

report hamburg

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Reform der ärztlichen Vergütung 2009 Über acht Prozent Honorarerhöhung für die Hamburger Ärzte

Das neue ärztliche Vergütungssystem ab 2009 wirft seine Schatten voraus. Seit der Regionalisierung der ärztlichen Vergütung 1993 kommt es erstmals zu einer echten Reform bei der Honorierung der ärztlichen Leistungen. Die Bundesregierung verfolgt damit ehrgeizige Ziele:

- Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen
- Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen und damit die Abschaffung der Budgetierung in der bisherigen Form
- Größere Verteilungsgerechtigkeit zwischen den verschiedenen Arztgruppen
- Gleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen bei der Finanzierung der ärztlichen Leistungen

Diese Ziele umzusetzen, beschäftigt seit Monaten Kassen und Ärzte. Es geht um sehr viel Geld. Bundesweit geben die Krankenkassen bereits bisher mehr als 27 Milliarden Euro pro Jahr für die ärztliche Versorgung ihrer Versicherten aus. Pro Versicherten ergibt sich ein Betrag von 391 Euro, in Hamburg sind es sogar 430 Euro je Versicherten.

Angesichts dieser finanziellen Dimension wird die Heftigkeit der Auseinandersetzung verständlich. Die Mehrforderungen der Ärzte machten zu Beginn der Verhandlungen mehr als sieben Milliarden Euro aus. Ein Schlichtungsgremium auf

Bundesebene hat die Höhe der Vergütung bemessen. Nach Berechnungen der Ärzteseite beträgt die Steigerung der ärztlichen Vergütung gemäß dem Schlichtungsergebnis rund 2,7 Milliarden Euro, was einer bisher einmaligen Steigerung von etwa zehn Prozent entspricht.

In dieser Ausgabe:

- **Gastbeitrag**
Sinnvolle Zahn-Programme
- **Krankenhausfinanzierungsreformgesetz**
Trotz dicker Geldspritze nicht zufrieden
- **Gesundheitsfonds**
Expertengespräch mit Leistungserbringern

Die Vertragspartner der Landesebene haben das o. g. Schlichtungsergebnis in Hamburg umgesetzt. Die Hamburger Ärzte bleiben privilegiert. Zukünftig erhalten sie nach den Vorgaben 468 Euro pro Jahr für die Versorgung eines Versicherten als ärztliche Vergütung. Im Bundesdurchschnitt wird pro Versicherten nur eine Summe von 430 Euro zur Verfügung gestellt. Daneben werden im Rahmen eines Kompromisses in Hamburg noch Zuschläge im Bereich der Prävention, des ambulanten Operierens und der Schmerztherapie bezahlt.

Die Krankenkassen hatten vor dem Hintergrund der beibehaltenen Sonderstellung auf eine zügige Einigung in Hamburg gehofft. Weit gefehlt! Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH), die Vertretung der niedergelassenen Ärzte der Hansestadt, forderte, dieses Ergebnis massiv zugunsten ihrer Ärzte nachzubessern. Das Ergebnis der Bundesebene macht für Hamburg ein Plus von mehr als sieben Prozent aus. Die KVH forderte ursprünglich zu den sieben weitere 40 Prozent!

Aus vergleichbaren Tarifverhandlungen sind die Rituale bekannt: Beide Seiten beziehen Extrempositionen, um sich dann etwa in der Mitte zu treffen. Die Kassen waren bereit, die Beschlüsse der Bundesebene für Hamburg umzusetzen. Sieben Prozent mehr führen zu einer deutlichen finanziellen Zusatzbelastung. Ein Treffen in der Mitte, was in Summe zu mehr als 25 Prozent zusätzlicher Kosten führen würde, war dagegen weder vertretbar noch finanzierbar.

Finanziers sind formal die Krankenkassen. Ihre Einnahmeseite ist aber durch die Gesundheitsreform betroffen. Danach gilt ab 2009 für alle gesetzli-

chen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz. Er wurde mit 15,5 Prozent von der Bundesregierung festgesetzt. In dem Expertengremium zur Bestimmung des einheitlichen Beitragssatzes war errechnet worden, dass ein Satz von 15,8 Prozent benötigt wird. 15,5 Prozent ist eine politische Festlegung. Die Finanzierung der GKV ist für das Jahr 2009 bestenfalls „auf Kante genäht“.

