

# brandenburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

# ersatzkassen

**Juni 2004**

## **DMP Brustkrebs: Jetzt geht's los**

Der „DMP Brustkrebs Vertrag“ für das Land Brandenburg ist unterzeichnet. Vertragspartner sind die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), die Landeskrankengesellschaft Brandenburg (LKB) und die Krankenkassenverbände.

Da alle Disease-Management-Verträge von der zuständigen Aufsicht genehmigt werden müssen, haben auch die Ersatzkassen beim Bundesversicherungsamt (BVA) einen Akkreditierungsantrag gestellt.

Ziel dieses Vertrages ist eine weitere Verbesserung der Versorgung an Brustkrebs erkrankter Frauen. Dieses Ziel ist nur erreichbar, wenn alle an der Versorgung und medizinischen Betreuung Beteiligten ihren Beitrag dazu leisten.

Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung bei Frauen in Deutschland. Allein in unserem Bundesland erkranken jährlich ca. 1.200 Frauen an dieser Krebsart. Deutschlandweit sind es ca. 47.000 Frauen. Handlungsbedarf ist gegeben: Die 5-Jahres-Überlebenschance liegt gegenwärtig bei etwa 70 Prozent.

In Ergänzung des aktuellen Versorgungsangebotes soll im Rahmen eines strukturierten Behandlungsprogrammes (DMP) eine interdisziplinäre, berufs- und sektorenübergreifende Behandlung mit dem notwendigen logistischen Hintergrund gewährleistet werden.

Den an Brustkrebs erkrankten Frauen kann so besonders durch individuelle Beratung und Information die Möglichkeit gegeben werden, stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken und damit die Erkrankung selbst aktiv zu beeinflussen.

Interdisziplinäre Kommunikation und Kooperation aller Ärzte, Leistungserbringer und der teilnehmenden Krankenkassen ist für die Optimierung der Versorgung unverzichtbar. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe spielt als betreuender Arzt bei der Umsetzung des DMP-Programmes eine zentrale Rolle.

Alle Partner müssen kräftig am gleichen Strang ziehen, um die hoch gesteckten Ziele des neuen Vertrages zu erreichen:

- Senkung der Brustkrebs bedingten Sterblichkeit
- Begleitung der Patientin im gesamten Behandlungsprozess, sodass diese durch patientenorientierte, qualitativ gesicherte Informationen in die Lage versetzt wird, selbst stärker am Behandlungsprozess mitzuwirken
- Verbesserung der Lebensqualität der Patientin
- Verbesserung des operativen Standards, insbesondere im Hinblick auf die Erhöhung des möglichen Anteils Brust erhaltender Operationen
- Hilfestellung durch spezielle Beratungs- und Unterstützungsangebote im psychosozialen Bereich
- umfassende Nachsorge im physischen, psychischen und psychosozialen Bereich unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Patientin.

An diesen Zielen wird sich das vorliegende Programm messen lassen müssen. Qualitätssicherung und eine sog. Strukturqualität sind dabei Voraussetzung und fester Bestandteil. So müssen z. B. Krankenhäuser, die an diesem

Vertrag teilnehmen wollen, nicht nur über entsprechende Diagnostik und Therapiemöglichkeiten (auch apparative Ausstattung) und speziell ausgebildetes Personal verfügen, sondern diese Krankenhäuser müssen auch eine bestimmte jährliche Anzahl von Operationen pro Operateur nachweisen können. Um auch kleineren Krankenhäusern einen Zugang zu geben, besteht die Möglichkeit, dass bis zu 3 Krankenhäuser ein Kooperationszentrum bilden. Auch die niedergelassenen Gynäkologen müssen beispielsweise neben der Facharztausbildung regelmäßige brustkrebsspezifische Fortbildungen nachweisen.

Obwohl KVBB und LKB Vertragspartner sind, ist die Teilnahme der niedergelassenen Gynäkologen und entsprechend spezialisierter Krankenhäuser bzw. Kooperationszentren freiwillig.

Schon mehr als 40 Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie 7 entsprechend auf diesem Gebiet spezialisierte/qualifizierte Krankenhäuser bzw. zu Kooperationszentren zusammengeschlossene Krankenhäuser erhielten bisher (Stand Ende Mai 2004) ihre Teilnahme genehmigungen am DMP-Vertrag.

Damit dieses Programm allen betroffenen Frauen wohnortnah zugute kommen kann, appellieren wir an Vertragsärzte und spezialisierte Krankenhäuser, sich am DMP Brustkrebs zu beteiligen und aktiv einzubringen.

