

report berlin

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Juli 2010

ersatzkassen

Palliativversorgung: **Berlin ist erstes Bundesland mit flächendeckender SAPV**

Die medizinische Versorgung der Berliner Bevölkerung wird seit kurzem durch ein neues hochwertiges Versorgungsangebot ergänzt: Zum 1. Juli 2010 schlossen die Berliner Krankenkassen(verbände), der „Home Care Berlin e. V.“ und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin den bundesweit ersten Vertrag zur flächendeckenden spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV).

2007 wurden die Krankenkassen vom Gesetzgeber beauftragt, die Versorgung schwerstkranker Menschen in ihrem häuslichen Umfeld durch den Aufbau entsprechender Versorgungsstrukturen weiterzuentwickeln und damit zu verbessern.

Aufbauend auf den bereits seit vielen Jahren bestehenden guten Strukturen des Modellprojektes Home Care (Palliativ-Versorgungsstrukturen) ist es nunmehr gelungen, durch vertragliche Einbin-

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Krankenhausplan 2010 – eine Betrachtung
- vdek übernimmt anteilig Federführung bei Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen
- Öffnung der Krankenhäuser (116 b Abs. 2 SGB V)
Dissens zwischen Idee und Wirklichkeit
- vdek unterstützt „Berlin gegen den Schlaganfall“
- Berliner Impfaktion Neue Influenza – ein Ende in Sicht?

dung aller Partner ein qualitativ hervorragendes flächendeckendes Versorgungsnetz für die Patienten zu schaffen.

SAPV soll schwer kranken Menschen, die im Endstadium an nicht heilbaren Erkrankungen leiden,



Die Vertreter von Home Care Berlin e. V. – dem Vertragspartner von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung Berlin (v.l.n.r.): Dorothea Becker, Geschäftsführerin und Hospizleiterin Ricam Hospiz, Dr. Claudia Schelenz, Vorsitzende Home Care Berlin e. V., Michael Friedmann, Arzt für Palliativmedizin

eine bestmögliche ambulante Versorgung sichern. Dabei geht es insbesondere um eine schmerzlin- dernde und damit menschenwürdige multiprofes- sionelle ärztliche und pflegerische Versorgung in ihrer letzten Lebensphase im häuslichen Umfeld. Speziell ausgebildete Ärzte leiten und koordinieren

diese Versorgung, beziehen Angehörige, spe- zialisierte Pflegedienste, weitere Ärzte, ambulante Hospizdienste oder Seelsorge mit ein.

Durch ein über Jahre bestehendes und ständig weiterentwickeltes Berliner Modellprojekt Home Care können Krankenkassenverbände und Kas- senärztliche Vereinigung im Gegensatz zu den meisten anderen Bundesländern auf langjährige Erfahrungen bei der intensiven Versorgung krebs- und HIV-kranker Menschen zurückgreifen. Bereits seit 1992 förderten die Krankenkassen sowohl inhaltlich als auch finanziell die Home Care- Versorgung und leisteten damit entsprechende Vorarbeit – schon damals gemeinsam mit den Home Care-Ärzten ein Meilenstein auf dem Weg zu einer umfassenden SAPV-Versorgung.

Die Home Care-Ärzte, die bisher eine Genehmi- gung zur Versorgung schwerstkranker Menschen haben, behalten diese selbstverständlich und be- treuen ihre Patienten auch weiter.

Der neu geschlossene Vertrag ermöglicht es aber nunmehr weiteren Palliativärzten, ihre Teil- nahme am SAPV-Vertrag gegenüber der Kas- senärztlichen Vereinigung zu erklären und da-

DER KOMMENTAR

Flächendeckende SAPV in Berlin – „schon“ oder „erst“?

Dem aufmerksamen Leser ist sicher die Zeitspanne zwischen dem Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zum April 2007 und dem Vertragsabschluss in Berlin zum Juli 2010 aufgefallen.

Warum drei Jahre Umsetzungsspanne?

