

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE MAMMOGRAPHIE-SCREENING 500.000. Patientin untersucht | ÖFFENTLICHER GESUNDHEITSDIENST Quo vadis? | ERGEBNISSE DER PFLEGE-QUALITÄTSPRÜFUNGEN

BERLIN

VERBAND DER ERSATZKASSEN . JUNI 2012

AUS DEM VDEK

Sozialwahl holt Preis für Onlinekommunikation



FD 10 Deutscher Preis für Onlinekommunikation

Am 9. Mai verlieh das Magazin pressprecher den Deutschen Preis für Onlinekommunikation 2012 im Berliner Kino International. Unter den Preisträgern:

Die Kampagne für die Sozialwahl 2011! A&B One Digital und seine Auftraggeber, die Deutsche Rentenversicherung Bund, der vdek und die Ersatzkassen (BARMER GEK, Techniker Krankenkasse, DAK-Gesundheit, KKH-Allianz, hkk), erhielten den Preis in der Kategorie „Kampagnen für Institutionen“. Mit einem Bündel von Maßnahmen hat die Online-Kampagne alle Fragen rund um die Sozialwahl beantwortet. Rund 18 Millionen Wahlberechtigte konnten so die Vorteile einer Selbstverwaltung erfahren und wurden überzeugt, ihre Vertreter zu wählen. Die digitale Plattform www.sozialwahl.de informierte mit vielen interaktiven Angeboten. Ein Social-Media-Newsroom sorgte für den mediengerechten Presseservice.

GESUNDHEITSPOLITIK

Gemeinsames Landesgremium – was ist das?

Die im Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) vorgesehene Regelung gemäß § 90a SGB V ermöglicht die Bildung eines neuen Gremiums auf Landesebene. Dieses ist dann ein den Landesausschuss Ärzte/Krankenkassen ergänzendes „Empfehlungs-Gremium“.

Es ist davon auszugehen, dass die Länder hiervon Gebrauch machen, unter anderem weil

- alle Länder im Rahmen der GMK-Initiative eine derzeit bestehende fehlende Gestaltungsmöglichkeit, insbesondere im Zusammenhang mit der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, reklamiert haben,
- gemäß § 90 Abs. 4 Satz 2 SGB V vorgesehen ist, dass die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Landesbehörden ab 1.1.2012 in den Landesausschüssen beratend mitwirken,
- mit dem GKV-VStG bei der Bedarfsplanung künftig von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgewichen werden kann, soweit es zur Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (besonders Demographie und Morbidität) für eine bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist oder
- die alte Pflicht zur Benehmenserstellung bei der Bedarfsplanung mit den zuständigen Landesbehörden seit 1.1.2012 durch ein Beanstandungsrecht (innerhalb von zwei Monaten) ersetzt worden ist.

Das Land Berlin hat sich in der Koalitionsvereinbarung verpflichtet, für eine ausgewogene und möglichst gleichmäßig verteilte ambulante und stationäre Versorgung der Bevölkerung einzutreten. Nach dem Willen des Berliner Gesundheitssenators soll das gemeinsame Landesgremium auf Fragen zur medizinischen Versorgung Antworten finden und Empfehlungen geben – ab 2013.

Gremium als Chance für Gestaltung

Das neue Landesgremium bietet die Basis für Erörterungen regionaler sektorenübergreifender Versorgungsfragen. Damit hat das Land die Chance, sich in die Gestaltung der medizinischen Versorgung einzubringen. Die Aufgaben und Kompetenzen – soweit es das Landesrecht vorsieht – bestehen in der Abgabe von Empfehlungen und Stellungnahmen.

Empfehlungen können zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen inklusive spezialfachärztlicher Versorgung nach § 116b SGB V gegeben werden.



Ein Plädoyer für praxistaugliche Erwartungen



von
GABRIELA LEYH
Leiterin der
vdek-Landesvertretung
Berlin/Brandenburg

Die Vorgehensweise der Berliner Gesundheitsbehörde ist begrüßenswert. Es zeugt von einer realistischen Bewertung der bestehenden Rahmenbedingungen, zunächst die für die Versorgung zuständigen Kostenträger und maßgeblichen Leistungserbringer als sog. Pflichtbeteiligte bei der Gesetzgebung einzubeziehen.