## Eine Lanze für Ehrenamtliche: Interessenvertretung für Heimbewohner – Hilfe zur Selbsthilfe

Der Erlass einer neuen Heimmitwirkungsverordnung im Jahre 2002 durch die Bundesregierung soll den Seniorinnen und Senioren in unserer Gesellschaft die Gelegenheit geben, sich aktiv ins Heimleben einzubringen. In den Pflegeeinrichtungen wird dieses Recht von den Heimbeiräten wahrgenommen. Der Heimbeirat lebt von dem Engagement seiner Mitglieder, die sich um so mehr in den Heimalltag einbringen können, wenn sie wissen, welche Aufgaben und Rechte sie haben.

Um dieses verbrieftete Recht auch mit Leben zu füllen, wurde im hiesigen Sozialministerium nach Möglichkeiten gesucht, den Heimbeiräten – meist Pflegeheimbewohner, nahe Angehörige oder Betreuer – bei ihrer Arbeit Unterstützung zukommen zu lassen. Dazu wurde die Idee entwickelt, interessierte Bürgerinnen und Bürger für eine ehrenamtliche Beratungstätigkeit zu gewinnen.

Von der Öffentlichkeit kaum wahrgenommen, haben sich im Land Brandenburg zwischenzeitlich 20 Ehrenamtliche dieser Aufgabe gestellt. Sie haben Seminare besucht, sich durch den Dschungel von Gesetzen und Verordnungen

gekämpft, um den Heimbeiräten nunmehr bei ihrer Arbeit zur Seite zu stehen, sie auf Wunsch fachlich zu begleiten und zu beraten.

Um diesen ehrenamtlich engagierten Frauen und Männern die Türen der Pflegeeinrichtungen mehr als bisher zu öffnen, wurde auf Initiative des Ministeriums ein sog. Projektbeirat ins Leben gerufen. Darin sind vertreten die Bundesinteressenvertretung der Altenheimbewohner (BIVA), Trägerverbände, der Seniorenrat des Landes Brandenburg, das Sozialministerium, die Heimaufsicht und die Pflegekassenverbände im Land Brandenburg. Dieser Beirat ist insofern wirkungsvoll, als das durch in diesem Kreis stattfindende Gespräche viel Aufklärungsarbeit in den einzelnen Bereichen geleistet werden konnte und Chancen eines solchen Projektes aufgezeigt werden.

Kürzlich hatte das Sozialministerium zu einem Fachgespräch „Förderung der Heimmitwirkung im Land Brandenburg durch qualifizierte Ehrenamtliche“ 20 ehrenamtlich tätige Frauen und Männer eingeladen, um ihnen für ihre Initiative zur Verbesserung der Situation der Heimbewohner im

Land Brandenburg zu danken und damit diese bedeutungsvolle Arbeit zu würdigen.

In Zeiten knapper Ressourcen ist es umso wichtiger, die eigentliche Aufgabe der Pflegeeinrichtungen im Land nicht aus den Augen zu verlieren. Die Bewohner mit ihren Bedürfnissen und Wünschen sollen grundsätzlich im Mittelpunkt stehen. Um ihre Interessen berücksichtigen zu können, muss man sie erst einmal kennen. Gerade hier ist der Heimbeirat gefragt, der die Interessen „seiner“ Bewohner im Miteinander mit dem Heimleiter und dem Pflegepersonal vertritt. Ziel ist also ein Miteinander, von dem alle Seiten profitieren können.

Dieses Ziel kann durch Inanspruchnahme der qualifizierten Hilfe der ehrenamtlich tätigen Frauen und Männer sicher besser und umfassender erreicht werden. Sie geben den Heimbewohnern Hilfe zur Selbsthilfe.

Der Bedarf ist ohne Frage da. Die Inanspruchnahme dieses Angebotes ist verbesserungswürdig. Sicher muss hierbei auch die Informationspolitik forciert werden, denn wenn niemand weiß, dass es so etwas gibt, greift auch niemand darauf zurück.

Für die Frauen und Männer, die sich – meist neben ihren eigentlichen Jobs – dieser anspruchsvollen Aufgabe stellen, gilt 100-prozentig der Spruch „Tue Gutes und rede darüber“.



Quelle: Medical Tribune

## Sparschweine im Rettungsdienst – wir bleiben dran

Ein Dauerthema? Stimmt, aber wie wir finden – ein wichtiges. Und auch geradezu fortsetzungsprädestiniert.