Um die Grundlagen für bundesweit einheitliche Leistungsangebote und eine fachlich hoch qualifizierte Leistungserbringung zu sichern, waren in Ausgestaltung der gesetzlichen Vorschrif- ten weitergehende verbindliche Regelungen erforderlich. Die Vielzahl der Akteure und deren divergierende Interessen gestalteten das Vorhaben ambitioniert und zeitaufwendig. Die SAPV- Richtlinie trat am 11.3.2008 in Kraft. Sie ist maßgebliche Grundlage für die Vertragsgestal- tung mit umfassenden weiteren Detailregelungen.

Berlin verfügte bereits seit Beginn der 90er-Jahre mit dem Home Care-Projekt über eine gute Versorgungsstruktur für Patienten mit onkologischen Erkrankungen und HIV-Patienten – ein Projekt, welches dem Grundgedanken der SAPV bereits entsprach.

In Berlin ist die Neustrukturierung und Erweiterung von Home Care hin zur spezialisierten ambulanten Palliativ- versorgung (SAPV) vertraglich abgesichert. Damit wurde der Gesetzesauftrag umgesetzt. Mit der flächendecken- den Versorgung ist Berlin Vorreiter. „Schon“? „Erst“? Auf jeden Fall gut für die Versorgung dieses Patientenkreises.

Im Interesse der Palliativpatienten und ihrer Angehörigen gilt es für alle am Vertrag beteiligten Akteure, die Ziel- stellungen des Vertrages entsprechend umzusetzen.



Gabriela Leyh, Leiterin der Lan- desvertretungen Berlin und Bran- denburg des Verbandes der Ersatzkassen e.V. – vdek

mit an der Versorgung der Schwerstkranken mitzuwirken, sofern sie u. a. folgende Qualifikationen erfüllen:

- Eintrag ins Arztregister,
- Weiterbildung in Palliativmedizin und der
- Nachweis von mind. 75 selbstständig ambulant versorgten Palliativ-Patienten in den letzten 3 Jahren.

Interessierte Ärzte haben als Vertragspartner darüber hinaus die Aufgabe, regelmäßig an palliativmedizinischen Fortbildungen und grundsätzlich alle sechs Monate an multidisziplinären Qualitätszirkeln teilzunehmen sowie eine 24-Stunden-Ruf-Bereitschaft sicherzustellen. Diese

Rufbereitschaft gewährleisten auch die spezialisierten Palliativpflegedienste, mit denen die Ärzte kooperieren. Die Pflegefachkräfte müssen u. a. den Abschluss einer 160-Stunden Palliativ-Care-Weiterbildung nachweisen, um die palliativ pflegerischen Leistungen – wie z. B. Beratung und Maßnahmen zur Symptomlinderung – zu erbringen.

Bisher wurden im Rahmen der Home-Care-Versorgung jährlich ca. 2.700 Berliner behandelt. Künftig sollten etwa 40 Palliativärzte pro Jahr ca. 3.000 schwerstkranken Patienten versorgen. Damit können sich die Berlinerinnen und Berliner auf eine qualitativ hochwertige und nun auch flächendeckende Versorgung verlassen.

vdek übernimmt anteilig Federführung bei Qualitätsprüfungen der Pflegeeinrichtungen

Seit Juni 2010 arbeiten die Landesverbände der Pflegekassen im Bereich der Qualitätsprüfungen nach einer neuen Arbeitsteilung: Jeder Landesverband übernimmt für eine bestimmte Anzahl von Pflegeeinrichtungen und -diensten die Federführung.

Damit wird nunmehr das vom vdek erarbeitete Konzept umgesetzt und der Ersatzkassenverband beteiligt sich ab sofort an der anteiligen Prüfung von mehr als einem Drittel aller Einrichtungen und Dienste (ab 2011 sind das ca. 325). Damit übernimmt der vdek eine gegenüber der AOK gleich hohe Prüfanzahl in der federführenden Bearbeitung.

Fast 1.000 Pflegeeinrichtungen prüfen

Angesichts eines zu erwartenden Prüfvolumens von 923 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin im Jahr 2011 wurden aus Sicht des vdek arbeitsteilige Änderungen innerhalb der Kassenverbände auf Landesebene zwingend notwendig. So ist es erforderlich, eine Bearbeitung nach gleichen Vorgaben und Standards sowie eine einheitliche Bewertung von Prüfergebnissen zu gewährleisten.