Bleibe als Alternative die Erhebung von Zusatzbeiträgen. Allerdings ist auch dies gesetzlich limitiert. Doch selbst unter Berücksichtigung des Zusatzbeitrages wären die Forderungen der Hamburger Ärzte nicht finanzierbar. Diese Einsicht reifte nach zähen Verhandlungen auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg. Es gelang eine Verständigung zu der neuen Systematik der Vergütung und zu den Themen Prävention, ambulantes Operieren und der Schmerztherapie konnte eine Lösung gefunden werden. Im Ergebnis erhalten die Hamburger Ärzte statt ursprünglich geplant gut sieben Prozent Honorarzuwachs, nun eine Erhöhung ihrer Vergütung von mehr als acht Prozent.



Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

DER KOMMENTAR

Scheinheilige KVH gefährdet die ambulante Versorgung in Hamburg

Die Verhandlungen über die Vergütung der Ärzte im Jahre 2009 waren von der KVH von Beginn an auf ein Scheitern ausgelegt: Den gesetzlichen Krankenkassen wurden Forderungen präsentiert, die einen Honorarzuwachs von knapp 50 Prozent (!) bedeutet hätten. Bereits nach der ersten Verhandlung Anfang September haben die Ärztevertreter „vorsorglich“ das Schiedsamt angerufen und die Festsetzung von Schiedsamtsterminen Ende Oktober/Anfang November beantragt. Ziel war die Festsetzung der Vergütung und Regelleistungsvolumina bis zum 30. November. Im Verlaufe des Verfahrens änderte sich die

KVH-Strategie: Man spielte auf Zeit, um an den alten Vergütungsstrukturen festzuhalten oder um eine einseitige Vergütungsstruktur auf den Weg zu bringen. Ziel dabei war es, Einzelleistungsvergütungen ohne Obergrenze zur Anwendung zu bringen.

Die KVH hat im Zuge des Verfahrens mit allen winkeladvokatischen Tricks versucht, die Vorgaben des Gesetzgebers und des Erweiterten Bewertungsausschusses auszuhebeln. Dieser kompromisslose Konfrontationskurs wird auf sie selbst zurückfallen. Was sich die KVH bei diesen Verhandlungen geleistet hat, ist Wasser auf die Mühlen derjenigen, die sich für eine Abschaffung oder Schwächung dieser Körperschaft einsetzen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht mehr in allen Bereichen auf die Zusammenarbeit mit der KV angewiesen. Hausarztverträge können beispielsweise auch mit anderen vereinbart werden.

Das nunmehr erreichte Verhandlungsergebnis entspricht weitestgehend den Vorstellungen der gesetzlichen Krankenkassen. Die KVH hat mit ihrer Strategie, eine Honoraranhebung um über 310 Millionen Euro oder rund 15.000 Euro pro Arzt durchzusetzen, Schiffbruch erlitten. Allerdings konnte das Landessozialgericht den Crashkurs der KVH stoppen. Diese ist aufgefordert, zu einer seriösen Vertragspartnerschaft im Interesse der Versicherten und Patienten zurückzukehren.

Sinnvolle Zahn-Programme für Kinder und Jugendliche

Interview mit Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft für Jugendzahnpflege (LAJH)

▼ Haben Sie häufiger mal Zahnschmerzen?

▲ Nein, Zahnschmerzen nicht. Aber derzeit habe ich wegen der mal wieder aus dem Ruder laufenden Gesundheitspolitik Bauchschmerzen.

▼ Wegen der Zahnpflege in Kindergärten und Schulen?

▲ Nein, hier hat uns der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, Günter Ploß, beruhigt. Die LAJH wird auch nach Einführung des Gesundheitsfonds unverändert für die Zahngesundheit unserer Kinder tätig sein.

▼ Somit kann die LAJH ins 30. Jahr ihres Bestehens gehen.

▲ Genau, und darauf sind wir auch sehr stolz. Wir haben in Hamburg als Gemeinschaft von Krankenkassen, Zahnärzten und weiteren Träger etwas geschaffen, was anderswo nicht möglich ist. Als wir anfangen, kamen nur einige wenige Kinder noch komplett mit einem naturgesunden Gebiss in die Schule. Heute sind dies mehr als die Hälfte. Dabei hat die zunehmende Migration unsere Statistik nicht positiv verändert.

▼ Am Anfang standen die Patenzahnärzte ...