Damit besteht eine gute Chance zur Etablierung und transparenten, effizienten Zusammenarbeit eines gemeinsamen Landesgremiums. Wer nämlich dieses gemeinsame Landesgremium als Wundermittel gegen grundsätzliche oder allgemeine Unzufriedenheit über die medizinische Versorgung oder Wartezeiten in Berlin verstanden wissen will oder öffentlich „benutzt“, sollte sich den zutreffenden Grundsatz vor Augen halten: „Wer die Musik bestellt, bezahlt sie auch.“ Aber auch die Einbeziehung weiterer Beteiligter wie z. B. der Ärztekammer, Psychotherapeutenkammer, der Patientenbeauftragten und -vertretern sowie der Sozialleistungsträger ist vorgesehen. Nach unserer Auffassung sollte das Wissen und „Erleben“ der vor Ort Verantwortlichen berücksichtigt werden. Dass der Teufel stets im Detail steckt, hatte offenbar auch der Bundesgesetzgeber erkannt, als er diese Option einer Landesgesetzgebung aus dem SGB V ermöglicht hat.



Stellungnahmen können gegeben werden

- zur Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne nach § 99 Abs. 1 SGB V,
- zu den Entscheidungen im Landesausschuss,
- zur Feststellung im Landesausschuss, dass eine ärztliche Unterversorgung eingetreten ist oder in absehbarer Zeit droht,
- zur Feststellung, ob in einem nicht unterversorgten Planungsbereich zusätzlicher lokaler Versorgungsbedarf besteht oder
- zur Feststellung, ob eine Überversorgung vorliegt.

Darüber hinaus kann eine Stellungnahme gegeben werden, sofern keine Einvernehmensherstellung im Landesausschuss zustande kommt – auch im Falle der Abhilfe einer Beanstandung. Eine neue Bedarfsplanungsrichtlinie soll vom G-BA bis Ende des Jahres vorliegen.

Berlin will Chance zügig nutzen

Die Berliner Senatsverwaltung handelte schnell und war sehr gut aufgestellt. Alle Pflichtbeteiligten wurden mit ausreichender Vorbereitung und Zeit für Anfang Mai eingeladen, gemeinsam ausführlich die Eckpunkte des Gesetzes zu erörtern. In diesem Termin setzte der Senator für Gesundheit und Soziales klare Akzente und verdeutlichte die Erwartungshaltung diverser gesundheitspolitischer Akteure. Als nächste Schritte wurden u. a. festgelegt, eine Geschäftsordnung zu erarbeiten sowie sich auf Themenvorschläge aller Beteiligten zu verständigen.

Das parlamentarische Verfahren ist straff geplant: Bis zur letzten Gesundheitsausschuss-Sitzung im Abgeordnetenhaus von Berlin vor der Sommerpause Anfang Juni standen die Eckpunkte. Nunmehr beginnt die Arbeit am Gesetzentwurf, einschließlich der Abstimmung einer Geschäftsordnung. Nach der Sommerpause soll beides in den Senat und anschließend ins Parlament eingebracht werden.

In den Eckpunkten hat der Gesundheits- und Sozialsenator Czaja die durch

das GKV-VStG vorgegebenen Möglichkeiten ausgeschöpft und einen realistischen Ansatz gefunden, mit den sog. Pflichtbeteiligten (der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der Berliner Krankenhausgesellschaft, den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Ersatzkassen) zu gemeinsam getragenen Empfehlungen zu kommen. Die Beschlüsse dieses Gremiums sind für die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen sowie deren Träger laut Begründung zum GKV-VStG nicht unmittelbar verbindlich, sondern haben lediglich Empfehlungscharakter. Vor diesem Hintergrund trägt die vom Gesundheitssektor gewählte Form der Zusammenarbeit mit einem Einstimmigkeitsprinzip ohne Möglichkeit einer Stimmenthaltung ein hohes Maß an Umsetzungschance. Dafür spricht, dass einstimmige Empfehlungen von allen Seiten umfassend geprüft, justitiabel und ausgewogen mitgetragen sein sollten.

Die Ersatzkassen werden sich den Berliner Versorgungsthemen mit aller Offenheit stellen. Verkannt werden darf allerdings nicht, dass es der Bundesgesetzgeber wiederum versäumt hat, Steuerungsinstrumente zur Verfügung zu stellen, um eine auch in Berlin bestehende Überversorgung abzubauen. Diese Tatsache bleibt ungeachtet der Möglichkeiten und Folgen bestehen, die sich aus der Rückgabe oder Verschiebung (auch Teilzeit) von Arztsitzen oder der Erhöhung der Bevölkerungszahl in Berlin ergeben – wie zuletzt insbesondere zu Gunsten der Hausärzte geschehen.