Die Landesverbände der Pflegekassen, die im Zusammenhang mit der Durchführung von Qualitätsprüfungen verpflichtet sind, die gesetzlich übertragenden Aufgaben gemeinsam zu erfüllen, haben sich zwischenzeitlich gegenseitig beauf-

tragt, die Aufgaben seit Juni 2010 auf der Grundlage des vereinbarten Verfahrens im Wege der Federführung zwischen den einzelnen Landesverbänden aufzuteilen.

Der jeweils federführende Landesverband wird für die ihm zugeordneten Pflegeeinrichtungen alle Aufgaben wahrnehmen – von der Bewertung der Prüfberichte über die Erstellung eventuell notwendiger Maßnahmenbescheide bis hin zur Aufgabe, die Ergebnisse des Transparenzverfahrens zwecks Veröffentlichung freizugeben.

Einheitliches Handeln notwendig

Durch die Umsetzung des vdek-Konzeptes ist ein einheitliches Handeln aller Beteiligten sichergestellt und die Effizienz der Bearbeitung wird entscheidend erhöht. So wird z. B. die Bearbeitung von Prüf- und Transparenzbericht miteinander verbunden und damit insbesondere auf den Bereich der Ergebnisqualität fokussiert.

Das Konzept garantiert eine fall abschließende Bearbeitung durch den zuständigen Landesverband und vermeidet Doppelarbeit und aufwendige Abstimmungen.

Übrigens werden neue arbeitsteilige Federführung und Konzept auch im Land Brandenburg umgesetzt, sodass der vdek für beide Länder künftig für jährlich ca. 750 Qualitätsprüfungen zuständig ist.

Krankenhausplan 2010 – eine Betrachtung

Nach mehr als zwei Jahren Vorbereitungszeit hat die Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz als zuständige Planungsbehörde den neuen Krankenhausplan 2010 vorgestellt.

Mit einem Planungshorizont bis Ende 2014 wird damit die Grundlage für die zukünftige Quantität und die Verteilung des Angebotes an Krankenhausleistungen im Land Berlin sowie für die Finanzierungsverpflichtungen der Krankenkassen gelegt. Für alle durch den Senat in den Krankenhausplan aufgenommenen Kliniken besteht ein Kontrahierungszwang für die Krankenkassen. Angesichts dieser Bedeutung für Krankenhausträger und Krankenkassen lohnt es sich, den sich derzeit im Mitzeichnungsverfahren der beteiligten Senatsverwaltung befindlichen Krankenhausplan einer Analyse zu unterziehen.

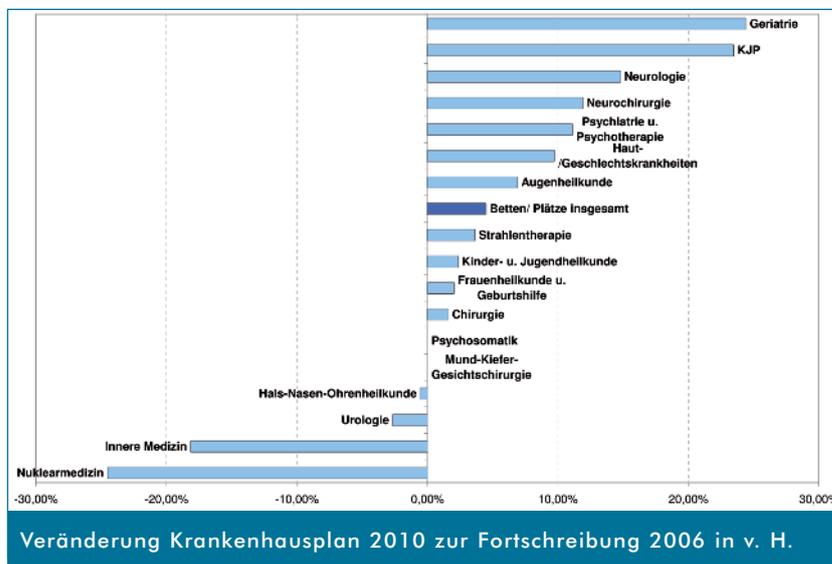
Erwartungen nicht erfüllt

Um es vorweg zu nehmen: Unsere Erwartungen an einen neuen, wegweisenden Krankenhausplan nach zehnjähriger Fortschreibung des Krankenhausplans 1999 werden nicht erfüllt. Vielmehr wird der Eindruck vermittelt, dass es sich um einen Übergangsplan handelt, geprägt von Unsicherheiten, resultierend aus aktuellen Entwicklungen im Gesundheits-, Krankenhaus- und Finanzwesen, z. B.:

- „Verwischung“ der Fachgebietsgrenzen wie z. B. Druck auf die allgemeinen Kapazitäten, Neuorientierung auf Schlüsselangebote wie OP-Kapazitäten oder Intensivmedizin,
- die Frage ausreichend investiver Mittel für planerische Entscheidungen,
- der Willen des Planers zum weitgehenden Rückzug aus der Krankenhausplanung und gleichzeitige Detailfestlegungen weit unterhalb der Gebiets- bzw. Teilgebietsabgrenzung.

Zahlen und Fakten

Was hat sich an der Anzahl der Krankenhäuser und Betten verändert? Ausgehend von der letzten Planung sieht der Krankenhausplan 2010 vor:



- Resultierend aus den Erfahrungen der Senatsverwaltung im Zuge von Klageverfahren gegen die erlassenen Feststellungsbescheide werden fünf Krankenhäuser neu oder wieder in den Krankenhausplan aufgenommen. Ursache hierfür ist u. E., dass keine gerichtsfesten Kriterien für die Auswahlentscheidung auf der sog. zweiten Prüfebene vor den Verwaltungsgerichten entwickelt wurden. Problematisch ist die Entwicklung vor dem Hintergrund der zunehmenden Relevanz von Richterrecht und der daraus folgenden Diskussion um Marktein- und -austritt von Krankenhäusern.
- 907 Betten werden zusätzlich in den Krankenhausplan aufgenommen (die tatsächliche Zahl neuer Betten gegenüber dem aktuellen Stand des vorgehaltenen Angebots fällt geringer aus).

In der Gesamtbettenzahl verstecken sich aber auch Veränderungen innerhalb der (kostenintensiven) Fachgebiete, die zum Teil finanziell dramatischer ausfallen werden. Als Beispiel sei hier eine Aufstockung in der Geriatrie (+24 Prozent), der Neurologie (+15 Prozent), der Psychiatrie (+ 11 Prozent) und der Kinder- und Jugendpsychiatrie (+ 23 Prozent) genannt.

Ebenso wichtig wie die Zahl der Betten bzw. die Verschiebung innerhalb der Fachgebiete sind die Auswirkungen, die sich aus der Festlegung bzw. eben der „Nicht-Festlegung“ des Versorgungsauftrages in der gewählten Form ergeben. Es ist zu vermuten, dass die Krankenhäuser – auch neben der reinen „Bedarfsfrage“ – den Freiraum nutzen,

ihr Leistungsspektrum aus betriebswirtschaftlicher Sicht zu gestalten.

Sichtweisen unterschiedlich

Was aus Sicht des Krankenhausträgers nachvollziehbar ist, kann für den Beitragszahler teuer und für den Patienten unter Umständen riskant werden, sofern sich ein Krankenhaus in Bereiche hineinentwickeln will, für die es letztendlich nicht vorgesehen, nicht ausreichend ausgestattet ist und auch mangels Fallzahlen keine ausreichende Expertise und Routine vorliegt. Hier gilt es, von Seiten der Krankenkassen gegenzusteuern – auch, wenn das Instrumentarium, das der Gesetzgeber vorgesehen hat, der der Selbstverwaltung übertragenen Ausgestaltung des Versorgungsauftrages (noch) nicht gerecht wird. So ist zu erwarten, dass in den dem Krankenhausplan folgenden Budgetrunden vermehrt Streitfälle in Aus-

legung des Versorgungsauftrages auftreten werden. Unklar ist, ob die Schiedsstelle nach Paragraph 18 a KHG die richtige Institution ist.