▲ ... die mit ihren Mitarbeiterinnen wie heute im Rahmen einer Patenschaft Kindergärten betreuen. Uns wurde aber schon früh klar, dass wir nicht alle Kindergärten abdecken könnten. Also haben wir Schritt für Schritt ein Team von inzwischen sechs Fachfrauen eingesetzt.

▼ In welcher Größenordnung bewegt sich diese Betreuung?

▲ Mit allen betreuten Kindergartenkindern könnten wir leicht das größte Stadion in Hamburg mit fast 60.000 Kindern füllen. Das ist aber noch nicht alles. Zum einen sind nicht alle Kinder in einem Kindergarten, zum anderen können wir Schulkinder nicht so einfach ausklammern.

▼ In die Schulen gehen Sie also auch mit Zahnärzten?

▲ Genau das nicht. Uns wurde aus der Schulbehörde schon früh signalisiert, dass unser Programm sehr gut auf Fachkräften aufbauen kann. Fachkunde

und pädagogisches Geschick müssen unsere Mitarbeiterinnen für diesen Bereich mitbringen. Heute können wir mit neun Mitarbeiterinnen alle Wünsche der Schulen abdecken.

▼ Wie hört sich das in Zahlen an?

▲ Noch beeindruckender als in den Kindergärten. Die Mitarbeiterinnen erreichen über das Schuljahr gesehen rund 73.000 Kinder, überwiegend in Vor- und Grundschule, aber auch darüber hinaus bis zur 10. Klasse. Wir haben über die Jahre ein Programm entwickelt, das ständig modifiziert und ausgebaut wird.

▼ Das sind Programme für alle Kinder. Gibt es noch Spezialangebote?

▲ Wir haben ein Programm für Kinder mit einem erhöhten Kariesrisiko entwickelt. Hierfür haben wir mit Unterstützung der Bezirksämter ein Team von neun Mitarbeiterinnen aufgebaut. Sie bieten diesen Kindern unter Aufsicht der Schulzahnärzte gezielt eine intensive Zahnpflege mit anschließender Fluoridierung an. In diesen Genuss kommen im Jahr rund 10.000 Kinder.

▼ Gibt es noch weitere Aktivitäten?

▲ Ja, fest im Angebot der LAJH stehen zwei Theaterstücke, die ein professioneller Figurenspieler für uns in Kindergärten und Schulen aufführt. Sie haben eine sehr intensive motivierende Wirkung. Außerdem feiern wir den „Tag der Zahngesundheit“ mit einem Besuch im Tierpark Hagenbeck, und in Kindergärten veranstalten wir jährlich einen Aktionswettbewerb. Noch eine Zahl: Wir setzen pro Jahr rund 150.000 Zahnbürsten ein und knapp 10.000 Zahnputzsets.

▼ Das alles kostet Geld aus welchen Quellen?

▲ Über das Jahr verbrauchen wir rund 600.000 Euro für Personal und Material. Der größte Anteil kommt von den gesetzlichen Krankenkassen, die damit unsere Aktivitäten in Kindergärten und Schulen finanzieren. Die zahnärztlichen Körperschaften beteiligen sich auch finanziell aktiv an der Gemeinschaftsaufgabe. Sie unterhalten in der Zahnärztekammer das LAJH-Büro für die Organisation der Einsätze.

▼ Dann wünschen wir Ihnen viele weitere harmonische Jahre erfolgreicher Arbeit zum Nutzen der Zahngesundheit unserer Hamburger Kinder.

▲ Vielen Dank. Ich werde das an unsere Teams und Patenzahnärzte gern weitergeben.



Prof. Dr. Wolfgang Sprekels, Vorsitzender der LAJH und Präsident der Zahnärztekammer Hamburg

Kabinettsentwurf zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz Trotz Vier-Milliarden-Euro-Geldspritze ist keiner richtig zufrieden

Das Schreckgespenst der Krankenhauslobbyisten, welches die Krankenhausgesellschaften immer wieder an die Wand malen, zeigt nun offensichtlich Wirkung. „Unsere Kliniken bluten aus“, „Jedes dritte Krankenhaus schreibt rote Zahlen“, „700 Kliniken droht die Schließung“, „Die Grundversorgung ist in Gefahr“. So lauten die Botschaften der Krankenhausgesellschaften unermüdlich. Dabei leistet sich fast kein anderes Land auf der Welt so viele Krankenhausbetten wie Deutschland.