Das gemeinsame Landesgremium bietet allen Verantwortlichen die Chance, eine ausgewogene und gleichmäßig verteilte medizinische Versorgung zu optimieren. Hierbei darf Berlin aber kein Beispiel für unrealistische und für die Bevölkerung im Rest des Landes unerreichbare Versorgungsparameter skizzieren wollen. Themen einer besseren Vernetzung innerhalb und zwischen den Sektoren sowie entsprechend erarbeitete Empfehlungen können hier sowohl für die Patienten als auch für die Beschäftigten im Berliner Gesundheitswesen spürbare Vorteile bringen. ■

HINTERGRUND

Nachgehakt: Wissenswertes zur Brust-Untersuchung



SCHRIFTLICHE EINLADUNG

Speziell geschultes medizinisch-technisches Personal führt die Mammographien in den extra dafür eingerichteten Screening-Einheiten durch. Insgesamt sorgen vier stationäre Screening-Standorte für ein wohnortnahes Angebot in Berlin.

Bei der Untersuchung werden von jeder Brust zwei Röntgenaufnahmen gemacht. Das dauert nur wenige Minuten. Diese Aufnahmen werden dann innerhalb einer Woche von zwei speziell ausgebildeten Fachärzten unabhängig voneinander begutachtet – Fachleute sprechen von einer „Doppelbefundung“. In der Regel erhalten die Frauen nach sieben Tagen schriftlich Bescheid. Eine häufig gestellte Frage ist, warum nur Frauen zwischen 50 und 69 Jahren eingeladen werden. Etwa jede 9. Frau erkrankt im Laufe ihres Lebens an Brustkrebs. Besonders betroffen sind Frauen über 50 Jahre. Zum einen treten Brustkreberkrankungen zu 75 Prozent bei Frauen in diesem Lebensabschnitt auf – was dazu führt, dass Frauen dieses Alters auch den größten Nutzen vom Mammographie-Screening haben. Zum anderen sind die Röntgenaufnahmen von Frauen unter 50 Jahren weniger gut zu beurteilen, weil Frauen in diesem Alter noch ein dichteres Drüsengewebe haben. Früh erkannt, ist Brustkrebs fast immer heilbar.

VORSORGE

Mammographie-Screening: Nutzen Sie Ihre Chance!

Seit 2006 gibt es in Berlin das Mammographie-Screening-Programm. Diese Gesundheitsvorsorge ist eine zusätzliche Möglichkeit, Brustkrebs früh zu erkennen. Jetzt wurde die 500.000. Patientin in Berlin untersucht.



FOTOS (2) Kooperationsgemeinschaft Mammographie

MAMMOGRAPHIE

Alle Frauen zwischen 50 und 69 Jahren in Berlin haben die Möglichkeit, am Mammographie-Screening-Programm teilzunehmen. Ziel dieses Programms ist es, die Sterblichkeitsrate der Frauen durch Brustkrebs zu senken. In Berlin erhalten rund 430.000 Frauen alle zwei Jahre von der Zentralen Stelle eine Einladung, an der Untersuchung teilzunehmen. Die Frauen müssen nur ihre Versichertenkarte mitbringen, eine Praxisgebühr wird nicht erhoben. Die Kosten werden von allen Krankenkassen übernommen – gesetzlich und privat. Unter der zentralen Hotline (030) 27 000 55 55 können sich die Frauen informieren und bei Bedarf einen (Alternativ-)Termin vereinbaren. Bisher wurden knapp eine Million Einladungen versandt. Rund die Hälfte der Einladungen wurde auch angenommen. In diesen Tagen wurde die 500.000. Berlinerin untersucht. Die Teilnehmergezahlen sind allerdings noch verbesserungsfähig.

Ersatzkassen engagieren sich nach wie vor für steigende Teilnehmerzahl

Nach EU-Leitlinien soll eine Teilnahmequote von mindestens 75 Prozent erreicht werden. Mittelfristig sollte die Teilnahme aber bei wenigstens 70 Prozent liegen, um dadurch die Brustkrebssterblichkeit deutlich senken zu können. Für die Initiatoren Anlass genug, mit weiteren Informationen auf das Mammographie-Screening-Programm verstärkt aufmerksam zu machen und noch mehr Frauen für eine Untersuchung zu gewinnen.

95 bis 96 Prozent aller Frauen sind gesund. Nur bei 4 bis 5 Prozent müssen Auffälligkeiten im Befund abgeklärt werden. Aber auch hier kann in ca. 80 Prozent der Fälle Entwarnung gegeben werden.

Die Arbeitsgemeinschaft Mammographie-Screening (Kassenverbände und Kassenärztlichen Vereinigung Berlin) setzt sich auch weiterhin für eine möglichst hohe Teilnehmergezahl ein. ■

Quo vadis, Öffentlicher Gesundheitsdienst Berlin?

