

report berlin

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2008

ersatzkassen

Finanzrisiko und Bürokratiemonster: Der Gesundheitsfonds

Die ersten vier Monate des Jahres 2008 sind kaum vorbei, schon blicken die gesetzlichen Krankenkassen gebannt auf das kommende Jahr.

2009 startet der sog. Gesundheitsfonds – Herzstück der letzten Gesundheitsreform und somit Teil des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG), welches zum 01.04.2007 in Kraft trat. Er ist das Ergebnis eines hart erkämpften Kompromisses der Regierungskoalition, der aus den Vorstellungen der CDU zur Einführung einer Kopfpauschale und den Ideen der SPD zur Bürgerversicherung hervorging. Waren die Beitragssätze der Krankenkassen bisher das Ergebnis von Einnahmen zu Ausgaben einer einzelnen Krankenkasse, teilweise korrigiert durch Zahlungen aus dem oder in den Risikostrukturausgleich (RSA), verlieren diese nun die Hoheit über die Höhe des Satzes.

Erstmals Einheitsbeitragssatz

Erstmals im Herbst dieses Jahres und von da ab einmal jährlich wird nun das Bundesgesundheitsministerium einen Einheitsbeitragssatz für alle Krankenkassen festsetzen. Zunächst soll dieser 100 Prozent aller Ausgaben decken, in den Folgejahren nur noch 95 Prozent. Dafür steigt der Bundeszuschuss, der zusätzlich zu den Einnahmen jeder Krankenkasse in einen großen Beitragstopf fließt – den Gesundheitsfonds. Die Kassen bekommen daraus einen einheitlichen Beitrag je Versicherten zugewiesen

In dieser Ausgabe unter anderem:

- 50 Jahre Ersatzkassen in Berlin
- Der Landesbasisfallwert
- Arzneimittelvolumen für 2008 vereinbart
- Erfahrungsaustausch zur Abrechnungsmanipulation mit polnischen Gästen

plus einen Zuschlag je nach Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Versicherten. Dazu wird zeitgleich ein morbiditätsorientierter RSA (Morbi-RSA) eingeführt. Der wissenschaftliche Beirat zur Weiterentwicklung des RSA hat diese Zuschläge für 80 besonders schwerwiegende und damit kostenintensive chronische Erkrankungen definiert. Die endgültige Liste der zu berücksichtigenden Krankheiten, die den durchschnittlichen Versorgungsbedarf einer Kasse ausgleichen soll, wird noch bis zum Sommer durch das Bundesversicherungsamt (BVA) festgelegt.

Zusatzbeitrag vorprogrammiert?

Kann eine Krankenkasse mit diesen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds nicht auskommen, muss sie einen Zusatzbeitrag von den Versicherten erheben. Kassen, die Überschüsse aufweisen, können diese als Bonus auszahlen.

Hoch problematisch ist vor allem die Kombination aus Einheitsbeitragssatz und Zusatzbeitrag, der viele Kassen unabhängig von der eigenen Wirtschaftlichkeit in einen ruinösen Wettbewerb treiben könnte. Legt die Bundesregierung aus politischen Erwägungen einen zu niedrigen Einheitsbeitragssatz fest, werden bereits mit Start des Fonds viele Krankenkassen einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Sinkt die Deckungsquote dann in der Folgezeit bis auf 95 Prozent ab, wird schon allein deswegen der Zusatzbeitrag auf durchschnittlich ca. 12 Euro im GKV-Durchschnitt ansteigen. Bei Kassen mit vielen Härtefällen wird der Zusatzbeitrag dann noch deutlich höher liegen. Je höher die Unterdeckung des Fonds, desto größer ist die einseitige Belastung der Versicherten. Diese strukturbedingten Zusatzbeiträge sind für die Kassen nur begrenzt zu vermeiden. Sie sind daher unsozial und wettbewerbsfeindlich. Die solidarische Krankenversicherung, in der Arbeitgeber und Arbeitnehmer ursprünglich den Versicherungsbeitrag zu gleichen Teilen getragen haben, wird weiter ausgehöhlt.

Zahnärztliche Vergütung angleichen

Bei den Ersatzkassen verstärken die historisch bedingten Preisunterschiede im vertragszahnärztlichen Bereich das Problem. Die Politik hat es bislang versäumt, für eine einheitliche Vergütung zwischen den Ersatzkassen und den anderen Kassenarten im Bereich der zahnärztlichen Leistungen zu sorgen. Damit werden die Ersatzkassen bereits vor Start des Fonds mit 169 Mio. Euro belastet. Das entspricht unter Fondsbedingungen einem Zusatzbeitrag von monatlich 1 Euro je Mitglied.