Einen Tag vor der Krankenhaus-Demonstration verabschiedete das Bundeskabinett am 24.09.2008 den Kabinettsentwurf zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG). Die Krankenhäuser erhalten damit 2009 eine vier Milliarden Euro Geldspritze, 2,3 Milliarden Euro ohne die Beschlüsse des Bundeskabinetts und zusätzlich 1,75 Milliarden Euro durch die Beschlüsse des Bundeskabinetts.

Dass die finanzielle Lage der Krankenhäuser sich von 2003 bis 2006 verbessert hat und sie viele gute Renditen erzielen konnten, wird einfach igno-

riert. Der VdAK bedauert, dass die Beitragszahler die Zeche zahlen müssen. Die Chance, den wettbewerbsfreien Krankenhausmarkt für mehr Wettbewerb zuzulassen, wurde nicht genutzt. Auch wird das Gesetz nicht das grundsätzliche Strukturproblem, die Überversorgung, in den nächsten Jahren anpacken. Die gesetzlichen Krankenkassen wenden Jahr für Jahr mehr als 50 Milliarden Euro für die Krankenhausbehandlung auf. Dabei sagen unabhängige Wissenschaftler, dass eine Reduzierung von zehn Prozent der Krankenhäuser sich nicht auf die Qualität und Versorgung auswirken würde. Statt marode Krankenhäuser künstlich am Leben zu lassen, wäre es sinnvoller, die Spezialisierung und Zentralisierung der Häuser vorzunehmen. Dies war im Übrigen auch das Ziel der DRG-Einführung.

Demgegenüber fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft unermüdlich das Krankenhaus um die Ecke. Das Wohnort- und bürgernahe Krankenhaus ist das Ziel der Krankenhauslobbyisten. Jedes Krankenhaus soll ein breites Spektrum der Grundversorgung bieten. Dabei ist al-



Thomas Schulte,
VdAK/AEV-Landesvertretung
Hamburg

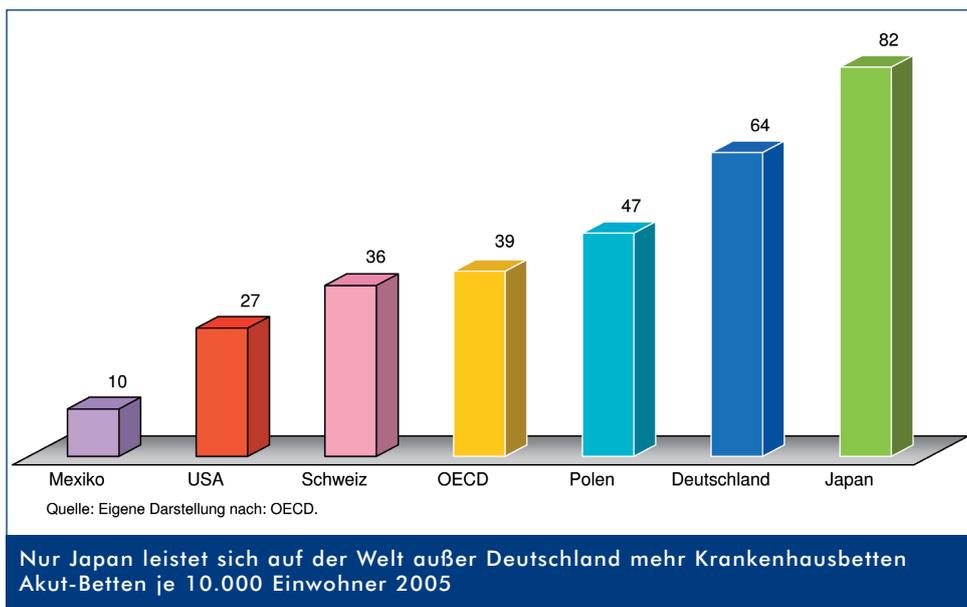
DER KOMMENTAR

„Weiter so, Deutschland!“, denn es ist Wahlkampf!?

Ist es Zufall, dass die niedergelassenen Ärzte einen Tag vor den großen Protestaktionen von der Bundesregierung die 2,3 Milliarden Euro Geldspritze erhielten? Ist es Zufall, dass die Krankenhäuser einen Tag vor ihrer Riesendemo die vier Milliarden Euro Geldspritze bekamen? Und trotzdem sind die Leistungserbringer nicht zufrieden, denn gefordert wurde viel mehr.