Schutzimpfungen, Schuleingangsuntersuchungen, Sozialpsychiatrie – geht es um die Gesundheit größerer Bevölkerungsgruppen, ist der Öffentliche Gesundheitsdienst unverzichtbar. Doch das System krankt.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist zukunftsfest auszugestalten“, so zu lesen in der Koalitionsvereinbarung des Berliner Senats für die Legislaturperiode 2011-2016. Der Senat widmet dem ÖGD Berlin 24 Zeilen in seiner fast 100-seitigen Koalitionsvereinbarung – wenige Wörter, aber große Worte. So heißt es weiter in der Vereinbarung, dass Qualitätsindikatoren in die Berechnung der Budgets aufzunehmen sind. Ja, sogar von einem Muttergesundheitsamt ist die Rede.

Wenn der Senat derartige Vorhaben festschreibt, drängt sich dem Leser zwangsläufig die Frage auf, wie es um den Berliner ÖGD bestellt ist.

Neben der ambulanten und der stationären Versorgung ist der ÖGD ein unverzichtbarer Baustein im deutschen Gesundheitssystem. Den Rechtsrahmen des ÖGD in Berlin bestimmt das im Juni 2006 in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz. Während das Gesetz noch vor Ablauf der 15. Legislaturperiode auf den Weg gebracht wurde, konnten die personalwirtschaftlichen Auswirkungen der Berliner ÖGD-Reform nicht mehr einvernehmlich festgestellt werden. Das Berliner Parlament hat eine entsprechende Beschlussfassung nicht mehr rechtzeitig herbeigeführt.

Kernaufgaben bleiben auf der Strecke

Mit der Reform hatte der Senat seinerzeit ein modernes Gesundheitsdienstgesetz verfolgt. Ziele des Reformprozesses waren: Ressourcen bündeln, sich auf Kernaufgaben des ÖGD konzentrieren und den

Schwerpunkt auf besonders problematische Sozialräume ausrichten. Dies ließ den ÖGD schrumpfen. Seither werden Stimmen laut, dass sich der ÖGD selbst als Sorgenkind darstellt und zunehmend zum Patienten im eigenen System mutiert.

Wie groß die Missstände sein müssen, zeigt die Tatsache, dass der ÖGD sogar seinen per Gesetz zugewiesenen Aufgaben nur noch unvollständig nachkommt. Die Umsetzung präventiver oder sozialpolitischer Zielsetzungen ist ebenso betroffen wie die Schuleingangsuntersuchungen. In einigen Berliner Bezirken konnten wiederholt die Untersuchungen der Kinder nicht rechtzeitig vor Schulbeginn durchgeführt werden. Mögliche Fördermaßnahmen können so nur verzögert ergriffen werden – im schlechtesten Fall unterbleiben sie gänzlich. Für die betroffenen Kinder kann dies einen schwierigen Schulstart bedeuten, wenn gesundheitliche Einschränkungen vorab nicht erkannt werden. Ein Kind, das schwerhörig ist, aber kein Hörgerät trägt, wird dem Unterricht nicht gut folgen können. Ebenso wenig lernt ein Kind nur schwierig lesen, wenn es eine Brille bräuchte, die Sehschwäche aber nicht rechtzeitig erkannt und behandelt wird.

Ersatzkassen fordern ein Umsteuern

Versäumnisse bei der ärztlichen Betreuung von Kindern sind nur schwer zu beheben. Sobald die Kinder im Schulalltag auf Situationen stoßen, denen sie nicht gewachsen sind, fühlen sie sich überfordert. Frustrierende Erlebnisse sind oft



FOTO: Techniker Krankenkasse

die Folge. Schwachstellen im Bildungsbereich, wie fehlende Schulpsychologen, tragen dazu bei, dass Kinder zunehmend kränker werden. Ein Indiz bietet die steigende Bettenanzahl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahren verzeichnen. Wies der Krankenhausplan 2005 noch 270 Planbetten aus, waren es 2010 bereits 330 Planbetten – ein Plus von 22 Prozent. Der Landespsychiatrie-Beirat schätzt, dass 2015 sogar 350 Planbetten benötigt werden könnten.