Die Finanzrisiken der GKV sind mit dem Gesundheitsfonds nicht zu lösen. Mit einem deutlichen Anstieg des Beitragssatzes muss bereits ab 2009 gerechnet werden, wenn eine Ausgabendynamik von ca. drei Prozent je Versicherten unterstellt wird, wie sie im Durchschnitt der vergangenen Jahre jeweils zu verzeichnen war. Die für 2009 vorgesehene Reform der ärztlichen Vergütung wird voraussichtlich mit bis zu drei Milliarden Euro zu Buche schlagen. Das macht 0,3 Beitragssatzpunkte aus. Zusätzliche Belastungen sind bei den Krankenhäusern sowie den Ausgaben für Arzneimittel zu erwarten. Zwar kann momentan noch niemand genau sagen, wo der Ausgaben deckende Beitragssatz 2009 tatsächlich liegen wird. Eine Größenordnung zwischen 15,3 bis 15,5 Prozent ist aus heutiger Sicht allerdings wahrscheinlich. Damit liegt er weit höher als der heutige durchschnittliche Beitragssatz aller gesetzlichen Krankenkassen von 14,8 Prozent.

Was wird dadurch besser?

Durch die Verwaltung des Fonds und des Zusatzbeitrages entstehen unnötige Kosten. Allein die Administration des Zusatzbeitrags wird etwa 1,2 Mrd. Euro jährlich kosten, weil etwa 40 Mio. zusätzliche Beitragskonten eingerichtet werden müssen. Hinzu kommen die unnötigen Transferflüsse, die durch den Einzug der Beiträge durch die Krankenkassen, durch Überweisung der Beiträge an den Gesundheitsfonds sowie durch Rücküberweisung der „Zuweisungen“ des Fonds an die Krankenkassen entstehen. In Zeiten, in denen die Politik allerorten Initiativen zum Bürokratieabbau anstößt, erscheint dieser zusätzliche Verwaltungsaufwand eher kontraproduktiv.

DER KOMMENTAR



Gabriela Leyh, Leiterin der VdAK/ AEV-Landesvertretung Berlin

Nur noch acht Monate bleiben bis zur Einführung des Gesundheitsfonds. Aber bis jetzt sind zu viele Fragen ungeklärt, um den 01.01.2009 ein realistisches Datum für den Start zu nennen. Die Methodik des Morbi-RSA und seine konkreten Auswirkungen sind nicht absehbar. Ein Gesetz zur Insolvenzregelung von Krankenkassen ist vorgesehen, aber nicht fertig, seine Inhalte umstritten und mit dem Sozialrecht unvereinbar. Die Verlässlichkeit des Bundeszuschusses ist fraglich, die Regelung und Höhe der aufzubauenden Schwankungsreserve unbekannt. Der einheitliche Beitragssatz wird erst im Oktober/November 2008 festgelegt, soll aber ab Januar 2009 gelten. Eine Verschiebung des Fonds macht daher Sinn, bis mehr Transparenz über die konkreten finanziellen Wirkungen der einzelnen Regelungen hergestellt ist. Wenn der Fonds nicht aufgegeben wird, so sollte er wenigstens im Rahmen einer mindestens ein- bis zweijährigen Konvergenzphase getestet werden. In dieser Phase würden das bewährte Finanzierungssystem mit kassenspezifischen Beitragssätzen und das in seinen Auswirkungen unbekannte Fondsmodell parallel laufen. Dringend erforderlich ist es dabei auch, dass der Gesetzgeber für gleiche Startchancen im Wettbewerb sorgt und die Vergütungsunterschiede im zahnärztlichen Bereich nivelliert.

Erfahrungsaustausch zur Abrechnungsmanipulation mit polnischen Gästen



Vertreter des LKA Berlin, Gäste aus Polen sowie Kassenvertreter von VdAK/AEV und AOK Berlin

Auf Wunsch des polnischen Gesundheitsministeriums und des Landeskriminalamtes (LKA 34) in Berlin fand im Februar 2008 in der Landesvertre-

tung des VdAK/AEV Berlin ein Erfahrungsaustausch zu Fragen und praktischen Problemen der Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation im Gesundheitswesen statt.