### Z.B. im Landkreis Oder-Spree

Da verabschiedete der Kreistag zum 01.04.04 eine neue Gebührensatzung für den Rettungsdienst des Landkreises. Der Beschlussfassung vorausgegangen waren eine Erörterung zwischen dem Landkreis und den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowie eine schriftliche Stellungnahme der Kassenverbände zur ersten Überarbeitung der sog. Kosten- und Leistungsrechnung (KLR).

Trotz umfangreicher Erörterung und ausführlicher Stellungnahme war es den Krankenkassen nicht möglich, mit der überarbeiteten KLR (die dann auch verabschiedet wurde) ihr Einvernehmen zu erklären. Leider ist – bedingt durch die gesetzlichen Regelungen in unserem Bundesland – das Einvernehmen (also die Zustimmung) der Kassen auch nicht zwingend notwendig. Salopp formuliert, können die Landkreise die Schultern zucken und denken, na dann eben nicht und die Satzung verabschieden – am Willen und Wollen der Kassen vorbei. Leider...

Uns als Kassen bleibt dann immer nur, die Satzung auf dem Gerichtsweg zu beklagen. Ein Verhandlungsmandat – wie es in allen anderen Bereichen grundsätzlich üblich ist – gibt es in Brandenburg für die Kassen noch immer nicht. Aber der nächste Landtag wird gewählt, und dann werden wir erneut (zum wievielten Male eigentlich?) versuchen, unser diesbezügliches Anliegen in den parlamentarischen Raum zu bringen.

Aber zurück zum Landkreis Oder-Spree. Aus Kassensicht lässt die Arbeitsweise des Eigenbetriebes „Bevölkerungs-

schutz“ des Landkreises die notwendige Sorgfaltspflicht vermissen. Dem Gebot der sparsamen und wirtschaftlichen Betriebsführung im Rettungsdienst (§ 10 Abs. 1 Brandenburgisches Rettungsdienstgesetz – BbgRettG) wird nicht entsprochen.

Wir können und wollen auch genauer werden:

### Verwaltungskostenpauschale für Hilfsorganisationen

Mal abgesehen von der absoluten Höhe der Personalkosten der Hilfsorganisationen für Verwaltungstätigkeiten, die ein Vielfaches dessen beträgt, was ein Gutachten des Unternehmens FORPLAN im Rahmen des 2002 geführten Normenkontrollverfahrens auswies, macht der Landkreis im Rahmen der von ihm geschlossenen Verträge für Verwaltungstätigkeiten der Leistungserbringer eine Pauschale von 8 Prozent auf die Gesamtpersonalkosten geltend. So nach dem Motto: Ist für uns ja nur ein „durchlaufender Posten“, belastet den Kreishaushalt nicht, sondern wird über die Rettungsdienstgebühren von den Krankenkassen bezahlt. 8 Prozent! Was werden wir als Kassen von allen Seiten immer wieder gescholten, dass unsere durchschnittlich 5 Prozent Verwaltungskosten viel zu hoch wären und die Krankenversicherungsbeiträge unnötig belasten würden. Und da sollen wir einfach 8 Prozent Verwaltungskosten Dritter bezahlen?? Und das ist für die Krankenversicherungsbeiträge okay?

### Neuanschaffung von Rettungsmitteln

... ist ohne Frage notwendig, soweit sie wirtschaftlich erfolgt. D. h., diese Leistungen sind nach der Verdingungsordnung für Leistungen (VOL) auszuschreiben und der Zuschlag ist

auf das wirtschaftlichste Angebot zu erteilen. Auf Nachfrage beim Landkreis, auf welcher Basis die geplanten Anschaffungskosten in Höhe von mehr als 0,5 Mio. € ermittelt wurden, wurde uns ein Angebot zugestellt, bei dem wir uns des Eindrucks nicht erwehren können, dass es erst eingeholt wurde, nachdem unsere Aufforderung vorlag. Eine Ausschreibung nach der VOL scheint nicht erfolgt zu sein...

### Miete und Abschreibung von Fahrzeugen

Bei den zum Einsatz kommenden Rettungsmitteln ist der Landkreis teilweise nicht Eigentümer, sondern Mieter der Fahrzeuge. Vermieter sind die Hilfsorganisationen DRK und JUH.