Besetzungsrückstände in den Gesundheitsämtern und knappe Länderkassen werden zunehmend zum Problem der gesetzlichen Krankenkassen. Abhilfe ist geboten:

Genügend Fachkräfte für die Arbeit im ÖGD gewinnen, angemessene Gehälter zahlen, attraktive Qualifizierungsmöglichkeiten bereitstellen und so die Zahl derjenigen engagierten Beschäftigten im Gesundheitswesen erhöhen, die sich für die Arbeit in einem modernisierten ÖGD interessieren. ■

Ergebnisse der Pflege-Qualitätsprüfungen in Berlin

Berliner Pflegeeinrichtungen halten mit ihrer Qualität in der Benotung dem bundesweiten Vergleich 2011 stand – sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich. Ergebnisse können sich sehen lassen.

Seit Sommer 2011 führen die Pflegekassenverbände in Berlin und Brandenburg die Qualitätsprüfungen nach dem vdek-Konzept durch. Mit geringfügigen Anpassungen hat sich das Konzept als effizientes Arbeitsinstrument bewährt. Die Prüfungsergebnisse vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) im Auftrag der Pflegekassen zeigen, dass sich die Qualität der Betreuung sowohl in den ambulanten als auch in den stationären Einrichtungen Berlins 2011 gegenüber 2010 verbessert hat. Dies spiegelt sich auch in den Pflegenoten wider (www.pflegelotse.de).

Vor allem im Bereich der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung konnten deutliche Verbesserungen verzeichnet werden. Ebenso hat sich die stationäre Versorgung von Menschen mit Demenz verbessert. Die ambulanten Pflegedienste und stationären Einrichtungen setzen sich intensiv mit den Empfehlungen des MDK auseinander und nutzen die Prüfung als Grundlage für interne Audits. Dennoch gibt es einiges zu tun, speziell bei der Umsetzung der Kontraktprophylaxen. Hier sind die Ergebnisse noch nicht zufriedenstellend.

Transparenzvereinbarung als Basis, Qualität zu steigern

Die Einführung der Transparenzvereinbarung und der Pflegenoten stellt trotz aller Kritik eine gute Ausgangsbasis zur Qualitätssteigerung in der Pflege dar. Um hier die Qualitätsdebatte weiter voranzutreiben, schlägt der GKV-Spitzenverband, die Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene

AMBULANTE EINRICHTUNGEN BERLIN

Bereiche	Bund 2011	Berlin 2011
Pflegerische Leistungen	2,1	1,7
Ärztlich verordnete Leistungen	1,7	1,6
Dienstleistung/Organisation	1,3	1,2
Landesdurchschnitt	1,6	1,4
Befragung der Kunden	1,0	1,1

STATIONÄRE EINRICHTUNGEN BERLIN

Bereiche	Bund 2011	Berlin 2011
Pflegerische u. medizinische Versorgung	1,6	1,5
Umgang mit demenzkranken Bewohnern	1,3	1,2
Soziale Betreuung u. Alltagsgestaltung	1,3	1,2
Wohnen/Verpflegung/Hauswirtschaft/Hygiene	1,1	1,1
Landesdurchschnitt	1,3	1,2
Befragung der Bewohner	1,1	1,1

QUELLE DCS 19.01.2012, s.a. http://www.vdek.com/vertragspartner/Pflegeversicherung/Newsletter_Pflegenoten

und der MDK vor, die Bewertungssystematik auf Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse weiter zu überarbeiten – zunächst für den stationären Bereich.

Konkret geht es um:

- Notenspektrum von fünf auf sechs Noten (Schulnotensystem) erhöhen,
- 15 Kernkriterien und eine Abwertungsregelung festlegen (jedes nicht erfüllte Kernkriterium führt zu einer Abwertung um 0,2 Notenstufen auf Bereichs- und Gesamtnotenebene),
- veränderte Stichprobenbildung,
- verschieben und streichen von Kriterien (allein bei Dokumentationsfragen)

Vereinbarung mit privater Krankenversicherung

Auch die Einbindung der privaten Krankenversicherung (PKV) wurde auf den Weg

gebracht. Die Verhandlungen mit der PKV über die gesetzlich vorgeschriebene Beteiligung an den durchzuführenden Qualitätsprüfungen führten zu einer seit 1.8.2011 gültigen Vereinbarung. In Berlin nahm die

»Qualitätsmängel rechtzeitig vorbeugen und die Eigenverantwortung der Einrichtungen stärken. Pflege muss bestimmte Maßstäbe erfüllen.«

PKV ihre Prüftätigkeit im November 2011 auf. Nach ersten Anlaufschwierigkeiten und dem damit verbunden Mehraufwand für die Landesverbände der Pflegekassen in Berlin hoffen die Beteiligten nun auf einkehrende Routine. ■

Neue Referatsleiterin



REBECCA ZELJAR

Rebecca Zeljar ist neue Referatsleiterin Ambulante Versorgung, Ärzte, Arzneimittel der vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg. Zuletzt arbeitete sie als Abschnittsleiterin Verträge bei der Knappschaft Bahn See in Hannover. Zuvor war sie zwölf Jahre bei der BARMER GEK, zuletzt als Mitarbeiterin der Strategie- und Analyseeinheit ärztliches Honorar in der Hauptverwaltung in Wuppertal tätig. Rebecca Zeljar hat berufsbegleitende Studiengänge zum Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, in Diplom-Ökonomie/Medizin und in Betriebswirtschaft mit dem Schwerpunkt Health-Care und Sozialmanagement erfolgreich absolviert.