Aber zufrieden können sie neben den großzügigen Finanzzuwendungen allemal sein, denn die kostenintensiven Strukturprobleme wird der Gesetzgeber mit dem KHRG nicht so schnell beseitigen. „Weiter so Deutschland“ ist in Zeiten der Wahlkämpfe angesagt, keine grundsätzlichen Reformen.

Der Gesetzgeber hat auch die Chance verpasst, im Krankenhausbereich mehr Vertragswettbewerb zu wagen. Dabei gab es mit dem § 140 SGB V in den letzten drei Jahren innovative Ansätze und gute Verträge, um eine bessere Versorgung der Versicherten zu schaffen. Die Anreize für die Krankenhäuser, diesen Weg weiterzugehen, werden für die Zukunft wieder reduziert.



besser sind die Heilungschancen für den Patienten.

Der Krankenhaussektor wird mit dem neuen KHRG den Reformprozess nur langsam voran bringen, aber ist es auch das richtige Instrument, um Struktur-, Effizienz- und Produktivitätsanpassungen zielorientiert vorzunehmen, ohne den Patienten aus dem Mittelpunkt zu nehmen?

Die Krankenhauslobby hat viele ihrer Ziele erreichen können, aber richtig zufrieden scheint sie noch nicht zu sein. Es ist viel Selbstkostendeckung in diesem

len Krankhausexperten schon seit langem bekannt, dass je mehr Spezialisierung im klinischen Alltag vorhanden ist, je mehr ein Arzt also operiert, desto weniger treten Komplikationen auf, desto kürzer ist der Krankhausaufenthalt und umso

Gesetz, aber wenig Mut z.B. durch mehr Vertragswettbewerb und durch selektives Kontrahieren bei planbaren Leistungen einen neuen Vertrag zu gehen. Dieses „Weiter so“ wird Deutschland mehr als nur viel Geld kosten.

STICHWORT

Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes (KHRG)

Der Kabinettsentwurf vom 24. September 2008 enthält unter anderem folgende Neuregelungen:

1. für die Länder optionale Umstellung ihrer Investitionszahlungen auf leistungsorientierte Investitionspauschalen ab 2012
2. für 2009 Möglichkeit der Refinanzierung der Tariflohnerhöhungen 2008 und 2009 von 50 Prozent
3. planmäßiger Wegfall des Abschlages in Höhe von 0,5 Prozent vom Rechnungsbetrag bei GKV-versicherten Patienten
4. Sonderprogramm zur Verbesserung der Situation des Pflegepersonals in Krankenhäusern; in drei Jahren schrittweiser Aufbau einer 70-prozentigen Finanzierung von bis zu 21.000 Stellen im Pflegedienst
5. von 2010 bis 2014 Annäherung der Landesbasisfallwerte an einen einheitlichen Basisfallwert
6. Einführung eines pauschalierten Vergütungssystems für die Psychiatrie und die Psychosomatik ab 2013, verbunden mit einer kurzfristigen Verbesserung der Finanzierung der Personalstellen nach der Psych-PV
7. ärztliche Weiterbildung (Zu- und Abschläge), Überprüfung von Zusatzkosten
8. Ausbildungsfinanzierung (Klarstellung)
9. technische Gesetzesänderungen zur Überleitung in den Regelbetrieb des DRG-Systems.

Das Gesetz wird voraussichtlich im Februar 2009 verabschiedet und rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft treten.

Gesundheitsfonds und einheitlicher Beitragssatz Wie soll das eigentlich klappen?



An mehreren zur Kommunikation einladenden Tischen wurde munter diskutiert. Links Günter Ploß, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg, in der Mitte Thomas Ballast, VdAK-Vorstandsvorsitzender und rechts Hanna Gienow, CDU-Bürgerschaftsfraktion. Foto: Kahnert

Wie soll das eigentlich klappen mit dem einheitlichen Beitragssatz und dem Gesundheitsfonds: Einerseits sind die Einnahmen der Krankenkassen von der Politik festgelegt, (mit allen Unwägbarkeiten wie etwa, dass Liquiditätsgarantien des Bundes grundsätzlich kurzfristig sind und die Nachhaltigkeit des Steuerzuschusses fraglich ist), andererseits gibt es auf der Ausgabenseite zu wenig Spielräume und wenig wirksame Steuerungsmöglichkeiten.