Neben allgemeinen Fragen zu den seit 2004 über 5400 verfolgten Fällen von Fehlverhalten, bei denen über 1,8 Mio. Euro an Strafzahlungen in Berlin und Brandenburg festgesetzt wurden, erfolgte eine rege Diskussion zur Zusammenarbeit zwischen den Vertretern der Krankenkassen mit dem LKA und der Staatsanwaltschaft in konkreten Einzelfällen. Michael Redel (VdAK/AEV) informierte darüber, dass bisher ca. 180 Strafanzeigen bei der zuständigen Staatsanwaltschaft gestellt wurden. Für die polnischen Gäste waren auch Informationen über die zeitintensiven zivil- und strafrechtlichen Verfahren von Interesse, die sich zum Teil über fünf Jahre ohne konkretes Ergebnis hinziehen.

Die polnischen Kollegen nahmen den Eindruck mit, dass schon viel in Richtung der Bekämpfung von Abrechnungsmanipulation unternommen wird, aber es auch in Deutschland noch einiges zu verbessern gibt.

Arzneimittelvolumen für 2008 vereinbart

Verhandlungen über das Ausgabenvolumen für Arznei- und Verbandsmittel enden gewöhnlich vor dem Schiedsamt.

Das entsprach zumindest in den letzten zwei Jahren den Berliner Verhältnissen. Nicht so 2008: Bereits im Januar konnten sich die Berliner Krankenkassenverbände mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin auf das maximale Ausgabenvolumen 2008 in Höhe von 1.020 Mio. Euro einigen.

Dabei splittet sich das Budget in feste und variable Anteile. Ausgehend vom vereinbarten Volumen 2007 in Höhe von 908 Mio. Euro wurde eine feste Steigerung um 4,1 % zuzüglich 20 Mio. Euro für regionale Anpassungen ausgehandelt. Die variablen Bestandteile in Höhe von 55 Mio. Euro sind an bestimmte Bedingungen geknüpft. Es darf als großer Erfolg der Krankenkassen gewertet werden, dass sich die KV Berlin erstmals zur Durchführung von Maßnahmen zur Förderung der Wirtschaftlichkeit sowie zu Zielvereinbarungen bereit erklärt hat.

Zur Einhaltung des Ausgabenvolumens verständigten sich die Vertragspartner auf Versorgungsziele.

Nun ist die KV am Zug, diese den Berliner Vertragsärzten als Orientierungshilfe für eine wirtschaftliche und bedarfsgerechte Arzneimittelversorgung über die KV-eigenen Medien bekannt zu machen. Daneben informieren die Kassenverbände ihre Mitglieds-kassen mit dem Ziel, auch die Versicherten von den Versorgungszielen in Kenntnis zu setzen. Die patienten-individuelle Therapiefreiheit bleibt hiervon unberührt.

Zur Förderung der Wirtschaftlichkeit und zur Erreichung der Versorgungsziele haben die Vertragspartner die Durchführung bestimmter Maßnahmen vereinbart. Dies sind u. a. Informationsveranstaltungen zur Schmerztherapie und der geriatrischen Versorgung sowie die Veröffentlichung von Hintergrundinformationen über ausgewählte hochpreisige Arzneimittel.

Bleibt zu hoffen, dass es gelingt, die in Berlin vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen und einen weiteren überproportionalen Anstieg der Arzneimittelausgaben gegenüber dem Bundesdurchschnitt zu verhindern.

Landesbasisfallwert 2008:

Verhandlungen gescheitert – Schiedsstelle muss entscheiden

Im Mai 2006 hatten die Vertragsparteien – die Krankenkassenverbände und die Berliner Krankenhausgesellschaft – Grund zu feiern: Mit der Unterschrift unter die intensiv verhandelte Vereinbarung zu den Landesbasisfallwerten (LBFW) für das Jahr 2006 und das Jahr 2007 konnte eine Planungssicherheit für zwei Jahre festgelegt werden. Zudem wurde erreicht, dass eine vorsichtige Annäherung in Richtung eines fiktiven bundesdurchschnittlichen Basisfallwertes vollzogen werden konnte: Nach dem Schiedsstellenergebnis 2005, dass den Landesbasisfallwert bei 3.085 Euro festlegte, erfolgte eine schrittweise Absenkung auf 2.990 Euro im Jahr 2006 und auf 2.960 Euro im Jahr 2007.

Dass diese Werte jedoch immer noch zu hoch und damit belastend für die Krankenkassen sind, zeigt ein Blick auf die aktuell vereinbarten Werte in den anderen Bundesländern: Insbesondere der aufgrund seiner Metropolfunktion am besten vergleichbare Stadtstaat Hamburg gibt die Maßlatte mit 2.824 Euro für das Jahr 2008 vor. Bemerkenswert ist zudem, dass der Hamburger Wert auf dem Weg der Vereinbarung konsentiert werden konnte. Durch die hier erfolgte weitere Absenkung liegt der Hamburger Landesbasisfallwert nunmehr schon nahe am durchschnittlichen Landesbasisfallwert aller Bundesländer.

Mit der klaren Zielsetzung, im Interesse der Beitragszahler und des Gesundheitsstandortes Berlin, eine angemessene und bezahlbare Kostensituation für Krankenhausleistungen zu schaffen, wurden auf Betreiben der Krankenkassenverbände im Oktober 2007 die Verhandlungen zum LBFW 2008 für Berlin aufgenommen. Schnell zeigte sich jedoch, dass von Seiten der Krankenhausgesellschaft die Bereitschaft, sich an der bundesweiten Entwicklung und insbesondere an der in Berlin bereits eingetretenen realen Situation zu orientieren, nicht gegeben ist und damit ein Schiedsstellenverfahren provoziert wurde.

Tägliche Abrechnungspraxis gibt Kassen Recht

Dies ist aus Ersatzkassensicht umso unverständlicher, als die reale Situation in Berlin zeigt, dass die sog. „krankenhausindividuellen Basisfallwerte“ im Durchschnitt 2007 in den Berliner Krankenhäusern bei rd. 2.880 Euro – und damit unter dem bereits vereinbarten LBFW – liegen. Eigentlich ein gutes Zeichen für die Auskömmlichkeit mit den vorhandenen finanziellen Mitteln...

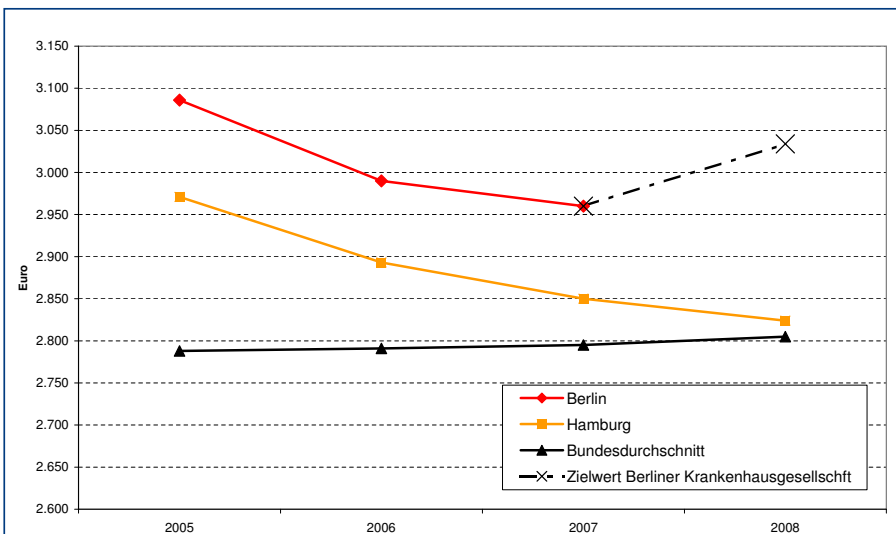
Außerdem liegt die tatsächliche Fallzahlsteigerung in den letzten beiden Jahren unter der sog. „Leis-

STICHWORT: LANDESBASISFALLWERT

Seit 2005 sieht das Krankenhausrecht die Vereinbarung eines landeseinheitlichen Basisfallwertes vor. Ziel ist es, für gleiche Leistungen auch gleiche Preise im jeweiligen Bundesland zu erreichen. Hierfür werden die „historisch gewachsenen“ individuellen Basisfallwerte der einzelnen Krankenhäuser – die noch ober- und unterhalb des Landesbasisfallwertes liegen können – schrittweise an den Landesbasisfallwert angeglichen.

Am Ende der fünfjährigen Konvergenzphase ab 2010 erhalten dann alle Krankenhäuser innerhalb eines Bundeslandes für die gleiche Leistung – z. B. eine Blinddarmoperation – auch die gleiche Vergütung. Hierfür wird die im bundesweit einheitlich kalkulierten Fallpauschalkatalog die Bewertungszahl für eine Leistung mit dem Landesbasisfallwert multipliziert. Ein durchschnittlicher Fall wird mit 1,0 Punkten bewertet.

Der Landesbasisfallwert wird jährlich neu zwischen den Vertragspartnern – Landeskrankenhausgesellschaft und Krankenkassenverbänden – unter Berücksichtigung einer Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen vereinbart. Im Landesbasisfallwert spiegeln sich sowohl das Ausgabenvolumen eines Bundeslandes für Krankenhausleistungen als auch die Zahl und Schwere der Krankenhäuserfälle wider. Überproportional hohe Ausgaben führen demnach zu einem hohen Landesbasisfallwert, besonders viele schwere Krankenhäuserfälle wirken sich aufgrund ihrer hohen Bewertungszahlen absenkend auf den Landesbasisfallwert aus.



Landesbasisfallwerte im Vergleich (ohne Ausgleich und Berichtigungen)

tungsentwicklung“. Es gibt keine Hinweise darauf, dass sich die Krankheitsintensität der Patienten dramatisch verschlechtert hätte. Dies deutet aus Kassensicht darauf hin, dass die teilweise kostenintensiven Abrechnungen für Krankheitsfälle nicht auf ein Mehr an Leistungen, sondern auf eine veränderte Codierung der Krankheitsfälle zurückzuführen sind, die sich durch die Weiterentwicklung und eine veränderte Bewertung einzelner Fallgruppen im DRG-Katalog ergeben. Hinzu kommen auch die Lerneffekte der mit der Codierung befassten Krankenhausmitarbeiter, die gleiche Leistungen nunmehr korrekt und im Sinne der Krankenhäuser optimiert und damit höher codieren.

Für die Sichtweise der Kassen spricht weiterhin, dass die Schiedsstelle im Jahr 2005 einen Betrag von insgesamt 70 Mio. Euro an Wirtschaftlichkeitsreserven feststellte wobei dieser – Originalton Schiedsstelle – noch „vorsichtig angesetzt“ wurde... Sollte sich die Schiedsstelle nunmehr auf die Argumentation der Berliner Krankenhausgesellschaft einlassen, würde die bereits beschlossene Realisierung der Wirtschaftlichkeitsreserven faktisch konterkariert und bis zum Ende der Konvergenzphase verpuffen.

Kassen kein Ausputzer für das Land Berlin

Zwar hat die Berliner Krankenhausgesellschaft bereits anerkannt, dass die realen Werte in den Berliner Krankenhäusern – wie oben dargestellt – weit unter 2.900 Euro liegen, will aber dennoch zu Lasten der Beitragszahler und des Wirtschaftsstandortes

Berlins aus Kassensicht ungerechtfertigte Finanzspielräume für die Krankenhäuser durchsetzen: Sie fordert einen Landesbasisfallwert, der die Marke von 2.900 Euro deutlich überschreitet.

Hier drängt sich der Eindruck auf, dass die Krankenhausgesellschaft den Krankenkassen Geld aus der Tasche ziehen will, um die nicht ausreichende Investitionsfinanzierung des Landes auszugleichen. Es kann aber nicht sein, dass die Krankenkassen, die in Berlin durch die hohe Dichte der Leistungsanbieter und die daraus resultierenden vergleichsweise hohen Kosten bereits überdurchschnittlich belastet sind, auch noch die Finanzierung von Aufgaben übernehmen, die gesetzlich dem Land Berlin zugeordnet sind!

lich dem Land Berlin zugeordnet sind!

Dazu kommt die Tatsache, dass mit Einführung des Gesundheitsfonds ab 2009 und des dann bundesweit einheitlichen Beitragssatzes aller Krankenkassen kein Spielraum für landesspezifische Sonderaufgaben mehr besteht.

Kassen bei Schiedsstellenentscheid optimistisch

Im Ergebnis der Gespräche sahen sich die Krankenkassen also gezwungen, die Verhandlungen für das Jahr 2008 als gescheitert zu erklären und die Schiedsstelle anzurufen.

Die Argumente der Kassen sind stichhaltig und darum gibt es die berechtigte Hoffnung, dass die Schiedsstelle im Interesse des Landes Berlin – und der auch hier überwiegend in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten Bevölkerung – der Argumentation der Krankenkassen folgt und einen Landesbasisfallwert für 2008 festlegt, der sich – ausgehend vom bereits in den Berliner Krankenhäusern realisierten Wert – ein deutliches Stück weiter an den bundesdurchschnittlichen Wert (2008: bei rd. 2.805 Euro) annähert.

Damit könnte die Schiedsstelle einen Beitrag zur Zukunftsfähigkeit des Gesundheitsstandortes Berlin und der weiteren hochwertigen qualitativen Gesundheitsversorgung der Patienten zu bezahlbaren Preisen leisten. Bleibt zu hoffen, dass dies auch geschieht...

50 Jahre Ersatzkassen in Berlin

Am 01. Januar 1958 trat auf Beschluss des Bundesrates das Selbstverwaltungs- und Krankenversicherungsangleichungsgesetz Berlin (SKAG) in Kraft.

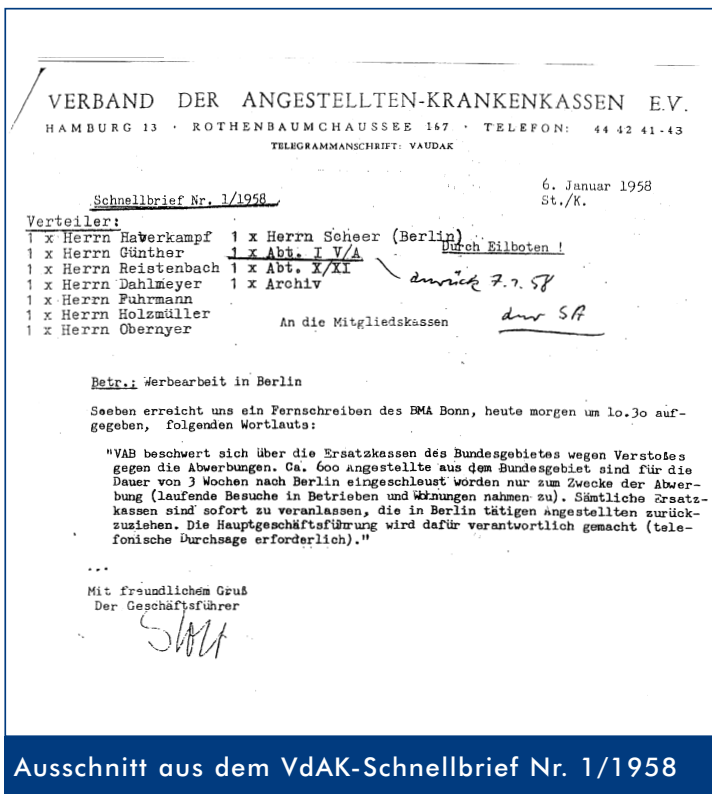
Für die seit 1945 in Berlin bestehende Einheitskrankenversicherung (KVA), in der jeder zwangsversichert war, bedeutete dies einen herben Schlag. Damals wurden neben der AOK – genau wie im Bundesgebiet – die Ersatzkassen, Betriebs- und Innungs-Krankenkassen wieder in Berlin als Träger der Sozialversicherung zugelassen.

Ersatzkassen. Dieser Erfolg kam nicht von ungefähr. Standen doch besonders die Ersatzkassenmitarbeiter von der ersten Sekunde an bereit, um durch intensive Werbearbeit in Berlin „alte“ Mitglieder zurück und neue hinzu zu gewinnen. Diese Welle der Übertritte war offenbar nicht erwartet und vielleicht auch nicht erwünscht worden. Wie sonst ist ein Telegramm des BMA Bonn aus den Januartagen des Jahres 1958 zu erklären, dass über den VdAK einen sofortigen Rückzug der abgeordneten Ersatzkassenmitarbeiter ins Bundesgebiet anordnete.

Immerhin hatte der Bundesrat entgegen des Beschlusses seines sozialpolitischen Ausschusses das Gesetz erst kurz vor Weihnachten 1957 verabschiedet. Auch im Berliner Senat war die Angleichung des Westberliner Krankenversicherungsrechts an die Bundesrepublik umstritten. Erhebliche Bedenken gab es dahingehend, dass die Zulassung von „Sonderkassen“ in Berlin die finanzielle Leistungsfähigkeit der AOK gefährden könne.

Heute – 50 Jahre danach – sind die Ersatzkassen Marktführer in Berlin mit einem Anteil von über 44 %. 1,2 Mio. Versicherte in der Hauptstadt vertrauen auf die Barmer Ersatzkasse (BARMER), die Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), die Techniker Krankenkasse (TK), die Kaufmännische Krankenkasse – KKH, die HEK – Hanseatische Krankenkasse, die Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), die Handelskrankenkasse (hkk), die Gmünder ErsatzKasse (GEK) oder die HZK – DIE PROFIKRANKENKASSE.

Vieles hat sich verändert seit 1958. Vorbei sind die Zeiten, in denen bestimmte Berufsgruppen einzelnen Kassenarten zugewiesen wurden. Jeder Versicherte kann seine Krankenkasse jetzt frei wählen. Überwunden wurde auch die Teilung Berlins, Deutschland ist wiedervereint. Und Nachrichten überbringt heute nicht mehr der Eilbote. Telefon und E-Mail haben das Telegramm ersetzt.



Ausschnitt aus dem VdAK-Schnellbrief Nr. 1/1958

Von den damals 1,4 Millionen bei der KVA zwangsversicherten Mitgliedern wechselten innerhalb eines halben Jahres 300.000 u. a. in die 14 zugelassenen

Verhandlungen zum Krankentransport gescheitert

Nach mehrmonatigen Gesprächen haben die Berliner Krankenkassenverbände das Scheitern der Verhandlungen über die ab 01.01.2008 gültigen Entgelte für den Krankentransport gegenüber 44 der insgesamt

73 Unternehmen in Berlin erklären müssen und die Schiedsstelle angerufen.

Die seitens des Landesverbandes Privater Rettungsdienste in Berlin e. V. (LPR – Berlin e. V.) erhobenen

Forderungen auf Entgeltsteigerungen von 47 % im Vergleich zum Angebot der Kostenträger wurden als völlig überzogen bewertet.

Die Krankenkassenverbände hatten in den Verhandlungen ab dem 01.01.2008 ein Entgelt in Höhe von 50,05 Euro für die werktägliche Stadtfahrt bei einer Mindestvertragslaufzeit von zwei Jahren angeboten. Der LPR – Berlin e. V. forderte zuletzt für die werktägliche Stadtfahrt 73,78 Euro.

Eine Erhöhung in dieser Größenordnung stellt für die Krankenkassenverbände eine unangemessene Forderung dar. Sie würde zu Mehrkosten von 15 Mio. Euro pro Jahr führen und letztlich auch eine Erhöhung der 10%igen Zuzahlung für die Versicherten zur Folge haben. Der Transportverband hatte gedroht,

mit Beginn des neuen Jahres die Kosten je Fahrt bzw. die Differenz zu dem von den Krankenkassen gezahlten Betrag direkt von den Kunden einzufordern.

Bisher wurden keine Fälle bekannt. Dieses Vorgehen wäre rechtswidrig. Die Versicherten sind nicht zur Zahlung verpflichtet, der Unternehmer muss aber in jedem Fall befördern.

Im Mai werden im Schiedsstellenverfahren beide Parteien ihre Standpunkte untersetzen. Angesichts der nach Auffassung der Ersatzkassen unrealistischen Forderungen besteht ein gewisser Optimismus, dass im Schiedsamt eine wirtschaftliche und damit sachgerechte Entscheidung getroffen wird, die die Beitragszahler nicht überproportional belastet.

KURZNACHRICHTEN

DMP Diabetes Typ 1 gestartet

Auch Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 können sich nun in ein neues strukturiertes Behandlungsprogramm einschreiben. Die Berliner Krankenkassenverbände haben mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) sowie stationären Einrichtungen Ende 2007 entsprechende Verträge geschlossen, die die Behandlung dieser Krankheit durch eine regelmäßige, koordinierte und sektorenübergreifende Betreuung optimiert. Zahlreiche diabetologische Schwerpunktpraxen, bei denen betroffene Patienten ihre Teilnahme erklären können, sind bereits in das Programm eingebunden.

Honorarverteilungsvertrag (HVV) mit der KV Berlin

Bereits im Dezember 2007 hatten die Kassenverbände zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung darauf gedrängt, die Höherbewertung der Leistungen infolge des neuen EBM im HVV umzusetzen. Mangels Berechnung über die Auswirkungen des EBM 2008 mit Hilfe eines sog. Transcodierungstools durch die KV verständigte man sich zu diesem Zeitpunkt einvernehmlich darauf, die regionalen Auswirkungen ggf. ab dem II. Quartal im HVV zu berücksichtigen. Auf Basis der im März von der KV vorgelegten Berechnungen unterbreiteten die Kassen konsequenter Weise ihre Anpassungsvorschläge. Eine Orientierung an den eigenen Berechnungen lehnte die KV jedoch ab. Aufgrund der unterschiedlichen Auffassungen über eine Anpassung gilt nun der im I. Quartal 2008 vereinbarte HVV bis zum Jahresende fort.

Eine vom KV-Vorstand bereits postulierte Ablehnung der Verantwortung für eventuelle Leistungseinschränkungen dürfte in der Öffentlichkeit kaum überzeugen. Ist es doch die KV Berlin gewesen, die seit jeher an den Einkommensverhältnissen der Berliner Vertragsärzte aus dem Jahr 2002 nicht zu rütteln vermochte und zwar unabhängig jedweder EBM-Reform oder Problematiken für einzelne Praxen infolge der Individualbudgets.

Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe ab 2008 geregelt

Die Krankenkassenverbände in Berlin haben sich gemeinsam auf ein Verfahren zur Durchführung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe in Berlin ab dem Jahr 2008 geeinigt. Danach wird jedes Jahr ein Kassenverband federführend die Aufgaben für alle Kassenverbände übernehmen. Im Jahr 2008 ist dies die AOK Berlin, 2009 die VdAK/ AEV-Landesvertretung Berlin, 2010 der Landesverband der Innungskrankenkassen und die Knappschaft Berlin gemeinsam und 2011 der BKK-Landesverband Ost. Die Anträge auf Pauschalförderung sind jeweils zum 31. Januar eines Förderjahres an den Federführer zu stellen. Im Jahr 2008 stehen für die Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfegruppen, -kontaktstellen und -landesorganisationen in Berlin ca. 600.000 Euro zur Verfügung.

BÜCHER



Für alle Kassen und privat:

„Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt“

Dr. med. Eckart von Hirschhausen, Langenscheidt Sprachführer Arzt-Deutsch/Deutsch-Arzt, Lachen wenn der Arzt kommt, Langenscheidt Verlag München, ISBN: 978-3-468-72177-8, 128 Seiten

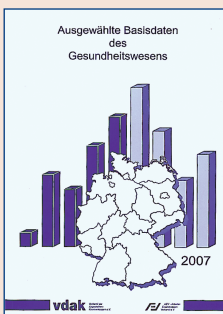
Was meint mein Arzt, wenn er mit mir spricht? Egal, ob der Orthopäde beim Betrachten des Röntgenbildes „Oh!“ sagt oder die Chefarztvisite 2,8 Sekunden dauert: Die Medizin unserer Tage hat ein Kommunikationsproblem:

Der Arzt und Kabarettist von Hirschhausen erklärt, wovon Mediziner, Politiker, Krankenversicherungen und Pharmavertreter wirklich reden. Kein Zufall, dass der Langenscheidt-Sprachführer

„Arzt-Deutsch / Deutsch-Arzt“ genau zur Reformierung der deutschen Volksgesundheit am 1. April 2007 (Inkrafttreten der neusten Gesundheitsreform) erschienen ist. Schließlich ist Lachen die beste Medizin. Das gilt für Kassen- und Privatpatienten!

Von A bis Z erfahren die Leser alles über Macht und Raffinesse des blütenweißen Supermann-Kittels oder über den Titelterror in der Ärztezunft. Wer die Krankenhaushierarchie kapiert – oder die versteckten Botschaften in Beipackzetteln –, der steigert seine Chancen auf Gesundung enorm. Auf der Suche nach der richtigen Praxis beachte der Patient unbedingt die Zeitschriftenauswahl im Wartezimmer.

Kleiner Tipp von Hirschhausen: Ersteigert der Arzt während der Anamnese auf eBay gerade einen Zweitwagen – besser einen Kollegen aufsuchen! Ein Selbsttest zeigt, ob man ein gesunder Kranker ist oder schon zum Hypochonder tendiert.



Ausgewählte Basisdaten – 15. Auflage erschienen

Die Broschüre „Ausgewählte Basisdaten des Gesundheitswesens 2007“ ist in der 15. Auflage erschienen. Grafiken und Tabellen stellen in prägnanter Weise Daten aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens dar. Ergänzt werden diese zusätzlich durch volkswirtschaftliche und internationale Daten. Neu eingefügt wurde das Kapitel „Bevölkerung und Demografie“. Die Broschüre kann per E-Mail (basisdaten@vdak-aev.de) oder Fax 0 22 41 - 10 85 67 bestellt werden. Die Grafiken und Tabellen der aktuellen Auflage stehen auf unserer Website im pdf-Format zum Download zur Verfügung unter:

http://www.vdak-aev.de/presse/daten/basisdaten_broschuere/index.htm



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 Berlin des VdAK/AEV

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@vdak-aev.de · Verantwortlich: Gabriela Leyh