Foto-Wanderausstellung



DIE VERGANGENEN 100 JAHRE waren eine Zeit der Umbrüche – auch für den vdek

Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) blickt auf eine 100-jährige Geschichte zurück. Gegründet wurde der vdek am 20.5.1912 unter dem Namen „Verband Kaufmännischer Eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“ in Eisenach. Seitdem haben eine Vielzahl von Gesundheitsreformen, politischen Umbrüchen und Fusionen den Verband und seine Mitgliedschaften geprägt. Sich den neuen Herausforderungen gestellt, sind die Ersatzkassen

und ihr Verband heute mit rund 25,7 Millionen Versicherten der Marktführer in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Anlässlich des 100jährigen Bestehens hat der vdek unter dem Titel „Wieder Gesund?“ zu einem Fotowettbewerb aufgerufen. Ende 2011 wurden die Preisträger unter zahlreichen Einsendungen ausgewählt – Platz 3 mit der Fotoserie „Die Nächsten“ ging nach Berlin! Der Fotodesigner Manfred Wigger hat die prämierten Fotos in einer Fotoausstellung zusammengestellt. Gezeigt werden Fotos, die sich mit dem Umgang der eigenen Erkrankung oder der eines Familienangehörigen auseinandersetzen. Ebenso ist aber auch die Lebensfreude ein Thema, nach überstandener Krankheit oder trotz einer Erkrankung. Motive wie der Umgang mit Medikamenten und die Bedeutung gesunder Ernährung für Kinder finden sich ebenfalls auf einigen Fotos wieder. Nach der Eröffnung der Fotoausstellung im Verlagshaus des Berliner Tagesspiegels geht die Ausstellung auf Reisen. Im Spätherbst 2012 wird sie dann auch in Brandenburg zu sehen sein. Die Fotoausstellung wird voraussichtlich in Zusammenarbeit mit der Staatskanzlei des Landes Brandenburg in deren Räumlichkeiten präsentiert. Nähere Informationen zur Eröffnung der Ausstellung teilen wir rechtzeitig auf unserer Homepage unter <http://www.vdek.com/LVen/BERBRA/index.htm> und über die Presse mit.

Kartellrecht und gesetzliche Krankenversicherung – geht das?

Passen privatrechtliches Kartellrecht und Grundprinzipien der Solidarität, Subsidiarität, Sachleistung und Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zusammen? Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) sagt „NEIN“ und fordert besondere Wettbewerbsregeln für die gesetzlichen Krankenkassen. Der Gesetzgeber muss für die GKV eigene sozialrechtsspezifische Wettbewerbsregeln entwickeln und so deren Besonderheiten Rechnung tragen. Bisher sieht der Gesetzesentwurf für die Überarbeitung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (8. GWB-Novelle) vor, dass das Kartellrecht undifferenziert auf die GKV ausgedehnt wird. Neben einem Abspracheverbot und anderen Regelungen würden Wettbewerbsstreitigkeiten der Krankenkassen dann in die Zuständigkeit der Zivilgerichte fallen. Gegen die Anwendung des Kartellrechts spricht, dass die Krankenkassen einen öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag haben. In der Leistungsgewährung strikt an den Gleichheitsgrundsatz gebunden, unterliegen sie auch einem sozialrechtlichen Kooperationsgebot zur Gewährleistung einer guten und wirtschaftlichen Versorgung. Wettbewerbsrecht dürfe den Versorgungsauftrag und die Gestaltungskompetenz der Krankenkassen nicht behindern. Die Länder haben sich bereits gegen die Vorschriften, die die GKV betreffen, ausgesprochen. Damit greifen sie auch die erheblichen Bedenken der Ersatzkassen gegen diese Neuregelungen auf.