Diese Konfliktsituation stellte Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender der Verbände der Ersatzkassen (VdAK/AEV) in seinem Eingangsreferat dar. Ballast war am 5. November von Siegburg an die Alster gereist, um bei einem Expertengespräch zum Thema „Gesundheitsfonds und Festlegung des einheitlichen Beitragssatzes“ mit Vertretern von Ersatzkassen und Leistungserbringern über die neue Gesetzeslage zu beraten.

Ballast stellte anschaulich dar, wie schon bei der Schätzung der Einnahmen Unterschiede zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und Bundesversicherungsamt (BVA) einerseits und den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) andererseits bestehen. Die Differenz bezifferte er auf rund 2,6 Milliarden Euro oder 0,3 Prozentpunkte beim Beitragssatz. Dieser wurde auf 15,5, Prozent festgelegt, die GKV rechnet, dass sie mindestens 15,8 Prozent zur Deckung der Ausgaben benötigt. Die unterschiedlichen Einschätzungen bei den Ausgaben betreffen im Wesentlichen den Krankenhausbereich, den Arztbereich und das Krankengeld.

Die Lösung „Zusatzbeitrag“, den zu erheben das Gesetz von der GKV bei Unterdeckung verlangt, entlarvte

Ballast als Scheinlösung, da es sich vor allem in der ersten Zeit um „Minibeträge“ handeln dürfte, die – man erinnere sich ans „Krankenhausnotopfer“ – oft nicht oder nur mit extrem hohen Kosten einzutreiben sind. Zudem treibt der Zusatzbeitrag die Verwaltungskosten in die Höhe, weil ein Quellenabzug unzulässig ist und daher für jeden Beitragszahler ein Konto eingerichtet werden muss. Ballast verwahrte sich außerdem gegen den Vorwurf, Kassen, die Zusatzbeiträge erheben müssten, arbeiteten unwirtschaftlich. Vielmehr müsse die Politik endlich akzeptieren, dass es strukturelle Unterschiede und Belastungen bei den Kassen gebe, die auch durch den weiterentwickelten, nun morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich nur unzureichend ausgeglichen würden.

Die Möglichkeiten, Leistungen selektiv einzukaufen, bewertete Ballast ebenfalls zurückhaltend. Die Spielräume der Kassen blieben auf Dauer beschränkt, und der Trend zur Vereinheitlichung und Zentralisierung halte an. Dabei ergäben sich erhebliche Probleme dadurch, dass das Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelvertragssystem zu einem sich aufschaukelnden Wettbewerb führe und das Einzelvertragssystem allein die Problematik der flächendeckenden, gleichmäßigen Versorgung nicht löse.

In der anschließenden, lebhaften Diskussion ging es vor allem um Strukturprobleme, die sich mit dem neuen Gesetz (GKV-WSG) ergeben, insbesondere bei integrierter Versorgung, der hausarztzentrierten Versorgung und besonderen Versorgungsaufträgen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Die Diskutanten setzten sich vor allem mit der Frage auseinander, wie ärztliche Qualität gemessen wird und den Patienten transparent gemacht werden kann. Hintergrund dieser Diskussion ist die Erwartung, dass die Kassen in Selektivverträgen verständlicherweise Vertragspartner bevorzugen, die eine besonders gute Qualität für ihre Versicherten bieten.

Sicher scheint jedoch eins: Die sektorenübergreifende Behandlung muss viel stärker als bisher erfolgen, nicht nur, um die Qualität zu verbessern, sondern auch um Kosten zu senken. Denn eins ist allen Beteiligten klar: Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds kann es sich niemand leisten, großzügig mit Geld umzugehen.

Der Vortrag mit allen Zahlen steht im Internet unter <http://www.vdak-aev.de/LVen/HAM/Standpunkte/Gesundheitsfonds/index.htm>

Pflegestützpunkte – wer, wann, wo?

Arbeitsgruppe feilt an der Umsetzung in den sieben Bezirken

Pflegestützpunkte, einer der innovativsten Ansätze, die das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PFWG) zu bieten hat? Skepsis ist angebracht.

Die Aufgabe, zur Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten Pflegestützpunkte einzurichten, liegt bei den Pflege- und Krankenkassen. Erforderlich für die Umsetzung ist ein Beschluss des Landes. Seit September arbeitet in Hamburg eine Arbeitsgruppe aus Pflegekassenverbänden, der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz (BSF) und der sieben Bezirke an der Umsetzung.