In die Rettungsdienstgebührenermittlung eingehen dürfen Kosten für gemietete Fahrzeuge nur in Höhe der tatsächlichen Aufwendungen, jedoch nicht mehr, als bei Selbstbeschaffung an jährlichen Abschreibungskosten entstehen würden. Auch die Nutzungsdauer, die der Ermittlung der jährlichen Abschreibungskosten zu Grunde zu legen ist, muss dabei selbstverständlich berücksichtigt werden. Für Fahrzeuge, deren Nutzungsdauer abgelaufen ist, dürfen folglich weder Abschreibungs- noch Mietkosten geltend gemacht werden.

So weit die Theorie. Nun die Praxis: Die sieht so aus, dass die fünffache (!) Höhe der oben beschriebenen möglichen Kosten in Ansatz gebracht wurde.

Sowohl die inhaltliche Gestaltung der Nutzungsvereinbarungen als auch die Höhe der monatlichen Mieten zeigen uns, dass ein verantwortungsbewusster Umgang mit den dem Rettungsdienst zur Verfügung stehenden Mitteln und damit letztlich mit den Beitragsgeldern der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung im Landkreis Oder-Spree nicht gegeben ist.

Eine solche Gestaltung von Verträgen zu Lasten Dritter ist nicht nachvollziehbar und belastet die Gebührenschuldner in unverhältnismäßigem Maße.

An dieser Stelle wollen wir mal aufhören, obwohl es noch mehr verwundernswerte Sachen zu berichten gäbe.

Die Krankenkassenverbände haben den Landrat des Landkreises Oder-Spree in einem Schreiben wissen lassen, dass die aufgezeigte Arbeitsweise des Eigenbetriebes Rettungsdienst nicht akzeptiert wird. Sollte keine gemeinsame Vereinbarung zur Verrechnung einzelner Kostenpositionen mit der nächsten Gebührensatzung zu Stande kommen, werden die Kassen die Gebührenbescheide mit Widerspruch belegen und die am 01.04.2004 in Kraft getretene Satzung im Rahmen einer Normenkontrollklage gerichtlich überprüfen lassen.

Die Beitragszahler müssen erwarten, dass alle im Gesundheitswesen Tätigen ihrer Verantwortung gerecht werden und auf einen wirtschaftlichen und sparsamen Mitteleinsatz achten. Dies gilt auch für Landkreise in Bezug auf die Gebührenkalkulation für den Rettungsdienst.

Nachsatz: Die Krankenkassen haben dem Landesrechnungshof Brandenburg ihre erheblichen Bedenken schriftlich mitgeteilt und um Prüfung des Sachverhalts gebeten.

Wir bleiben dran.

#### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV

Hans-Thoma-Str.11 · 14467 Potsdam

Telefon: (0331) 289 92 - 0 · Telefax: (0331) 289 92 13

E-Mail: LV\_Brandenburg@VdAK-AEV.de

Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank

Verantwortlich: Lothar Bochat

## Impfen – was lange währt, wird (hoffentlich) gut

Nach langem Ringen ist es nunmehr gelungen, die neue Vereinbarung über die Beteiligung der Krankenkassenverbände im Land Brandenburg an den Impfstoffkosten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) zwischen den Krankenkassenverbänden und dem Brandenburger Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen (MASGF) auf den Weg zu bringen. Das Unterschriftenverfahren ist eingeleitet. Die Fortsetzung der Impftätigkeit des ÖGD in den Schulen und Einrichtungen ist – zumindest im Hinblick auf die Finanzierung der Impfstoffe – gewährleistet.

Leider hat der Betriebskrankenkassenverband nicht unterschrieben. Die Ersatzkassen sind nicht bereit, weiterhin für die BKK-Versicherten in Vorleistung zu treten.

Bereits mehrfach haben die Ersatzkassenverbände im Land die Sparpolitik des Landes auf dem Gebiet der Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche kritisiert. Jüngstes Beispiel war die per Gesetz verfügte Abschaffung der Reihenuntersuchen in den 3. und 4. Klassen durch den ÖGD, die bisher als wichtiges Instrument u. a. zur Aufdeckung von Impflücken sowie zur Gesundheitsvorsorge für unsere Kinder und Jugendlichen insgesamt diente.

Vor diesem Hintergrund ist der Abschluss der Vereinbarung als wichtiger Bestandteil der Bemühungen beider Seiten zu werten, den Impfschutz unserer Kinder und Jugendlichen kontinuierlich auf einem hohen Niveau zu gewährleisten.