GESETZGEBUNG

Qualitätssicherung auf neuem Niveau

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde geregelt, dass Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) sektorenübergreifend zu erlassen sind. Infolgedessen ist im Dezember 2010 die „Richtlinie zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung“ (Qesü-RL) in Kraft getreten. Die Qesü-RL ist die erste Richtlinie, die sektorenübergreifend gefasst ist. Im Auftrag des G-BA setzt das AQUA-Institut seit Ende 2009 den Aufbau einer bundesweiten und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung im Gesundheitswesen um. Die Besonderheit der Qesü-RL ist, dass die sektoral erhobenen Daten sowohl aus dem stationären Bereich (Krankenhaus) als auch aus dem ambulanten Bereich (an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer und Zahnärzte) nunmehr sektorenübergreifend zusammengeführt und nach bundeseinheitlichen Kriterien ausgewertet werden. Was bedeutet das für den Patienten? Nach dem neuen Verfahren wird die Behandlung eines Patienten, der beispielsweise am grauem Star leidet, über den gesamten Behandlungszeitraum hinweg betrachtet und die Qualität der Behandlung gemessen sowie die Zusammenarbeit der im Einzelfall beteiligten Ärzte bewertet. Verbesserungsmöglichkeiten in der Behandlung sollen sich auf diese Weise erkennen und umsetzen lassen. Davon profitiert vorrangig der Patient, aber auch das Gesundheitssystem. Im Ergebnis der Datenauswertung auf Bundesebene werden bundeslandbezogene Rückmeldeberichte erstellt. Die fachliche Bewertung sowie die Durchführung gegebenenfalls erforderlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen erfolgen individuell je Bundesland und liegen in der Verantwortung der auf Landesebene nunmehr zu gründenden Landesarbeitsgemeinschaften (LAG). Die Arbeit auf Bundesebene hat – nach anfänglichen Verzögerungen – einen Stand erreicht, der es der Landesebene ermöglicht, die konkreten Umsetzungsarbeiten vor Ort aufzunehmen, um den geplanten Start des Verfahrens zum 1. Januar 2014 sicher zu stellen. Unter Federführung des vdek haben die Vertragspartner in Berlin – Krankenkassenverbände, Kassenärztliche Vereinigung, Kassenzahnärztliche Vereinigung, Berliner Krankenhausgesellschaft – die Verhandlungen aufgenommen, um gemeinsam die vertraglichen Grundlagen für einen erfolgreichen Start des Projektes in Berlin zu schaffen. Der Verhandlungsauftritt zeigt, dass alle Partner im Interesse der Patienten und Versicherten gewillt sind, konstruktiv an der bestmöglichen Umsetzung für Berlin zu arbeiten. Derzeit äußern sich die Vertragspartner in Berlin zum Mustervertrag und melden ihre Anmerkungen an den Federführer. Ab August 2012 starten dann alle Akteure in die gemeinsamen Verhandlungen.

KURZ GEFASST

Erweiterter Landesausschuss

Das GKV-VstG weist den Partnern der Selbstverwaltung eine neue Aufgabe zu: Für die Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V prüft und bescheidet der erweiterte Landesausschuss die Voraussetzungen der beteiligten Akteure. Nicht zu verwechseln mit § 90a SGB V (Gemeinsames Landesgremium).

Neue Impfvereinbarung geschlossen

Die Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin über eine ab 1.7.2012 geltende Impfvereinbarung konnten erfolgreich abgeschlossen werden. Mit der Verknüpfung der Entwicklung der Impfvergütungen an die jeweilige Grundlohnsummensteigerung bis zum 31.12.2015 gibt es hier nun Planungssicherheit für Versicherte und Ärzte.

Honorarvertrag 2012 zur zahnärztlichen Versorgung

Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin und Ersatzkassen konnten sich auf einen Honorarvertrag für das laufende Jahr verständigen. Damit ist die gute zahnärztliche Versorgung der Versicherten von BARMER GEK, DAK-Gesundheit, KKH-Allianz, HEK und hkk weiter gesichert.

ZAHN MEDIZIN

Projekt für bessere Zahngesundheit

Kontinuierliche Maßnahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe tragen nachweisbar zu einer stetigen Verbesserung der Zahngesundheit Berliner Kinder bei. Auch 2011 befanden sich die Bemühungen um eine Reduzierung von Karieserkrankungen kindlicher Zähne auf einem guten Weg. Studien weisen jedoch zunehmend auf die Problematik der frühkindlichen Milchzahnkaries bei Kindern im Alter bis zu 3 Jahren hin. Die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) Berlin hat den Nachholbedarf für Kinder dieser Altersklasse erkannt. Um Kleinkinder an das Zähneputzen heranzuführen zu können, bedarf es der aktiven Mitarbeit der Eltern, die oft schwer erreichbar sind. Mit einem Projekt in Kitas zu Zeiten, an denen die Kinder von ihren Eltern abgeholt werden, will die LAG gegensteuern: So können Eltern für Themen wie gesunde Ernährung, Zahnputzverhalten ihrer Kinder sensibilisiert werden.