Auf vorhandenen Beratungsstrukturen für ältere Menschen und Pflegefragen sollen die Pflegestützpunkte aufbauen, denn sowohl Pflegekassen als auch die Altenhilfe halten schon ein umfangreiches Beratungsangebot vor. Das wird auch schon heute durch Selbsthilfe, Ehrenamt und Leistungsanbieter sinnvoll ergänzt. Was ist also neu? Pflegestützpunkte sollen sich gegenüber den bisherigen Strukturen enger am Bedarf der Nutzer orientieren und somit diese zum Beispiel nicht an verschiedene andere Beratungsinstitutionen verweisen.

In Hamburg ist man sich einig, dass die Beratung neutral erfolgen soll, so dass weder Leistungsanbieter noch Pflegekassen Träger von Stützpunkten sind. Der Aufbau von Pflegestützpunkten soll schrittweise, beginnend mit einem Stützpunkt je Bezirk, erfolgen. Zur Umsetzung einheitlicher Hamburger Beratungsstandards erarbeitet die Arbeitsgruppe zur Zeit einen Landesrahmenvertrag.

Pflegestützpunkte sollen Ehrenamt, Selbsthilfe und anderen Akteuren sowie die im Land zugelassenen und tätigen Pflegeeinrichtungen einbinden und beteiligen. Ein Grundstein hierfür hat ein Ende Oktober durchgeführtes Hearing gelegt, in dessen Vorfeld die Akteure schriftlich Auskunft zu ihrer regionalen Anbindung, ihren Tätigkeitsschwerpunkt und den gewünschten Umfang der Beteiligung geben konnten.

Wie geht es konkret weiter? Die Arbeitsgruppe beabsichtigt, den Landesrahmenvertrag bis Ende des Jahres fertig zu stellen. Das Land Hamburg wird dann mit dem Beschluss zur Errichtung von Pflegestützpunkten den Startschuss geben. Damit stehen dann die Rahmenbedingungen für die Bezirke fest, und der Aufbau kann beginnen. Wir halten Sie weiter auf dem Laufenden.

KURZ GEMELDET

- In Hamburg wurden die ersten Verträge mit Frühförderstellen zur Abrechnung der neuen Komplexleistung „Früherkennung und Frühförderung“ unterzeichnet. Das Hamburger Werner Otto Institut und die Frühförderstelle „mitten-drin!“ bieten die von den gesetzlichen Krankenkassen und der Stadt Hamburg (als Sozialhilfeträger) finanzierte Leistung an. Bei der interdisziplinären Frühförderung werden heilpädagogische Leistungen, ärztliche Leistung und medizinisch-therapeutische Leistungen (Logopädie, Ergotherapie etc.) durch ein Team in einer Einrichtung erbracht.
- Die Ausgaben für psychiatrische Erkrankungen steigen dramatisch. Allein die Ersatzkassen gaben 2007 für die stationäre Versorgung ihrer psychiatrisch Erkrankten 53,1 Millionen Euro aus. Dabei haben sie als größte Kassenart in Hamburg einen Belegungsanteil in Höhe von über 45 Prozent. Bundesweit betragen die Ausgaben des VdAK/AEV für psychiatrische Erkrankungen sogar 1,515 Milliarden Euro. Das ist ein Anteil von 10,21 Prozent (Hamburg 9,12 Prozent) der Krankenhausbehandlung. Vor rund zehn Jahren betrug der Anteil noch etwa vier bis fünf Prozent.
- Die Verhandlungen über Leistungen des Rettungsdienstes mit der Hamburger Feuerwehr werden derzeit parallel gerichtlich und außergerichtlich geführt. Eine neue Vereinbarung über Leistungen des Rettungsdienstes inklusive Intensivverlegungen mit dem DRK und dem ASB soll zum Jahresbeginn gelten. Gleiches gilt für die Vereinbarungen von Krankentransporten und -fahrten.
- Zum 1. April 2009 wird es eine bundeseinheitliche spezielle Regelung zur Behandlung von AIDS-Patienten geben. Bis zu diesem Zeitpunkt wird der bisherige Vertrag weitergeführt. Bis jetzt gab es eine Hamburger Sonderregelung der Ersatzkassen für Ärzte, die AIDS-Patienten behandeln. Diese war wegen der neuen Regelung zur ärztlichen Vergütung ab 1. Januar 2009 zum 31. Dezember 2008 gekündigt worden.

DER HAMMER DES MONATS

Reden ist ... Gold!?