Regelrecht ärgerlich ist auch die „Nicht-Entscheidung“ zur Frage der Weiterentwicklung der landeseigenen Kliniken – Vivantes und Charité. Hier wird die Chance verpasst, Strukturen zukunftsfähig anzupassen und die Trägervielfalt – Grundvoraussetzung für Wettbewerb in dieser Stadt – weiter zu stärken. Kombiniert mit fehlenden Investitionen des Landes Berlin ergibt dies eine bedenkliche Mischung Struktur konservierender Entscheidungen.

Bleibt also die Hoffnung auf die nächste Planungsrunde oder auf einen mutigen Schritt des Gesetzgebers, der Selbstverwaltung nicht nur die Verantwortung, sondern auch die entsprechenden Kompetenzen zuzuweisen.

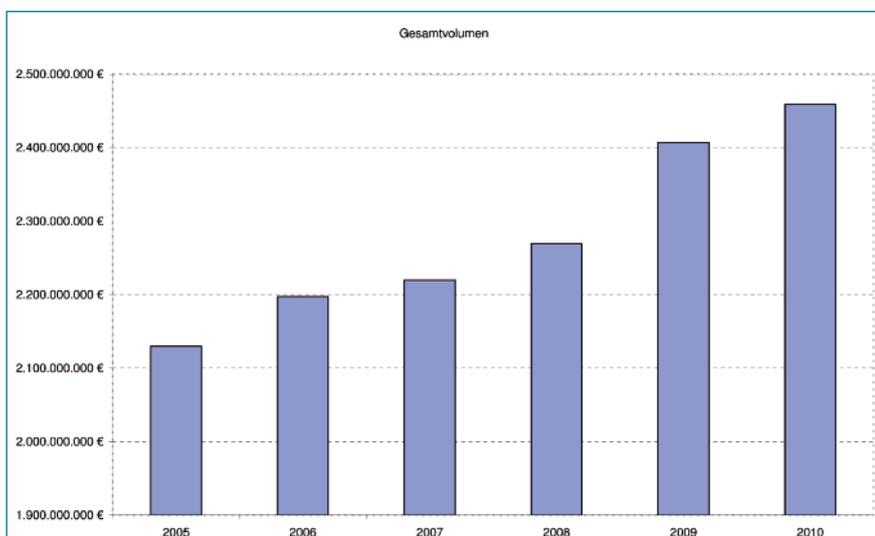
Krankenhäuser und Krankenkassen: Einigung beim Landesbasisfallwert 2010

Nach langen und schwierigen Verhandlungen haben sich die Vertragspartner in Berlin auf dem Verhandlungsweg auf den Landesbasisfallwert 2010 (LBFW) geeinigt.

Damit ist es wiederum gelungen, ohne Schiedsstellenverfahren in schwieriger Situation eine kompromissfähige Lösung zu finden.

Der LBFW wurde gegenüber dem Vorjahr um 27,50 Euro auf 2.927,50 Euro angehoben. Gleichzeitig steigt die in der Vereinbarung hinterlegte Leistungsmenge um weitere 10.000 Bewertungsrelationen (BWR) auf nunmehr 840.000 BWR an. Damit werden den Krankenhäusern in Berlin über 52 Millionen Euro mehr zur Verfügung gestellt als im Jahr 2009. Seit Umstellung des Finanzierungssystems auf sog. DRG (Fallpauschalen) im Jahr 2005 sind damit allein auf diesem Weg rund 330 Millionen Euro Kassen-gelder zusätzlich in die Versorgung der Berliner Bevölkerung mit Krankenhausleistungen geflossen.

Im Gegensatz hierzu stellt sich die Situation bei der vom Land Berlin zu tragenden Investitionsfinanzierung höchst problematisch dar. Hier kommt das Land Berlin nach übereinstimmender Einschätzung der Selbstverwaltungspartner seinen Verpflichtungen nicht in ausreichendem Maße nach. Der hierdurch ausgelöste Druck, Investitionen und erhöhte Instandhaltung auf Kosten der Beitragszahler über Mittel der Krankenkassen, die eigentlich für Personal und Medikamente vorgesehen sind, mit zu finanzieren, belasteten die Verhandlungen zum LBFW zusätzlich.