BÜCHER

GKV-VStG im Praxistest!

Erfahrene Fachleute des deutschen Gesundheitssystems beschreiben und kommentieren die Auswirkungen auf die Praxis der gesetzlichen Neuregelungen rund um das GKV-Versorgungsstrukturgesetz – umfassend und leicht verständlich. Das Buch erläutert, was die Neuregelungen konkret für Vertragsärzte, Krankenhausträger und MVZ bedeuten, aber auch für die Selbstverwaltung der GKV. Dem Leser wird ein direkter Zugang zum Verständnis der Reforminhalte geboten. Eine Synopse sowie ein Glossar runden die Ausführungen ab. Ein gelungenes Werk!



Halbe/Orlowski/Preusker/Schiller/Wasem
Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) – Auswirkungen auf die Praxis
Februar 2012, 376 S., € 49,95,
medhochzwei Verlag GmbH,
Heidelberg

Medizin einmal „anders“

Viele Persönlichkeiten unserer Geschichte mussten sich nicht nur mit hartnäckigen und oft rätselhaften Krankheiten herumschlagen, sondern auch mit dilettierenden Ärzten. Leider versuchten die Ärzte Beethoven ausgerechnet mit hochtoxischem Bleisal z von einer Lungenentzündung zu kurieren. Ein fataler Irrtum – und längst nicht der einzige seiner Art. Von solchen Absurditäten erzählt Jörg Zittlau in diesem spannenden, informativen Buch – ein schillerndes Panorama internationaler Geistesgrößen.



Jörg Zittlau
Matt und elend lag er da:
Berühmte Kranke und ihre
schlechten Ärzte
Dezember 2010, 224 S., € 7,95
Ullstein Taschenbuch

IN EIGENER SACHE

Länderreport wird zum „ersatzkasse report“

Unser Länderreport. Seit 20 Jahren eine Garantie für nachhaltige Informationen rund um die gesundheits- und sozialpolitische Themenvelt Berlins. Eine Institution, die auf jeden Schreibtisch der Branche gehört. Für die Macher des Länderreports Anlass genug, den Ansprüchen der Leser weiterhin zu genügen und die Erwartungen stets zu erfüllen – ein neues Layout ändert daran nichts! Ab sofort erhalten Sie den Länderreport im neuen Gewand: Aus Länderreport wird ersatzkasse report! Mit neuem Design werden wir in gewohnter Form über Ereignisse berichten, Entscheidungen kritisch hinterfragen und Sachverhalte durchleuchten. Erst recht, wenn es heißt, Meinungen der Ersatzkassengemeinschaft in der Öffentlichkeit zu platzieren. Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Lesen. Ihre vdek-Landesvertretung Berlin/Brandenburg

P F L E G E

Pflegeverzeichnis 2012

Die Ersatzkassen haben mit dem VVA-Verlag das aktuelle Pflegeverzeichnis Berlin 2012 auf den Markt gebracht. Die Broschüre bietet dem Leser einen Überblick über die bestehenden ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen sowie Hospize in der Stadt. In der Neuauflage auch nachzuschlagen sind alle Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen in den einzelnen Berliner Bezirken. Pflegeverzeichnis 2012 – zum Download auf der Internetseite der vdek-Landesvertretung.

STATISTIK

Gesundheitsökonomische Daten



Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2011/2012“: jetzt in aktueller Auflage. Seit 1992 veröffentlicht der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) unter dem Titel „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens“ Zahlen, Daten und Fakten – mit dem Ziel, Zusammenhänge schnell und einfach erkennbar zu machen. Wer im Gesundheitswesen sachgerecht und fundiert mitreden möchte, braucht eine solide und zuverlässige Datengrundlage. Hierfür ist eine besonders große Bandbreite von Daten wichtig, angefangen von volkswirtschaftlichen und demographischen Daten über Finanz- und Versichertendaten bis hin zu differenzierten Strukturdaten der jeweiligen Leistungsbereiche. Die Broschüre kann über die Homepage der vdek-Landesvertretung kostenfrei abgerufen werden. Auf eine gute Argumentation – mit Zahlen belegt!

I M P R E S S U M

Herausgeber

Landesvertretung Berlin 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,
Vanessa Hönighaus
Verantwortlich Gabriela Leyh
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2190