Individuelle Gesundheitsleistungen, kurz IGeL, sind ärztliche Dienste mit oft zweifelhaftem Nutzen, für die der Patient privat bezahlen soll. Dementsprechend ist es gar nicht so einfach, sie in der Arztpraxis an den Kunden zu bringen. Umso größer also die Erwartung, als die Ärzte Zeitung vor einiger Zeit zur Unterstützung des Geschäfts „zehn goldene Regeln für die Arzthelferin“ versprach. Der Hammetipp: „Vermeiden Sie nach der Preisangabe eine Re-depause“. Und, genauso schlau, aber etwas schwieriger umzusetzen: „Glauben Sie selbst an Ihre IGeL-Angebote und die Preise.“ Immerhin: Hat der Patient den Wortschwall überstanden, werden ihm „guter Service“ und sogar „liebvolle Zuwendung“ in Aussicht gestellt. Schade eigentlich, dass sich die offenbar auf Selbstzahler beschränken soll.

BÜCHER



Krebszellen mögen keine Himbeeren

Prof. Dr. med. R. Béliveau /
Dr. med. D. Gingras, Kösel Verlag,
213 Seiten, 19,95 Euro

Wie bitte? Das dachte ich als ich den Buchtitel sah. Obwohl ich normalerweise Literatur, die sich mit Krebs beschäftigt, aus dem Weg gehe, machte mich der Titel neugierig.

Sowohl die Aufmachung, der Schreibstil als auch der gesamte Inhalt machen es einem einfach, sich mit den Themen Krebs und Ernährung zu befassen. Gutes Bildmaterial und verständliche Texte sorgen dafür, komplexe Sachverhalte zu begreifen. Die Autoren verstehen es perfekt, die vorbeugende Wirkung und die therapeutischen Eigenschaften von bestimmten Nahrungsmitteln darzustellen. Eine gesunde Ernährung ist ein maßgebender Ansatz zur Vorbeugung gegen Krebs. Das Buch ist eine große Hilfe, sich dem Thema Krebs zu nähern und die Bedeutung der Ernährung bei der Krebsprophylaxe zu erkennen.



Demenz - mit dem Vergessen leben

Ein Ratgeber für Betroffene

Elisabeth Stechl, Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Catarina Knüvener,
Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main,
2008, 136 Seiten, 15,90 Euro

Dieser Ratgeber richtet sich an Menschen mit Demenz im Frühstadium, an Angehörige und alle Menschen, die verstehen möchten, wie sich eine demenzielle Erkrankung für die Betroffenen anfühlt. Menschen mit Demenz beschreiben in kurzen Interviewausschnitten, wie sie selbst ihren Alltag erleben. Sie schildern, welche Probleme im täglichen Miteinander häufig wiederkehren und wie sie gemeistert werden können. Die Autorinnen zeigen, wo und wie sich das Leben mit Demenz erleichtern lässt. Das Buch soll Mut machen, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen, sich rechtzeitig helfen zu lassen und sich selbst zu helfen.



Kreuzzug gegen Fette – Sozialwissenschaftliche Aspekte des gesellschaftlichen Umgangs mit Übergewicht und Adipositas

Henning Schmidt-Semisch,
Friedrich Schorb (Hrsg.),

VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden,
2008, 242 Seiten, 24,90 Euro.

Übergewicht und Adipositas gelten als die größte gesundheitspolitische Herausforderung der Zukunft. In den USA wird Übergewicht mittlerweile als Todesursache Nummer eins noch vor dem Risikofaktor Rauchen geführt. Auch hierzulande werden, spätestens seitdem Renate Künast das Thema zur Chefsache erklärt hatte, Übergewicht und Adipositas nicht länger als medizinisches oder ästhetisches, sondern als gesellschaftliches Problem angesehen. Dabei werden das gesteigerte öffentliche Interesse sowie die politische Brisanz des Themas meist mit der rasanten Zunahme des Phänomens begründet. Vor diesem Hintergrund analysiert der Band kritisch die gesellschaftlichen Bedingungen, die dem dicken Bauch eine so schillernde Problemkarriere ermöglicht haben.

Frohes Fest und viel Glück
im neuen Jahr wünscht Ihre
VdAK/AEV-Landesvertretung Hamburg

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Hamburg des VdAK/AEV
Mittelweg 144 · 20148 Hamburg
Telefon: 0 40 / 41 32 98 20 · Telefax: 0 40 / 41 32 98 22
E-Mail: LV_Hamburg@VdAK-AEV.de
Redaktion: Vera Kahnert · Verantwortlich: Günter Ploß