte schließlich eine Einigung erzielt werden. Der amtierende Vorsitzende der Schiedsstelle für Angelegenheiten des SGB XI (Pflegeversicherung) wurde auch zum „Schlichter“ für diesen Part der gesetzlich bestimmten Konfliktlösung in SGB V-Angelegenheiten benannt.

Der weitere Weg...

In der Folgezeit schrieb der bpa seinen Schiedsantrag, die Krankenkassen(-verbände) formulierten

die entsprechende Replik. In der Gesamtschau betrachtet kein einfaches Unterfangen für die benannte Schiedsperson, da ihr völlig konträre Anträge ins Haus wehten: Während der bpa eine lineare Steigerung von „nur“ 26 bis 174 % auf die einzelnen Leistungen der bis zum 31.03.2006 geltenden Vergütung beantragte, reichten die Kassen ein Vergütungskonzept ein, das auf die Erschließung bestehender Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Pflegediensten ausgerichtet war. Beide Parteien begründeten selbstverständlich ihre Anträge und standen dem „Schlichter“ bedarfsweise mit weiteren aufklärenden Hintergrundinformationen zur Seite.

Der Schiedsspruch:

Am 01. Juni 2006 war es dann so weit. Die Schiedsperson traf sich an diesem Tag mit beiden Seiten zum Termin – und entschied. Es wird kein Geheimnis daraus gemacht, dass sich die Kassenseite über den Schiedsspruch mehr freute als die Gegenseite, der bpa. Der Schlichter konnte anscheinend der Argumentation der Krankenkassen(-verbände) mehr folgen als der – in Zeiten knapper (Geld-)Kassen vom bpa geforderten – völlig überzogenen Forderung nach einer Vergütungssteigerung – und dies noch – wie auch der Schlichter mehrmals feststellte – ohne einen einzigen Beleg für die Notwendigkeit beizubringen. Kurz gesagt: Die von den Kassenverbänden eingereichte Vergütungsstruktur wurde bestätigt. Die beantragte Vergütungshöhe wurde zu Gunsten der Pflegedienste leicht abgewandelt. Alles in allem – jedenfalls aus Kassensicht – ein finanziell verträglicher und damit in die heutige Zeit passender Schlichterspruch.

Mit dieser Sichtweise stehen jedoch der Schlichter und die Kassenverbände alleine da. Kurz nach Veröffentlichung des Schiedsspruchs und seiner Begründung erhielt das Sozialgericht Potsdam umfängliche Post. Zunächst gingen die Klagen von 45 und – dann noch nachgezottelt – von weiteren sechs Pflegediensten ein – aufbereitet als zwei Sammelklagen, geschrieben vom gleichen Rechtsanwalt, der den bpa auch im Schiedsverfahren vertreten hatte. Beklagt werden sowohl der einvernehmlich bestellte Schlichter als auch die Krankenkassen(-verbände).

Was sagt man nun dazu?

Ein im gegenseitigen Einvernehmen ehrenamtlich tätig gewordener „Schlichter“ ist hochgradig verärgert, ob des Umgangs mit ihm im Allgemeinen – und im Besonderen, weil ihn die bpa-Seite mit dem wirtschaftlichen Prozessrisiko ungeschützt im Regen stehen lässt. Das Sozialgericht Potsdam scheint seit Mitte September 2006 in stumme Hilflosigkeit verfallen zu sein, da seitdem lediglich für die nachgereichten sechs Klagen die angedrohten Beschlüsse zur Verweisung an die drei anderen Sozialgerichte im Land vorliegen. Es bleibt also spannend, wann und wie sich das Potsdamer Sozialgericht zum Umgang mit den 45 anderen Klagen entscheidet. Aus Sicht der Krankenkassen(-verbände) ist keine Eile geboten.

Ersatzkassen erhöhen Förderung der ambulanten Hospizarbeit

18 ambulante Hospizdienste erhielten in diesem Jahr von den Ersatzkassen finanzielle Fördermittel in Höhe von rund 205.000 Euro. Das sind 6 Prozent mehr als im Jahr 2005.

Mit einem Anteil von mehr als 40 Prozent sind die Ersatzkassen 2006 Hauptfinanzier des Gesamtbetrages aller Krankenkassen im Land Brandenburg in Höhe von insgesamt fast 497.000 Euro.

Durch gesetzliche Regelungen ist eine Kassenförderung seit 2002 möglich. Die Zahl der geförderten Einrichtungen hat sich seit dem fast verdoppelt, die Fördermittelhöhe ist sogar auf das 2,5-fache des Ausgangswertes gestiegen.

Die Förderung der Krankenkassen dient dem Auf- und Ausbau einer möglichst flächendeckenden ambulanten Hospizversorgung – also einer häuslichen Sterbebegleitung. Vielen schwer kranken Patienten und ihren Familienangehörigen kann dadurch auch in der letzten Lebensphase die häusliche Geborgenheit erhalten werden.

Außerdem wird durch die ehrenamtliche Hospizarbeit die Arbeit der sechs stationären Hospize in Cottbus, Brandenburg/Havel, Frankfurt/Oder, Eberswalde, Lehnin und Neuruppin sinnvoll unterstützt.

Kurz gemeldet – Zahlen und Fakten

- **Vergütungsvereinbarung zum Sprechstundenbedarf zwischen Ersatzkassen und Kassenzahnärztlicher Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) abgeschlossen**

  Zum 01.01.2007 tritt die Vergütungsvereinbarung zum Sprechstundenbedarf im vertragszahnärztlichen Bereich in Kraft. Damit ist es gelungen, ab 2007 eine pauschalierte mitgliederbezogene Sprechstundenbedarfs-Vergütung zu regeln. Der Vorteil liegt auf der Hand: Diese Vereinbarung spart unseren Mitgliedskassen einen enormen Verwaltungsaufwand und im Rahmen der Wirtschaflichkeitsprüfung entfallen künftig zeitintensive Prüfverfahren.

- **Ersatzkassen übernehmen weitere Impfungen für Kinder**

  Aufgrund neuer Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) wurden in den Impfkalender aufgenommen:
  – Impfung gegen Pneumokokken (nach vollendetem 2., 3. und 4. Lebensmonat (letzte Impfung im Zeitraum 11. bis 14. Lebensmonat) und
  – Impfung gegen Meningokokken als Einmalimpfung im 2. Lebensjahr

  Die Kosten dieser Impfungen übernehmen die Ersatzkassen nunmehr in jedem Fall.

Quelle: Medical Tribune

- **Vereinbarungen zum ambulanten Operieren**

  Um den Krankenhäusern auch über den Jahreswechsel hinaus Sicherheit bei der Vergütung ambulanter Operationen zu gewährleisten, einigten sich die Brandenburger Kassenverbände mit der Landeskrankenhausgesellschaft auf eine Übergangsvereinbarung, die ab Januar 2007 zunächst die gleichen Konditionen wie bisher fortschreibt.

  In letzter Minute – sozusagen kurz vor Toresschluss – kam ebenfalls eine für das erste Quartal 2007 gültige Übergangsregelung zum ambulanten Operieren im niedergelassenen Bereich zustande.

Bücher

Was macht Indiana Jones in der Notaufnahme?

Letterado Verlag, 144 farb. Seiten, Format 14,5 x 18,5 cm
Festeinband, 19,95 €, ISBN 3-938579-02-1

Eine Pflichtlektüre für alle, die Satire und schwarzen Humor mögen und im Gesundheitswesen zu Hause sind. Es ist das Erstlingswerk des Autors, Klaus-Hermann Schmidt, Jahrgang 1963 und leitender Notarzt des Landkreises Quedlinburg. Die kurze Zeit, die dem Rettungsarzt mit Leib und Seele zwischen Arbeitsende, vier Kindern und erschöpftem Tiefschlaf bleibt, hat er genutzt, um sich den Frust des Tages von der Seele zu schreiben. Herausgekommen ist eine Satire über das deutsche Gesundheitswesen vom Feinsten. Auf seiner reise durch deutsche Wohnzimmer und die Kliniken seiner geliebten Kollegen begegnen dem Autor täglich unzählige skurrile Situationen. Mit Tiefenschärfe beobachtet und niedergeschrieben lässt das Buch tief blicken.

All jene, denen öffentliches Alleingekicher zu peinlich ist, sollten das Buch keinesfalls in Bus oder Bahn lesen, denn mit einem Dauergrinsen kommt man dabei nicht aus.

In 11 Kapiteln erwischt Dr. Dödel wirklich jeden, der jemals mit dem Gesundheitswesen in Berührung kommt. Auch ein außergewöhnliches Geschenk, an dem alle Liebhaber von Cartoons ihre helle Freude haben werden.

Impressum

Herausgeber:
Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV
Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam
Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92 13
E-Mail: LV-Brandenburg@vdak-aev.de
Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank
Verantwortlich: Monika Puhlmann