Das Gesamtvolumen für Krankenhausleistungen, die mit DRG abgerechnet werden, stieg in den letzten Jahren deutlich an.

Paragraf 116 b – Dissens zwischen Idee und Wirklichkeit

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) ermöglicht es Krankenhäusern, (hochspezialisierte) Leistungen auch ambulant zu erbringen (Paragraf 116 b Abs. 2 SGB V).

Ziel dieser gesetzlichen Regelung war es, mit der Öffnung der Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung (von Patienten mit seltenen Erkrankungen und besonderen Krankheitsverläufen) insbesondere in strukturschwachen Regionen auftretenden Versorgungsdefiziten entgegenzuwirken bzw. die ambulante Versorgung dadurch sinnvoll zu ergänzen.

Eigentlich eine gute Idee – sofern sie zusätzliche Behandlungsmöglichkeiten dort schaffen kann, wo es einen (Struktur)Mangel an ambulanten Fachärzten gibt.

Leider ist die Gesetzesformulierung nicht eindeutig. Im Gesetzestext (Paragraf 116 b Absatz 2, Satz 1, letzter Halbsatz) erscheint die Formulierung „...unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation...“. In der Begründung hierzu steht allerdings: „Eine Bedarfsprüfung erfolgt nicht.“ Da es sich hier um Bundesrecht handelt, sehen sich die Länder gebunden. D. h., jedes Krankenhaus, das aufgrund der sächlichen und personellen Gegebenheiten „geeignet“ ist, wird auch von der zuständigen Landesbehörde „bestimmt“ – also zur Behandlung zugelassen. Auf die tatsächliche Versorgung in der Region wird vom Land keine Rücksicht genommen.

Gerade in Berlin mit seinem gut ausgebauten ambulanten Versorgungsnetz ist der Abgleich

zwischen Idee und Erfolg dieser Vorschrift stark zu hinterfragen. Zwischenzeitlich ist sogar zu befürchten, dass mit der Umsetzung dieses Paragrafen bisher gut wirksame ambulante Strukturen in Form spezialisierter Vertragsarztpraxen durch Schaffung von Doppelstrukturen in ihrem Wirken beschnitten werden.

Dabei sollte grundsätzlich die Frage erlaubt sein, inwiefern durch diese gesetzliche Regelung gerade in Stadtstaaten wie Berlin eine Verbesserung der ambulanten Versorgung der Bevölkerung (die auch und gerade mit einer Verringerung der Fälle stationärer Aufenthalte und damit auch Kosten der Krankenkassen einhergehen sollte) beabsichtigt war und wie sich dadurch die Versorgungslandschaft insgesamt verändert...

Wir betrachten ein konkretes Beispiel:

Zunächst wurden in Berlin für den Bereich der onkologischen Versorgung keine Zulassungen des Landes gegenüber Antrag stellenden Krankenhäusern erteilt. Hintergrund waren Gespräche aller Beteiligten über das vor einigen Jahren speziell aufgebaute ambulante Versorgungsangebot der onkologischen Schwerpunktpraxen und ein diesbezügliches Urteil des Sozialgerichts Dresden. In Ermangelung anderer Möglichkeiten erfolgen nunmehr durch die Senatverwaltung derartige Bestimmungen von Krankenhäusern für den onkologischen Bereich, sofern die gesetzlichen Bedingungen erfüllt werden. Gleichzeitig werden Berliner Krankenhausgesellschaft und Kassenärztliche Vereinigung Berlin aufgefordert, in den Krankenhäusern und den Schwerpunktpraxen Behandlungszahlen der Vorjahre und der Zukunft aufzuliefern.

Eine derartige Öffnung der Krankenhäuser im onkologischen Bereich kann zu großen Verwerfungen führen. Die onkologischen Schwerpunktpraxen, die mit erheblichen Finanzmitteln – auch der gesetzlichen Krankenkassen – aufgebaut wurden, bekommen nun aus dem Krankenhausbereich erhebliche Konkurrenz.

PARAGRAF 116 B ABS. 2 SGB V – AMBULANTE BEHANDLUNG IM KRANKENHAUS

(2) Ein zugelassenes Krankenhaus ist zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Abs. 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben.

