

report berlin

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Nov 2007

ersatzkassen

Vorgriff auf die Pflegereform: Die Berliner Transparenzoffensive

Mit der Verabschiedung des Kabinettsentwurfes für ein „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ hat die große Koalition richtige Schritte zur Verbesserung der Situation Pflegebedürftiger und deren Angehöriger in die Wege geleitet. Neben monetären Verbesserungen wie der Erhöhung des Pflegegeldes soll die Reform der seit 1995 bestehenden Pflegeversicherung vor allem auch mehr Transparenz und Qualität im vielfältigen Angebot ambulanter und stationärer Leistungserbringer schaffen. Nach dem Willen der Bundesregierung werden zukünftig die Ergebnisse der Regelprüfungen, die der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) in Pflegeeinrichtungen durchführt, in verständlicher Sprache veröffentlicht.

Unabhängig von diesem Gesetzesvorhaben hat die Berliner Senatorin für Integration, Arbeit und Soziales, Dr. Heidi Knake-Werner, bereits im März 2007 einen „Runden Tisch Pflege“ einberufen. Auslöser waren nicht zuletzt die durch massive Medienberichterstattung bekannt gewordenen schwerwiegenden Vorkommnisse in einer stationären Pflegeeinrichtung, die die VdAK/ AEV-Landesvertretung Berlin öffentlich gemacht hatte. Unter Beteiligung der Berliner Pflegekassen beschloss der „Runde Tisch Pflege“, eine Transparenzoffensive zu

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Arzneimittelausgaben in Berlin
- Förderung der Selbsthilfe 2008
- Ambulante Behandlung im Krankenhaus § 116 b SGB V
- Mammographie-Screening
- Pauschale für Sozialhilfeempfänger
- Rettungsdienst in Berlin
- Nichtraucherchutz

initiiieren und der Öffentlichkeit einen freiwilligen Qualitätsbericht zur Verfügung zu stellen. Dieser Bericht sollte wesentliche Informationen über die Berliner Pflegeheime enthalten und darüber hinaus einen Einblick in die Qualität der Versorgung gewähren. Aus Sicht der Ersatzkassen ist diese Initiative sehr zu begrüßen. Sie hat im Vorgriff auf die Pflegereform durchaus Vorbildcharakter.

Die Standards für einen Qualitätsbericht wurden von einer Arbeitsgruppe des Landespflegeaus-

schusses innerhalb kürzester Zeit entwickelt. Um eine korrekte Verbraucherinformation zu gewährleisten, verpflichten sich dabei die an der Transparenzoffensive und am Berichtswesen teilnehmenden Träger von Einrichtungen, die Angaben vollständig und richtig zu machen. Der freiwillige Transparenz- und Qualitätsbericht wird dann in einer Online-Datenbank Ende 2007 veröffentlicht. Werden Angaben vom Träger falsch oder unvollständig gemacht, droht konsequenterweise der Ausschluss aus der Datenbank. Vorab veröffentlichte die Tageszeitung „Der Tagesspiegel“ ab 01.11.07 die Ergebnisse in einem großen Pflegeheimvergleich.

Der Inhalt des freiwilligen Qualitätsberichtes umfasst neben den Strukturdaten zur Einrichtung u.a. die Verkehrsanbindung, die Anzahl der Einzel-/ Doppelzimmer, die Ausstattung, die Verpflegung und gibt auch eine Auskunft auf Fragen zur Mitnahme von Haustieren oder der Möglichkeit des Probewohnens. Angaben zu den Entgelten sind ebenso Bestandteil wie angebotene besondere Konzepte zur Pflege und Betreuung spezieller Personenkreise z.B. verhaltensauffällige Personen mit demenzieller Erkrankung oder Wachkomapatienten.

Die Einrichtungen sind verpflichtet zu erklären, dass sie die im Berliner Rahmenvertrag geregelte Fachkraftquote von 52 % erfüllen. Darüber hinaus sind Angaben erforderlich über die Anzahl der Pflegefach- sowie der Pflegehilfskräfte, sonstige Betreuungskräfte – auch im hauswirtschaftlichen Bereich – und Auszubildende.

Veröffentlicht werden weiterhin Angaben zur Anwendung nationaler Expertenstandards sowie Leitlinien, die der Versorgung zu Grunde liegen. Interessant dürfte auch die Auskunft der Einrichtung sein, ob und inwieweit Angehörige der Bewohner in die Pflege und Betreuung eingebunden werden und z.B. an Pflegevisiten teilnehmen können. Darüber hinaus erklärt die Einrichtung, wie sie die medizinische Versorgung durch Ärzte organisiert hat. Interessierte können sich so ein Bild machen, wie die Pflege und Betreuung in der Einrichtung organisiert ist.