Von einer Unterstützung für strukturschwache Regionen und Fachgebiete – wie ursprünglich vom Gesetzgeber gewollt – kann hier keine Rede sein.

Es ist wahrscheinlich, dass Gerichte darüber entscheiden, wie diese Bestimmungen im konkreten Fall auszulegen sind. Bis dahin wird es vermutlich einen „Kampf um Patienten“ geben. Entsprechende Klagen durch die betreffenden ambulanten Schwerpunktpraxen wurden bereits angekündigt.

Die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung hat nach Erkenntnissen der Krankenkassen bislang nicht dazu geführt, dass hierdurch stationäre Belegung vermieden und somit Kosten eingespart wurden. Noch nicht genau bezifferbare Mehrausgaben sind wahrscheinlich. Das führt zu

dem Fazit, dass mit der Umsetzung der Gesetzesregelung in Berlin weder eine Verbesserung der Versorgungssituation (durch Kompensation fehlender ambulanter Versorgungsmöglichkeiten) noch eine Verringerung der Kosten erfolgte.

Ziel muss es deshalb sein, die Bestimmungen des Paragraphen 116 b SGB V so zu formulieren, dass eine Öffnung der Krankenhäuser dann ausgeschlossen ist, wenn die ambulante Versorgung durch Vertragsärzte gesichert ist. Ansonsten werden dort zusätzlich teure Angebote geschaffen, wo bereits eine ausreichende (ambulante und damit kostengünstigere) Versorgung besteht.

Dieses Prinzip gilt es, insbesondere vor dem Hintergrund der für den Beitragszahler kaum zu bremsenden Ausgabenentwicklung, auf alle Versorgungsbereiche zu übertragen.

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

Honorarvertrag 2010 mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Berlin unter Dach und Fach

Nachdem die Honorarentscheidung für das Jahr 2008 vor dem Landesschiedsamt Berlin sowie dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg zu treffen war, haben sich die Ersatzkassen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin einvernehmlich auf einen Honorarvertrag für die Jahre 2009 und 2010 verständigt. Damit ist sichergestellt, dass auch weiterhin alle Leistungen, die Berliner Zahnärzte für Ersatzkassenversicherte erbringen, von den Ersatzkassen vergütet werden.

„Berlin gegen den Schlaganfall“

In Deutschland erleiden jährlich ca. 200.000 Menschen einen Schlaganfall. In Berlin sind davon ca. 10.000 Mitbürger betroffen. Grund genug für eine Gesundheitsinitiative unter der Schirmherrschaft des Regierenden Bürgermeisters Klaus Wowereit, an der sich eine breite Allianz von Kooperationspartnern – darunter auch der vdek, Landesvertretung Berlin – beteiligt. Eine besondere Rolle spielt dabei das Centrum für Schlaganfallforschung Berlin (CSB). Ziel der Aufklärungskampagne, zu der auch ein Flyer gehört, ist das rechtzeitige Erkennen der Schlaganfallsymptome, um schnellstens medizinische Hilfe zu ermöglichen. Mehr dazu unter:

www.Berlin-Schlaganfall.de

Berliner Impfkation Neue Influenza – ein Ende in Sicht?

Die Berliner Gesundheitsverwaltung hatte – wie auch die anderen Gesundheitsministerien – Impfstoffe gegen die neue Influenza H1N1 für ein Drittel der Bevölkerung beschafft. Von ca. 1,4 Millionen zur Verfügung stehenden Dosen wurden aufgrund der auch in Berlin nur geringen Nachfrage lediglich 152.600 Impfdosen verimpft. Die Kosten für die Impfungen einschließlich der verimpften Impfstoffe tragen die Krankenkassen, die in einen dafür gebildeten Fonds eingezahlt hatten. Nunmehr ist es Aufgabe der Vertragspartner, den zur Finanzierung der Impfkation gebildeten Fonds „rückabzuwickeln“. D. h., die in diesen Fonds zuviel eingezahlten Finanzmittel – mehr als 10 Millionen Euro – sind den Kassen bis spätestens 30.9.2010 zurückzuzahlen.