Maßnahmen der Qualitätssicherung werden ebenfalls dokumentiert. Dazu zählt, wie viele Mitarbeiter im letzten Jahr fortgebildet wurden, in welchem Zeitrahmen Beschwerden qualifiziert beantwortet und bearbeitet werden. Des Weiteren ist anzugeben, wann die letzte Prüfung des MDK und/ oder der Heimaufsicht erfolgt ist. Sehr zu begrüßen ist die Bereitschaft der Träger, über Ergebnisse von Prüfungen und Zertifizierungen umfassend zu informieren. Dabei wird auch auf den sachgerechten Umgang mit Medikamenten, bei Dekubitusgefahr und bei Bewohnern mit Einschränkungen in der selbständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingegangen.

Die stationären Einrichtungen erhalten die Möglichkeit zu weiteren Erläuterungen. Wenn z.B. die MDK-Prüfung schon längere Zeit zurückliegt, kann dargestellt werden, welche Maßnahmen eingeleitet wurden, um eine eventuell seinerzeit defizitäre Situation zu verbessern. Damit kann dieser freiwillige Qualitätsbericht auch die Entwicklung einer Pflegeeinrichtung aufzeigen oder eben ein positives Ergebnis darstellen.

DER KOMMENTAR



Gabriela Leyh, Leiterin der VdAK/ AEV-Landesvertretung Berlin

Die Berliner Transparenzoffensive ist ein gelungenes Beispiel dafür, wie Akteure im Gesundheitswesen auf freiwilliger Basis für mehr Verbraucherfreundlichkeit sorgen können. „Man muss nur wollen!“ gilt auch hier als Leitsatz für das Gelingen. Wer selbst schon Angehöriger eines Pflegebedürftigen war, weiß, wie schwierig sich die Suche nach einer passenden stationären Einrichtung gestaltet. Bisher war es nicht möglich, deren Qualität zu bewerten und mit anderen zu vergleichen. Das Land Berlin ist hier Vorreiter einer gesetzlichen Regelung, die die Veröffentlichung der MDK-Prüfberichte ab Sommer 2008 vorschreiben soll.

Leider ging die Bereitschaft der Trägerverbände in Berlin nicht so weit, auch die Anzahl der bereits stattgefundenen MDK-Prüfungen einer Einrichtung mit nicht abgeschlossenen Prüfverfahren anzugeben. Nur so wäre für Betroffene ersichtlich gewesen, ob in einem Pflegeheim trotz mehrmaliger Prüfungen immer noch Qualitätsmängel bestehen oder wiederholt auftreten. „Schwarze Schafe“ hätten eindeutig identifiziert werden können.

Besonders hohe Anforderungen stellt der „Berliner Fragebogen“ in Bezug auf die Offenlegung der Prüfergebnisse zum sachgerechten Umgang bei Dekubitusgefahr, mit Medikamenten sowie der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Bleibt zu hoffen, dass viele Berliner Einrichtungen in diesem Verfahren umfassend Auskunft erteilen und damit zu mehr Transparenz auf dem schwer überschaubaren Markt der Pflegeheime beitragen. Letztlich fördert dies auch die Wertschätzung von Pflege allgemein.

Arzneimittelausgaben in Berlin steigen weiter an

Die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin betragen im 1. Halbjahr 2007 knapp 570 Mio. Euro (netto). Auf das Jahresergebnis 2007 vorausgerechnet bedeutet dies eine Steigerung gegenüber dem Jahr 2006 von + 5,20 %. Die Arzneimittelausgaben steigen damit in Berlin weiterhin stärker an als im Bundesdurchschnitt, wo 2007 mit einer Steigerung gegenüber dem Vorjahr von + 4,80 % gerechnet werden kann.

werden. Dabei sind in den Arzneimittelausgaben in Berlin neben den Kosten für umfangreiche Spezialversorgungen wie HIV und Onkologie auch Wirtschaftlichkeitsreserven in nicht unbeträchtlicher Höhe enthalten. Diese Reserven auf dem Wege zu vereinbarenden messbaren Zielen zu erschließen, war die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin im Verfahren vor dem Schiedsamt leider nicht bereit. Dass derartige Zielvereinbarungen, die gemeinsam von Kassen und KV vertreten werden, durchaus

	Berlin			Bund		
	absolut (Mio.)	Steigerung absolut zum Vorjahr	Nettoumsatz (Euro) je 1000 Versicherte	absolut (Mio.)	Steigerung absolut zum Vorjahr	Nettoumsatz (Euro) je 1000 Versicherte
2006	1080,8	9,30 %	399.005	23.383,9	2,10 %	332.639
1. HJ 2007	568,6	-	209.918	12.254,5	-	174.322
V-Ist 2007	1.137,2	5,20 %	419.836	24.509,0	4,80 %	348.644

Quelle: GAmSi-Berichte

Ausgabenentwicklung Arzneimittel Berlin und Bund

Vor dem Hintergrund eines bereits bestehenden hohen Niveaus der Ausgaben in Berlin, welches besonders deutlich wird beim Vergleich in Bezug auf 1000 Versicherte, ist diese Entwicklung erst recht kritisch zu sehen (siehe Tabelle). Das vom Schiedsamt für 2007 festgesetzte Ausgabenvolumen von 908,5 Mio. Euro wird – wie in den Vorjahren – voraussichtlich deutlich überschritten

messbare Effekte haben können, zeigt das Beispiel der KV Nordrhein. Hier waren erstmals für 2006 Wirtschaftlichkeitsziele, beispielsweise eine me-too-Liste, vereinbart worden.

Die nachstehende Tabelle zeigt, wie sich diese Zielvereinbarung im Bereich der KV Nordrhein ausgewirkt hat, zugleich aber auch, dass die Entwicklung in Berlin leider nicht in dieser Richtung verlaufen ist.

Marktsegment	Jahr	Netto Nordrhein	Netto Bund	Netto Berlin
me-too-Präparate	2005	15,1 %	15,4 %	16,1 %
	2006	13,3 %	14,8 %	15,5 %
	Juni 2007	12,7 %	14,2 %	14,6 %

Quelle: GAmSi-Berichte

In den Arzneimittelverhandlungen für das Jahr 2008 werden die Krankenkassen erneut anstreben, mit der KV Berlin realistische Ziele zu vereinbaren, die ohne Qualitätsverluste für die Patienten auch in Berlin vorhandene Wirtschaftlichkeitspotentiale erschließen. Ob dies gelingt, werden die folgenden Wochen und Monate zeigen.

Vergleich der Anteile an me-too-Präparaten 2005, 2006 und Juni 2007 zwischen Nordrhein, Bund und Berlin

Förderung der Selbsthilfe neu geregelt ab 2008

Durch Inkrafttreten des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 wird die Förderung der Selbsthilfe zum 01.01.2008 im § 20 c SGB V neu geregelt. War die Förderung der Selbsthilfe bisher freiwillige Aufgabe der Krankenkassen, müssen nun alle dafür zur Verfügung stehenden Mittel verausgabt werden. Nicht verausgabte Gelder fließen automatisch in einen Überlauftopf für das nächste Förderjahr.

Dabei werden die zur Verfügung stehenden Gelder der gesetzlichen Krankenkassen bezogen auf ihre Versicherungszahl gesplittet. Für die Förderung auf Landesebene und in den Regionen sind die Mittel entsprechend dem Wohnort der Versicherten aufzubringen. Mindestens 50 % dieser Mittel gehen in die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung, der Rest in die kassenindividuelle Förderung.

Die Gelder der kassenindividuellen Förderung sollen vorwiegend Projekten der Selbsthilfe zur Verfügung

gestellt werden. Diese Mittel müssen direkt bei einer Krankenkasse bzw. der in Berlin existierenden Fördergemeinschaft der Ersatzkassen beantragt werden.

Über die Vergabe der Fördermittel aus der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung beschließen die Krankenkassenverbände in Berlin unter Hinzuziehung der Vertreter der Selbsthilfe auf den drei Förderebenen (Landesorganisationen der Selbsthilfe, Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfegruppen) gemeinsam. Dazu verständigen sich die Landesverbände der Kassenarten gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe über ein Förderverfahren für Berlin, welches möglichst unbürokratisch die Gesetzesänderung umsetzt. Grundsätzlich erfolgt die Förderung hier pauschal. Die Antragsfrist ist der 31.01. des jeweiligen Förderjahres. Die Antragsformulare für die Gemeinschaftsförderung können auf der Internetseite der Landesvertretung Berlin unter www.vdak.de heruntergeladen werden.

Ambulante Behandlung im Krankenhaus – § 116 b SGB V

Senatsverwaltung startet Verfahren zur Bestimmung der Krankenhäuser

Mit dem GKV-WSG hat der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die ambulante Behandlung im Krankenhaus neu gesetzt. Konnten bislang die Krankenkassen mit den Krankenhäusern gemeinsam in Vertragsverhandlungen ein qualitativ hochstehendes, an der Versorgungswirklichkeit ausgerichtetes Angebot für die in § 116 b Abs. 3 SGB V genannten Leistungen entwickeln, soll nunmehr die im Land für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde die Krankenhäuser auf Antrag unter Berücksichtigung der ambulanten Versorgungssituation bestimmen.

Der Gesetzgeber begründet diesen Schritt damit, dass der von ihm gewollte Wettbewerb zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten nicht in dem gewünschten Maße in Schwung gekommen ist. Dies verwundert nicht, sollten doch neue Versorgungsangebote geschaffen werden ohne eine Klärung, woher das Geld dafür kommen soll. Wohl gemerkt handelt es sich um neue, zusätzliche Versorgungsangebote in Bereichen, in denen Vertrags-

ärzte aktiv sind und für die die Krankenkassen bereits im Rahmen der Gesamtvergütung für die ambulante ärztliche Versorgung Geld bereitstellen.

Was wird von der neuen Regelung des § 116 b erwartet?

1. Das Gesamtsystem „Gesundheitswesen“ soll kostengünstiger werden – oder zumindest nicht teurer. Um dies zu erreichen, wäre es notwendig, dem Prinzip „Geld folgt Leistung“ Rechnung zu tragen. Dies war bei der alten Regelung nicht der Fall und trifft auch auf die Neuregelung nicht zu. Der kostenträchtige Geburtsfehler der alten Regelung wurde nicht beseitigt. Der Gesetzgeber nimmt damit bewusst in Kauf, dass durch die Bestimmung von zusätzlichen Angeboten die Ausgaben der Krankenkassen massiv steigen könnten, ohne dass in der Breite der betreffenden Leistungen ebenso massive (Angebots-) Defizite festzustellen sind, die zusätzliche Ausgaben ggf. rechtfertigen könnten. Die notwendige Bereinigung der Gesamtvergütung

um die Finanzvolumina „gewanderter“ Leistungen findet sich im Gesetzestext nicht wieder. Die Kassen finanzieren somit einen gesetzlich verordneten Wettbewerb von Doppelstrukturen und nicht Leistungen, die dem Patienten zu Gute kommen.

2. Die Qualität der Versorgung soll verbessert werden. Wenn mehr Geld ins System fließen soll, steigt die Erwartung, dass sich die Qualität verbessert. Aber auch hier ist nicht per se mit positiven Ergebnissen zu rechnen. Ganz im Gegenteil: Die Gefahr, dass eine bestehende, mit dem Beitragsaufkommen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber aufgebaute, gut funktionierende ambulante Versorgung im vertragsärztlichen Bereich gefährdet wird, nur um sie an anderer Stelle wieder aufzubauen, ist groß.

Im Fazit heißt das, weder mit mehr Wirtschaftlichkeit, noch mit mehr Qualität ist zu rechnen. Ein Anstieg der Ausgaben aber gilt als sehr wahrscheinlich.

Berlin zeichnet sich gegenüber den meisten anderen Bundesländern dadurch aus, dass die vertragsärztliche Versorgung in einer großen Dichte und auch in einer Angebotstiefe vorgehalten (und auch bezahlt) wird, die weit über dem Bundesdurchschnitt liegt. Dadurch treffen die in Berlin agierenden Kassen die Fragen der Wirtschaftlichkeit und Gefährdung der bestehenden Versorgungsstrukturen besonders hart.

Vor diesem Hintergrund – der Sorge um die Finanzierbarkeit der Gesundheitsversorgung in dieser Stadt und der Aufrechterhaltung der hohen Versorgungsqualität – haben die Berliner Krankenkassen insbesondere darauf hingewirkt, dass das Verfahren zur Bestimmung der Krankenhäuser möglichst transparent durchgeführt wird und vor allem auch die ambulante Versorgungssituation Berücksichtigung findet. Eine vorsichtige Herangehensweise ist zudem angezeigt, weil erst für sechs Indikationen die im Gesetz geforderten Mindestanforderungen an Qualität vorliegen.

In drei Gesprächsrunden unter Beteiligung der Krankenkassenverbände, der Berliner Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung in Berlin sowie der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, die als zuständige Landesbehörde die Bestimmung vornehmen wird, wurde auf die Gefahren aus der gesetzlichen Neuregelung hingewiesen und die konstruktive Mitarbeit der Krankenkassen bei einem geordneten Verfahren der Bestimmung angeboten. Insbesondere wurde immer wieder der Fokus auf den Nachweis der qualitativen Anforderungen

gelegt und die Berücksichtigung der ambulanten Versorgungssituation eingefordert.

Im Ergebnis werden die Krankenhäuser, die bereits einen formlosen Antrag gestellt haben, nunmehr aufgefordert, anhand eines einheitlichen Antragsformulars einen substantiierten Antrag bei der Senatsverwaltung für Gesundheit einzureichen.

Dies gilt zunächst für die sechs vom Gemeinsamen Bundesausschuss bereits bearbeiteten Indikationen, für die entsprechende Richtlinien vorliegen. Danach werden die Krankenkassenverbände und die Berliner Krankenhausgesellschaft als sog. unmittelbar Beteiligte nach § 17 KHG sowie die Kassenärztliche Vereinigung Gelegenheit zur schriftlichen Stellungnahme haben. Die Krankenkassen gehen dabei davon aus, dass die Kassenärztliche Vereinigung die Gelegenheit nutzen wird, die Senatsverwaltung für Gesundheit auf bestehende Versorgungsangebote hinzuweisen, die bei der Bestimmung Berücksichtigung finden sollten. Anschließend entscheidet die Senatsverwaltung für Gesundheit über die Bestimmung.

Die Krankenkassen als Kostenträger hätten sich für das Verfahren gewünscht, dass die abgeforderten Informationen noch zielgerichteter eine Einschätzung der Eignung der Krankenhäuser für die beantragte Leistung ermöglichen und dass die Entscheidung über die Bestimmung in einem strukturierten Dialog der Beteiligten intensiver vorbereitet wird. Insbesondere bleibt die Befürchtung, dass die ambulante Versorgungssituation in Berlin nicht ausreichend Berücksichtigung findet. An dieser Stelle sei aber auch nicht verschwiegen, dass von Seiten der Berliner Krankenhausgesellschaft gefordert wurde, jedem Krankenhaus ohne Nachweis der Eignung und ohne Nachweis, dass die qualitativen Mindestanforderungen eingehalten werden, auf Antrag die Bestimmung zu erteilen. Eine eher abenteuerliche Vorstellung mit nicht absehbaren Auswirkungen hinsichtlich der Qualität und Finanzierung.

Derzeit stehen neun Krankenhäuser mit insgesamt 60, bislang nicht konkretisierten Anträgen, zu den im Gesetz genannten Indikationen in Warteposition. Weitere werden folgen. Ob das Verfahren ausreichend sein wird, die Bestimmungen so durchzuführen, dass die Qualität der ambulanten Versorgung weiterhin auf hohem Niveau fortgeführt werden oder sogar verbessert werden kann, ist zu hoffen, aber fraglich. Die Krankenkassen sind nach wie vor bereit, die Senatsverwaltung im Zuge des anzustrebenden Einvernehmens im Interesse ihrer Versicherten kritisch, aber konstruktiv im Verfahren der Bestimmung zu begleiten.

Mammographie-Screening läuft

Anfang Juli 2007 erschien der erste Berliner Krebsatlas. Danach ist Brustkrebs mit 28 % die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in der Hauptstadt. Jährlich erkranken 2200 Frauen neu. Das entspricht einem Anteil von 28 % aller Krebsneuerkrankungen. Im Untersuchungszeitraum 2002 bis 2004 entfielen auf Brustkrebs auch die meisten Krebstodesfälle bei Frauen und zwar 17 %. Vor diesem Hintergrund ist es umso wichtiger, vorbeugende Maßnahmen wie das Mammographie-Screening anzubieten und in der Bevölkerung bekannt zu machen. Als eines der ersten Bundesländer hat Berlin das von der Bundesregierung beschlossene Programm zur Früherkennung von Brustkrebs flächendeckend eingeführt. Seit April 2007 stehen vier Mammographie-Zentren in Berlin für die Untersuchung zur Verfügung. Alle knapp 440.000 Berliner Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren haben nunmehr die Möglichkeit, sich alle zwei Jahre in einem der vier modernen Zentren untersuchen zu lassen. Die Kosten dafür tragen die gesetzlichen Krankenkassen. Ungefähr die Hälfte der angeschriebenen Frauen nehmen bisher das Angebot der Unter-

suchung an. Erklärtes Ziel aller am Programm Beteiligten ist es, diese Quote auf 70 % zu erhöhen. Als besonders schwierig erweist sich dabei, Frauen mit Migrationshintergrund und aus sozial schwachen Schichten zu erreichen.

Um das Mammographie-Screening noch bekannter zu machen, hatten das Referenzzentrum Berlin und die vier Screening-Einheiten am 06. Oktober 2007 zu einem Tag der offenen Tür eingeladen. Zahlreiche weibliche Besucher informierten sich über den Ablauf des Mammographie-Screenings und die dafür eingesetzten Geräte. Zusätzlich wurde ein umfangreiches Rahmenprogramm u.a. mit Expertendiskussionen, Lesungen und der Möglichkeit zur Selbstuntersuchung der Brust am Modell geboten. Der Ansturm auf die von der Zentralen Stelle Berlin seit April 2007 zur Verfügung gestellte Hotline zum Mammographie-Screening ist ungebrochen hoch. Die Anzahl der Mitarbeiterinnen musste bereits aufgestockt werden, um die Erreichbarkeit zu verbessern.

Pauschale Bemessung freiwillig versicherter Sozialhilfeempfänger

Mit Wirkung zum 01.04.2006 hatte die VdAK/AEV-Landesvertretung mit der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz eine Vereinbarung zur Ermittlung der Beitragsbemessungsgrenze bei freiwillig in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung versicherten Sozialhilfeempfängern geschlossen. Damit sollte ein Modus gefunden werden, der der maßgebenden Rechtslage entspricht. Rechtsgrundlage bildet § 240 Abs. 1 SGB V. Danach ist bei der Beitragbemessung die gesamte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des freiwilligen Mitgliedes zu berücksichtigen. Zur Vermeidung verwaltungsaufwendiger Einzelfallfeststellungen kamen die VdAK/AEV-Landesvertretung und der Senat überein, die Beitragsbemessung pauschaliert festzulegen. Als Richtschnur diente damals die Bemessungsgrundlage für versicherungspflichtige

Arbeitslosengeld-2-Empfänger. Es wurde im Jahr 2006 der Faktor 0,3620 festgeschrieben. Zur Vereinfachung der Bemessung haben sich beide Partner nun darauf verständigt, diesen Faktor – unabhängig von der Änderung der Bemessungsgrundlage durch den Gesetzgeber jeweils zum 01.07. eines Jahres – bis zum Ende des Jahres 2008 beizubehalten. Die Vereinbarung konnte dahingehend ergänzt werden. Der Beitrag für die freiwillig versicherten Sozialhilfeempfänger errechnet sich unter Berücksichtigung der ermäßigten Beitragssätze der Mitgliedskassen des VdAK/ AEV, die diese Vereinbarung gegen sich gelten lassen. Die Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge werden den Ersatzkassen in der Regel direkt überwiesen, sofern das Einverständnis des betroffenen Leistungsberechtigten vorliegt und Rechtsgründe im Einzelfall nicht entgegenstehen.

Zusätzliche Notarzteinsatzfahrzeuge (NEF) für Berlin

Mit Wirkung zum 01.10.2007 erfolgte die Inbetriebnahme zweier zusätzlich eingerichteter Notarztstandorte durch die Berliner Hilfsorganisationen. Es handelt

sich hierbei um die Standorte Schöneberg und Haselhorst, die jeweils paritätisch von dem Deutschen Roten Kreuz und der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V. (Schöne-

berg) sowie dem Malteser Hilfsdienst und dem Arbeiter-Samariter-Bund (Haselhorst) mit jeweils einem Notarzteinsetzfahrzeug (NEF) rund um die Uhr besetzt werden. Die Inbetriebnahme beider Standorte ist Bestandteil des neuen Einsatzkonzepts EK 06 der Berliner Feuerwehr, wonach insgesamt drei zusätzliche NEF an den Standorten Haselhorst, Mariendorf und Schöneberg stationiert werden sollen. Bis zur Indienstnahme durch die Berliner Feuerwehr – die Umsetzung des EK 06 ist grundsätzlich für den 01.01.2008 avisiert – werden zwei der drei vorgesehenen neuen Notarztstandorte, so die Entscheidung der Senatsverwaltung für Inneres und Sport, vorübergehend durch die Hilfsorganisationen besetzt. Die Aufgabenübertragung sieht hierbei eine Maximallaufzeit bis zum 31.03.2008 vor.

Die kurzfristig zwischen den Krankenkassenverbänden und den Hilfsorganisationen aufgenommenen Vertragsverhandlungen verliefen im wesentlichen erfolgreich. Bis auf die Johanniter-Unfall-Hilfe konnten mit sämtlichen Hilfsorganisationen entsprechende Vereinbarungen geeint werden. Die zu vergütenden Entgelte werden derzeit noch entsprechend der nunmehr vorliegenden Einsatzzahlen der ersten vier Wochen neu kalkuliert. Für beide Standorte werden diese Entgelte jedoch unterhalb der derzeitigen Gebühr nach Feuerwehrbenutzungsgebührenordnung (349,73 Euro pro Einsatz) liegen. Dies sowie der mit dem Einsatz der NEF abgewendete Einsatz eines zweiten Rettungshubschraubers ist aus Sicht der Krankenkassenverbände positiv zu bewerten.

Berlin bald qualmfrei? Nichtraucherschutzgesetz kommt

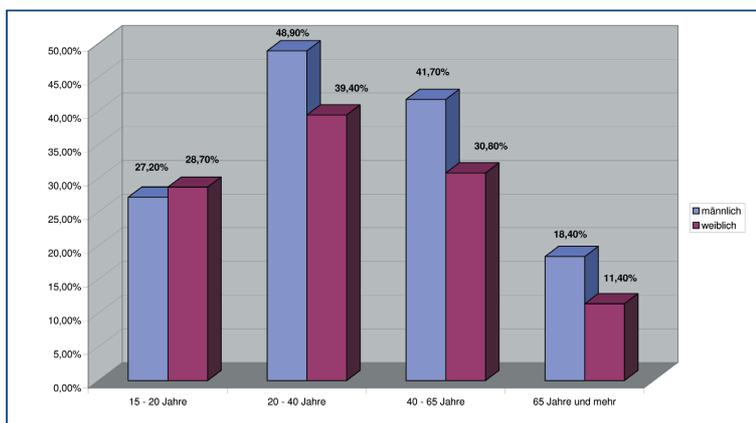
34 % der Berliner sind Raucher. Damit belegt die Hauptstadt bundesweit den Spitzenplatz. Durchschnittlich raucht bereits jeder zweite Schüler. Häufigste Folge des Rauchens ist der Lungenkrebs. Jährlich erkranken schätzungsweise 1.200 Berliner Männer und 650 Frauen daran. 20 % der Krebsneuerkrankungen bei Männern beziehen sich auf Lungenkrebs, bei den Frauen sind es 11 %. Derzeit sterben in Berlin jährlich über 1.700 Personen an Lungenkrebs. Mehr als jeder Dritte wurde keine 65 Jahre alt.

Diese Zahlen erschrecken und lassen wohl keinen Zweifel daran, dass Rauchen zu einem der gefährlichsten Gesundheitsrisiken in modernen Industriegesellschaften geworden ist. Die Entscheidung zum Rauchen trifft jeder für sich selbst. Beim Passivrauchen ist diese Wahlfreiheit allerdings eingeschränkt. Kneipengänger

oder Gaststättenbesucher waren bisher meist unfreiwillig krebserregendem Tabakrauch ausgesetzt. Dies wird sich ab 01.01.2008 in Berlin ändern. Anfang November beschloss das Abgeordnetenhaus das „Gesetz zum Schutz vor den Gefahren des Passivrauchens in der Öffentlichkeit“. Danach darf ab dem kommenden Jahr nicht mehr im Abgeordnetenhaus, in öffentlichen Einrichtungen, in Kultur-, Sport-, Bildungs- und Gesundheitseinrichtungen sowie in Heimen, Gaststätten und Diskotheken geraucht werden. In Gaststätten können separat abgetrennte Raucherräume eingerichtet werden. In Kindertagesstätten und Schulen galt bereits Rauchverbot seit 2005/ 2006.

Verstöße gegen das Rauchverbot werden mit Bußgeldern geahndet, wobei eine halbjährige Übergangsfrist zur Eingewöhnung vorgesehen ist. Zuständig für die Überwachung der Ordnungswidrigkeiten sind die Bezirksämter. Diese haben bereits angemahnt, aus Personalmangel keine Kontrollen durchführen zu können. Fraglich bleibt dann, ob das Ziel des Nichtraucherschutzes erreicht werden kann. Schließlich geht es mit solch einem Gesetz nicht nur darum, die nicht rauchende Bevölkerung vor möglichen Gesundheitsgefahren zu schützen, sondern auch aufhörwillige Raucher im Konsumverzicht zu unterstützen bzw. vor Rückfallsituationen zu bewahren.

Einen positiven Effekt aus Sicht der Ersatzkassen hat aber allein die Ankündigung des Gesetzes bereits gebracht. Die Teilnehmerquote an Raucherentwöhnungskursen und damit die Zahl derer, die aufhören wollen mit „dem blauen Dunst“, steigt stetig an.



Anteile der Raucher in Prozent

KURZNACHRICHTEN

Förderung der ambulanten Hospizdienste

Die Berliner Ersatzkassen unterstützen im laufenden Jahr 16 ambulante Hospizdienste in Berlin mit einem Förderbetrag in Höhe von insgesamt 362.266 Euro. Damit sind die Ersatzkassen erneut Hauptfinanzierer der häuslichen Sterbebegleitung in Berlin. Ihr Anteil am Gesamtbetrag aller Krankenkassen beträgt 44,2 %. Die Förderung der Hospizarbeit wurde durch gesetzliche Regelungen ab 2002 möglich. Seitdem hat sich die Fördersumme der Ersatzkassen kontinuierlich erhöht. Allein im Vergleich zum Vorjahr ist eine Steigerung um knapp 14 % zu verzeichnen.

Förderung der Selbsthilfekontaktstellen

Die Ersatzkassen und ihre Verbände (VdAK/ AEV) fördern in diesem Jahr die Berliner Selbsthilfekontaktstellen mit rund 120.000 Euro. Im Vorjahr betrug die Fördersumme 106.000 Euro. Dies entspricht einer Steigerung um 13 %.

Erfolg der Krankenkassen vor dem Schiedsamt

Das Schiedsamt Berlin erteilte im Juni 2007 aufgrund fehlender Rechtsgrundlage dem Ziel der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin, alle Abrechnungsdaten und Verträge zur Integrierten Versorgung der Krankenkassen zu erhalten, eine klare Absage. Mit dieser Entscheidung wurde die Rechtsauffassung der Krankenkassenverbände bestätigt, welche die Abrechnungen in der vertragärztlichen Versorgung auf eventuelle Dopplungen in den Integrierten Versorgungsverträgen und in der Regelversorgung prüfen und der KV Berlin anschließend etwaige Fehler melden. Die Ergebnisse werden dann in den von den Krankenkassenverbänden geforderten Abstimmungsgesprächen beraten. Mit dieser Einigung konnten sich die Vertragspartner auf eine konstruktive Lösung verständigen, die dem Willen des Gesetzgebers folgt. Danach ist die Gestaltung von Integrierten Versorgungsverträgen Aufgabe der Krankenkassen, in welche die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht einbezogen werden müssen. Bei dem Entscheid des Schiedsamts ging es um eine seit November 2005 schwelende Auseinandersetzung zwischen der KV Berlin und den Berliner Krankenkassenverbänden.

PERSONALIEN

• Neue Leiterin der Landesvertretung Berlin

Gabriela Leyh hat zum 01.09.07 die Leitung der Landesvertretung des VdAK/ AEV in Berlin übernommen. Sie trat damit die Nachfolge von Karl-Heinz Resch an, der nach 16 Jahren Verbandstätigkeit für die Berliner Ersatzkassen zur Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) wechselte.

Die 42-jährige studierte Betriebswirtin kann bereits auf langjährige Erfahrungen in der Gesundheitswirtschaft Berlins zurückblicken. So war sie u.a. in der Zeit von 1991 bis 2005 bei der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) tätig und leitete dort viele Jahre den Krankenhausbereich für Berlin/Brandenburg. 2005 wechselte sie zur VdAK/ AEV- Landesvertretung als Referatsleiterin für das Vertrags- und Versorgungsmanagement.

- Neu im Team des DMP-Stützpunktes Ost arbeiten seit 01.06.2007 Ines Mischak und seit 01.07.2007 Andrea Albert. Stefanie Schlichtherle wechselte in die Außenstelle des VdAK/ AEV in Berlin. Ute Leonhardt ist nun als Referentin für Vertrags- und Versorgungsmanagement in der Landesvertretung tätig. Maureen Wobbe ist zuständig für das Referat Vertrags- und Versorgungsmanagement.
- Neue Ansprechpartnerin für Presse/ Öffentlichkeitsarbeit und Grundsatzfragen ist seit 01.06.2007 Anja Härschel. Sie vertritt Ulrike Geitz während ihrer Elternzeit.

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
Verantwortlich: Gabriela Leyh · Redaktion: Anja Härschel