BÜCHER

Hurra, wir dürfen zahlen: Der Selbstbetrug der Mittelschicht



Ulrike Herrmann, Verlag: Westend; 3. Auflage, 2010
ISBN 978-3-938060-45-2

Ein faktenreiches Buch! Die Autorin geht der Frage nach, aus welchem Grund die Mittelschicht für Steuergesetze stimmt, welche die Oberschicht einseitig privilegieren, wo sich doch die deutsche Mittelschicht gerne und

immer häufiger als Opfer betrachtet. Der Leser bekommt eine Unterstützung für alle Nachrichten über so gut wie alle brisanten Themen – Pisa, Steuersenkung, Unterschichtfernsehen – und wie diese miteinander verknüpft sind.

Handwerker, Beamte und Angestellte lassen wortlos zu, dass die sogenannten Eliten immer weniger Steuern zahlen. Die Tatsache, dass Reiche immer reicher werden und die Mittelschicht schrumpft, erklärt die Autorin wie folgt: Die Mittelschicht sieht sich selbst als Teil der Elite – ein teurer Irrtum, der nur den wirklich Reichen nützt.

Die Autorin durchleuchtet auf amüsante Weise den bundesdeutschen Alltag und analysiert die bizarre Zunahme an Milliardären, die Renaissance des Adels sowie die Rückkehr der Dienstboten. Die Verachtung der Unterschicht und der fatale Glaube der Mittelschicht, sie sei privilegiert, findet ebenfalls Berücksichtigung. Aber die Zeit drängt. Verfällt die Mittelschicht weiter dem Hochmut, anstatt zu einem realistischen Selbstbild zu finden, wird sie auch weiterhin allein für wirtschaftspolitische Fehlentscheidungen bezahlen.



Nachhaltige Gesundheitsförderung. Gesundheit gemeinsam gestalten – Bd. 4
Eberhard Göpel (Hrsg.) (Autor), Gesundheits-Akademie e. V. (Hrsg.) (Autor), Mabuse-Verlag;
Auflage: 1. (14. Juni 2010)
ISBN-13: 978-3940529848

Sobald nachhaltige Gesundheitsförderung zum Programm öffentlicher Gesundheitspolitik gemacht und in den Städten und Gemeinden umgesetzt

wird, bietet dieses Buch eine orientierende Einführung und Leitkonzepte, auf denen aufgebaut werden kann.

Der Leser erhält Ansatzpunkte für eine sozial integrierte Kommunalentwicklung und eine solidarische Daseinsvorsorge der Bürgerinnen und Bürger auf Grundlage der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO). GesundheitsförderInnen, SozialarbeiterInnen und StadtplanerInnen sowie Gesundheits- und KommunalpolitikerInnen und engagierte BürgerInnen in unterschiedlichen Verantwortungsbereichen finden dabei vielfältige Anregungen für ein wirkungsvolles Engagement in ihrem Gemeinwesen.



Solidarität – Vom Wert der Gemeinschaft

Clemens Sedmak (Hrsg.), Wissenschaftliche Buchgesellschaft; 1. Auflage (1. April 2009), 263 Seiten
ISBN-13: 978-3534207749

Solidarität ist wieder aktuell geworden. In Zeiten der Gerechtigkeitsdebatten fragen immer mehr Menschen nach der verbindenden Kraft in Gemeinschaften, nach gegenseitiger Unterstützung und nach Schutz vor Bedrohungen. Auch als europäischer Wert ist die Solidarität ganz gegenwärtig: Wie können die verschiedenen Gesellschaften Europas sich auf gemeinsame Standards und Verbindlichkeiten einigen? Welche Auffassungen können die Grundlage einer solchen Einigung sein? Gibt es einen Wert der Solidarität, der zum Kanon des europäischen Selbstverständnisses gehört? Diesen Fragen gehen die Autoren in diesem interdisziplinären Sammelband nach.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Berlin des vdek
Axel-Springer-Straße 44-47
10969 Berlin
Telefon: 0 30 / 25 37 74-0
Telefax: 0 30 / 25 37 74-33
E-Mail: LV-Berlin@vdek.com
Verantwortlich: Gabriela Leyh
Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank