

brandenburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Aug. 2004

Brandenburgs Landtagspolitiker zur Wahl

In dieser Ausgabe unseres Länderreports geben wir den Gesundheitspolitischen Sprechern der Fraktionen von SPD, CDU und PDS im Landtag Brandenburg Gelegenheit, die Vorstellungen ihrer Parteien auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik zu unterbreiten.

Position zu beziehen, war unser Wunsch. Bewerten wollen wir nicht. Vielmehr kommt es uns darauf an, Orientierungshilfe zu geben.

Nun sind Sie dran. Zu Fragen und Nebenwirkungen wenden Sie sich bitte nicht an uns, sondern die Parteien und ihre Vertreter.

Und am 19. September 2004 bedenken Sie:

„Schlechte Kandidaten werden gewählt von guten Bürgern, die nicht zur Wahl gehen.“

Thomas Jefferson, 3. Präsident der USA (1743 - 1823)

ersatzkassen



Dr. Werner Kallenbach, MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD) im Landtag Brandenburg

Solidarisches Gesundheitssystem erhalten – gute medizinische Versorgung für die Menschen in Brandenburg sichern

Die medizinische Versorgung in Brandenburg hat sich in den letzten Jahren spürbar verbessert.

Die erforderliche Infrastruktur (Krankenhäuser, medizinisches Gerät, ambulante Versorgung) ist mit erheblichem finanziellen Aufwand seit 1990 auf einen zeitgemäßen Stand gebracht worden. Unser Bundesland hat gleichzeitig mit langem Atem erfolgreich dafür gekämpft, dass mit den zu Gesundheitszentren weiter entwickelten Polikliniken ein sinnvolles Strukturelement der medizinischen Versorgung aus den Jahren vor 1990 in der Gesetzlichen Krankenversicherung eine faire Chance erhält.

Sanierung der Krankenhauslandschaft abschließen

Für die kommenden Jahre stellen Fortsetzung und Abschluss der Sanierung der Krankenhäuser in Brandenburg eine absolute gesundheitspolitische Priorität dar. Es muss sichergestellt werden, dass auch nach Abschluss des Krankenhausinvestitionsprogramms ab 2005 die benötigten Mittel aus den dem Land zur Verfügung stehenden Sonderbedarfs-Bundesergänzungszuweisungen für diesen Zweck verwendet werden.

Medizinische Versorgung im ländlichen Raum neu organisieren

Weniger und im Schnitt ältere Menschen in den ländlichen Regionen verlangen neue Antworten auch in der medizinischen Infrastruktur. Bei der Versorgung im ländlichen Raum müssen Denkverbote überwunden und neue Ideen zugelassen werden. Es ist zu prüfen, wie hier Gesundheitszentren mit kleinen Außenstellen von Nutzen sein können.

Eine engere Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor bleibt eine weitere Zielstellung für die kommenden Jahre. Das Land wird sich für diese

integrierten Formen der Versorgung bei den Kassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen stark machen. Weiterhin ist für dünn besiedelte Regionen eine stärkere Verknüpfung von medizinischen und pflegerischen Angeboten auf den Weg zu bringen.

Regionale Strukturschwäche, relativ schlechte Verdienstaussichten und ein verändertes Berufswahlverhalten junger Mediziner führen dazu, dass alle strukturschwachen Gebiete in Ostdeutschland mit einem Ärztemangel zu kämpfen haben.

Dank der Gesundheitsreform 2003 kann Ärzten in unterversorgten Regionen nun ein Sicherstellungszuschlag gezahlt werden. Außerdem enthält sie Vorgaben zur Steigerung des hiesigen ärztlichen Einkommens auf West-Niveau bis 2006. Die Bundesregierung hat hier erneut gezeigt, dass sie die Situation in Ostdeutschland in ihrer Gesundheitspolitik berücksichtigt (anknüpfend z. B. an die Entfristung des bundesweiten Risikostrukturausgleichs 1999).

Flankierend engagieren sich Landesgesundheitsministerium (Moderationstätigkeit und Pressearbeit), Arbeitsagentur (Vermittlungsbörsen für Ärzte), KVBB (Gewährung von Umsatzgarantien im Rahmen des HVM), AOK (erhöhte Wegegpauschalen für Ärzte mit großem Versorgungsbereich) und betroffene Kommunen (Bereitstellung von Räumlichkeiten) seit zwei Jahren intensiv gegen den Ärztemangel.

Ortsnahe Angebote für Sucht- und psychisch Kranke

In den Kliniken muss es unbürokratisch möglich bleiben, ausländische Ärzte zu beschäftigen, wenn deutsche Kollegen nicht zu bekommen sind. Diese dürfen künftig aber von öffentlicher Seite auch nicht mehr dabei unterstützt werden, Arbeit etwa in Skandinavien aufzunehmen.

Das Land hat bis heute – trotz der äußerst schwierigen Finanzlage – seine Mitverantwortung für ambulante gemeindenahere Angebote für Suchtkranke und psychisch Kranke wahrgenommen. 2004 erhält jeder Landkreis bzw. jede kreisfreie Stadt 87.000 € für diesen Zweck.

Im Rahmen der beschränkten finanziellen Möglichkeiten Brandenburgs wird es auch in Zukunft von Bedeutung sein, Initiativen und Modellprojekte zur gesundheitlichen Prävention zu fördern. Wegweisend sind hierbei Initiativen wie die jüngste Kampagne „Brandenburg gegen Darmkrebs“ von LAGO und dem Tumorzentrum Land Brandenburg.

Die Möglichkeiten, die „Disease-Management-Programme“ (DMPs) bieten, müssen noch besser genutzt werden. Die mit dem in Brandenburg bereits laufenden Programm für an Diabetes mellitus Typ II Erkrankte bestehenden Möglichkeiten werden bisher nicht in vollem Umfang ausgeschöpft.

GKV-Modernisierungsgesetz: Bekenntnis aller Autoren anzunehmen

Zentrale Ziele der Gesundheitsreform 2003 sind die Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und des Preis-Leistungs-Verhältnisses sowie die Senkung und Stabilisierung

der Krankenkassenbeiträge. Letzteres ist insbesondere im Interesse einer Belebung der Beschäftigung in Deutschland notwendig (wodurch wiederum höhere Beitragseinnahmen möglich wären).

Erste Daten für das laufende Jahr deuten an, dass die Inanspruchnahme von Leistungen maßvoll zurückgeht.

Jetzt muss im Auge behalten werden, dass sozial schwache Versicherte in Zukunft nicht auf Kosten ihrer Gesundheit Verzicht üben.

Ab 2006 können Versicherte eine neue Form der Gesundheitskarte nutzen. Sie wird zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen bzw. -behandlungen beitragen und dem Betrug bei der Inanspruchnahme von GKV-Leistungen einen Riegel vorschieben. Der Gesetzesbeschluss entspricht nicht in vollem Umfang den ursprünglichen Vorstellungen der Bundesregierung. Die Unionsparteien haben den Kompromiss mitgestaltet und sollten es deshalb heute unterlassen, gegen einzelne Bestandteile populistisch Stimmung zu machen. Die Praxisgebühr in ihrer jetzigen Form ist etwa von der Union so gewollt – SPD und Bündnis 90/Grüne hatten eine Gebühr mit Steuerungsfunktion im Sinn, die nur bei mit dem Hausarzt nicht abgestimmten Facharztbesuchen fällig werden sollte.

Die Reform geht weiter Auf Grund seiner Komplexität, der ständig wachsenden Behandlungsmöglichkeiten und nicht zuletzt wegen der mit den hohen Lohnnebenkosten in Deutschland zusammenhängenden Beschäftigungskrise muss das deutsche Gesundheitswesen weiter reformiert werden. Für Sozialdemokraten ist klar: Eine Krankenversicherung ohne Solidargedanken wird es mit uns nicht geben. Die Grundidee, die Berücksichtigung von Einkommen etwa aus Kapital- oder Immobilienbesitz bei der Beitragsermittlung zu prüfen, stellt die gerechtere Perspektive dar gegenüber dem von der Union ins Gespräch gebrachten Pauschalbeitrag, bei dem Hilfsarbeiter und Vorstandsvorsitzende monatlich den gleichen Betrag in die Krankenversicherung einzahlen.



Dr. med. Peter Wagner, MdL, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion der Christdemokratischen Union (CDU) im Landtag Brandenburg

Vorstellungen zur Gesundheitspolitik in der Wahlperiode 2004 bis 2009

Ein Blick in die Zukunft darf nie auf den Blick zurück verzichten. Denn nur wenn man weiß, woher man kommt, kann man auch für kommende Zeit Aussagen wagen.

Unsere Mitbewerber von der SPD ergingen sich im August 1999 geradezu in Lobeshymnen auf die revolutionierende Politik der neuen rot-grünen Bundesregierung. Nachdem die sozialdemokratischen Gesundheitspolitiker unseres Landes sich als Retter vor einer drohenden Zwei-Klassen-Medizin aufspielten, weil die ach so unvernünftigen

Leistungsbeschränkungen der alten Bundesregierung rückgängig gemacht wurden, pries man sich hemmungslos als Wiedereinführer von Zahnersatzleistungen und Absenker von Zuzahlungen für Arzneimittel.

Die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wollten Rot-Grün und ihre Brandenburger Helfer nicht widerspruchslos hinnehmen und Wirtschaftlichkeitsreserven sollten allenthalben erschlossen werden. Globalbudgets, welche die Politik und die Kassen aus der Verantwortung nehmen sollten, wurden für die so abfällig „Leistungserbringer“ genannten Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten, Apotheker eronnen. Und wie anders ist es dann gekommen!

Der scheidende Bundespräsident Johannes Rau hat in seiner Rede auf dem Deutschen Ärztetag eindrucksvoll davor gewarnt, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten sowie Ärzten, Zahnärzten, Apothekern u. a. als bloße Geschäftsbeziehung darzustellen. Er konstatierte, dass Gesundheit zwar ein hohes Gut sei, aber keine Ware. Ebenso gab Johannes Rau zu bedenken, dass Ärzte keine Anbieter seien und Patienten keine Kunden. Es ist tröstlich zu wissen, dass die derzeit durch und durch verkommene ökonomische Ausdrucksweise einiger Politikbürokraten und Kassenfunktionäre dem Altbundespräsidenten so zuwider läuft. Unmissverständlich hat er das Einnahmeproblem der Gesetzlichen Krankenversicherung als die Wurzel ihres chronischen Geldmangels erkannt und nicht die angebliche Ausgabenwut der Mediziner und Zahnmediziner. Eine völlig verfehlte Wirtschaftspolitik kann nicht durch eine noch so exzessive Ausgabenbeschränkung kompensiert werden.

Die Kompliziertheit der finanziellen Situation der Gesetzlichen Krankenversicherung hatte im Jahre 2003 dazu geführt, dass sich Bundesregierung und Opposition gemeinsam daran gemacht haben, die vermeintliche Ausgaben Spirale zu begrenzen und mehr Eigenverantwortung sprich Eigenbeteiligung der Patienten einzufordern. Das ist in vielen Fällen in praxi dann mit erheblichen Belastungen für Patienten, vor allem in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen einhergegangen.

Das „Wie“, nicht das „Ob“ einer Gesundheitsreform ist zu bemisstrauen und die Frage zu stellen, warum die Bevölkerung nicht besser auf so gravierende Einschnitte vorbereitet wurde. So ist es unter anderem überhaupt nicht zu verstehen, dass für Jugendliche im Alter von 13 bis 18 Jahren nichtrezeptpflichtige Arzneimittel nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden können. Das ist eine ungerechte Belastung

für Familien mit erwachsen werdenden Kindern und Jugendlichen, zumal die so getätigten Ausgaben nicht auf die 1%ige Überforderungsregelung, bezogen auf das Bruttojahreseinkommen, angerechnet werden können. Hier streben wir zusammen mit unserer Bundestagsfraktion eine sinnvollere und sozialere Lösung an.

Eine weitere Zielstellung meiner Partei ist die konsequente Umsetzung des Prinzips, die Ärzte als Vertraute und Behandler ihrer Patienten von der überbordenden Bürokratie zu entlasten. Bisher hat jede Gesundheitsreform eine Vielzahl von bürokratischen Neuerungen und Hemmnissen für die Praxen und Krankenhäuser gebracht. Das wurde immer begründet mit dem Hinweis auf ein modernes, wirtschaftlich zu gestaltendes Gesundheitssystem. Nie wurde ernsthaft berücksichtigt, dass mehr Schreibarbeit weniger Zeit für den Patienten bedeutet. Auch der schnellste Computer kann hier nur begrenzt Entlastung bringen. Die Praxisgebühr entwickelt sich zum Beispiel augenblicklich mit all den Mahnprozeduren – im Juli 2004 wurden bundesweit ca. 170.000 Mahnbescheide ausgesandt – zu einer typisch deutschen Perfektionismusposse zu Lasten der Patienten und Ärzte.

Bei aller Euphorie über neue Möglichkeiten der so genannten integrierten Versorgung (inzwischen versteht jeder etwas anderes darunter) darf man nicht außer Acht lassen, dass es neben dem Grundanliegen, Synergieeffekte in der ambulanten und stationären sowie der hausärztlichen und fachspezialisierten Behandlung zu erzielen, schon wieder eine gehörige Zahl an Geschäftemachern gibt. Diese suchen in Gestalt künftiger Integrationsfiguren nach lukrativen Verdienstmöglichkeiten in der „Integrationsbürokratie“. Jedes Gesetz erzeugt seine Goldgräber, oder anders: Es ist immer leichter, mit der Arbeit anderer Geld zu verdienen als selbst arbeiten zu müssen! Klar ausgedrückt, die CDU Brandenburg ist für eine intensivere Zusammenarbeit der Akteure im Gesundheitswesen, aber ausschließlich zum Nutzen der Patienten. Kollegiale, an behandlungsstrategischen Leitlinien orientierte Zusammenarbeit der Ärzte vor Ort bringt mehr als noch so detailliert ausgeklügelte Fragebogenmedizin.

Meine Partei setzt sich in Brandenburg vehement für den Erhalt des freien Arztberufes, der freien Arztwahl und damit für den Erhalt der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften ein. Jedem Versuch, über noch so gut gemeinte Versorgungszentren – die in Ballungsgebieten durchaus eine komprimierte Versorgungsstruktur sein können – den freien

Arztberuf in die Form angestellter, abhängiger Mediziner überführen zu können, muss widerstanden werden.

Besonders am Herzen liegt uns die Gewährleistung eines freiheitlichen und wettbewerbsorientierten Gesundheitssystems mit gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen. Der gesundheitspolitische Rettungsanker verfehlter Wirtschaftspolitik – und damit fehlender Einnahmen – kann nicht durch eine Bürgerversicherung ausgeglichen werden. Es ist ein Irrglaube, dass etwa 10 % privat Versicherte im Gesundheitssystem die finanziellen Probleme der 90 % gesetzlich Versicherten lösen könnten. Das wäre ebenso „erfolgreich“ wie der Versuch, mit einer starken Tasse Kaffee auf einen Eimer Wasser ein schmackhaftes Getränk brauen zu wollen. Die jetzt privat Versicherten werden auch einmal zu Leistungsempfängern und beanspruchen dann zu Recht, aus dem großen Topf versorgt zu werden. Kurzum, die Privatversicherung garantiert zurzeit maßgeblich den Erhalt der Praxen und Krankenhäuser, darum ist eine Fallkostenpauschale mit der individuellen Möglichkeit, spezielle Leistungen gesondert versichern zu können, die solide Alternative zur Bürgerversicherung. Das setzt natürlich voraus, dass diese auch verlässlich durchgerechnet ist.

Das schwerwiegendste Brandenburger Problem ist der bereits präsenzte Hausärztemangel in einigen Randlagen des Landes. Und leider nicht nur dort. Die demographische Entwicklung bei den Haus- und Fachärzten lässt in den nächsten 3 - 5 Jahren wahrhaft bedrohliche Entwicklungen erkennen. Aus diesem Grunde setzen wir uns für den Erhalt einer Flächen deckenden stationären Versorgung in den

Grundfachrichtungen der Medizin ein sowie für den Zugang aller Brandenburger zur regionalen spezialisierten stationären Betreuung. Die Anstellung ausländischer Ärzte kann hier vor allem wegen der noch vorhandenen Sprachbarrieren nur als Notlösung gedacht sein. Das Investitionsprogramm im Krankenhaussektor muss kompromisslos vollendet werden.

Die Sicherung der hausärztlichen Versorgung, besonders im ländlichen Raum, muss durch Maßnahmen der Existenzgründeroffensive unterstützt werden. Wir fördern alle sinnvollen Maßnahmen in den Kommunen, die der Eröffnung oder Wiedereröffnung von Praxen dienen.

Die Aussagen der Fraktion der CDU in ihrem Bilanzpapier zur Landtagswahl 2004 zur Novellierung des Rettungsdienstgesetzes werden konsequent angewandt werden. Das Rettungsdienstgesetz muss dringend dahin gehend novelliert werden, dass die Krankenkassen ein unmittelbares Mitspracherecht bei der Gebührenfestsetzung bekommen. Es ist nicht einzusehen, warum die Kassen berechtigterweise im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung Mitsprache- und Verhandlungsrecht haben und nur im Rettungswesen nicht. Eine teilweise Zweckentfremdung von Versichertengeldern werden wir nicht zulassen.

Die CDU Brandenburg wird alle bereits in Anwendung befindlichen und geplanten gesundheitspolitischen Maßnahmen dahingehend prüfen, ob sie der Förderung des Gesundheitswesens als einem der größten Wirtschafts- und Wachstumsfaktoren in Brandenburg gerecht werden.



Kerstin Bednarsky, MdL, Gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion der Partei des Demokratischen Sozialismus (PDS) im Landtag Brandenburg

Die Grundrichtung stimmt nicht

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) hat die Gesundheitsreformdebatte einen – allerdings nur vorläufigen – Abschluss gefunden.

Das GMG hat die Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung nachhaltig verändert. Betroffen sind dadurch in erster Linie Versicherte und Patienten. Der Umfang der Leistungsausgrenzungen und erhöhten Zuzahlungen übertrifft alle vorangegangenen „Reformen“ bei weitem.

Diese Gesundheitsreform ist sozial ungerecht. Sie hat das Finanzierungsgefüge der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verschoben und dabei das Solidarprinzip beschädigt. Es werden Elemente der privaten Krankenversicherung, wie Selbstbehalte und Beitragsrückerstattungen, in die GKV eingeführt. Das mag dem gesunden Versicherten, solange er nur Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt, sogar finanzielle Vorteile bringen.

Allerdings werden dafür Kranke umso stärker belastet. Ein durchschnittlicher Rentnerhaushalt in den neuen Bundesländern muss z. B. mehr als 400 € an Zuzahlungen leisten bis die Belastungsgrenze von 2 % erreicht ist. Die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Medikamente kommen unter Umständen noch hinzu. Dies hat nichts mit der Stärkung von Eigenverantwortung zu tun.

Mit dem gesetzlich verordneten Zwang zum Abschluss privater Zusatzversicherungen (Zahnersatz) wird der Weg zur Aufhebung der Trennlinie zwischen GKV und Privater Krankenversicherung eingeschlagen. Damit wird das Tor für die weitere Privatisierung gesundheitlicher Risiken geöffnet.

Die Kritik der PDS richtet sich nicht allein auf Einzelaspekte, wie die Einführung der Praxisgebühr. Die gesundheitspolitische Grundrichtung ist insgesamt verfehlt. Es wird jetzt darauf ankommen, ob sich die Verfechter von Kopfprämienmodellen durchsetzen und die solidarische gesetzliche Krankenversicherung endgültig aufgegeben wird. Die PDS hat sich seit langem für das alternative Modell einer Bürgerversicherung ausgesprochen.

Gesundheitspolitik in Brandenburg ist in den letzten Jahren zur Sparpolitik mutiert. Gespart wird z. B. bei den Reihenuntersuchungen für Schülerinnen und Schüler. Die Landesregierung meint, auf eine regelmäßige Gesundheitsberichterstattung verzichten zu können. Diese Beispiele sind Beleg für ein krasses Missverhältnis zwischen realen Einsparsummen und den Folgewirkungen, die dafür in Kauf genommen werden. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst werden damit weiter die Grundlagen für die Erfüllung seiner Aufgaben entzogen.

Um Geld in den klammen Landeshaushalt zu spülen, hat die Landesregierung die Privatisierung der Landeskliniken eingeleitet. Auch hier werden um eines einmaligen Einnahmeeffektes Willen gewachsene Kooperationen aufs Spiel gesetzt. Auf Dauer wird es keine Einsparungen auf Landesseite geben.

Privatisierungserfahrungen in anderen Bundesländern (Thüringen) zeigen sogar eine entgegengesetzte Tendenz.

Bei den Krankenhäusern steht als wichtigste landespolitische Aufgabe die Sicherung der notwendigen Investitionen auf der Tagesordnung. Die Landesregierung hat hier in den letzten Jahren wiederholt gekürzt.

Über den Ärztemangel in Brandenburg, speziell im ambulanten Bereich in ländlichen Regionen, wird seit mehreren Jahren diskutiert. Eine Entspannung der Situation ist nicht erkennbar. Auf Grund der Altersstruktur der Ärzteschaft ist sogar eher mit einer weiteren Zuspitzung zu rechnen. Analysieren, appellieren und lamentieren hilft jetzt nicht mehr.

Die PDS hat sich schon lange dafür ausgesprochen, die Gesundheitszentren stärker in die ambulante Versorgung einzubinden. Natürlich kann und soll nicht in eine 300-Einwohner-Gemeinde eine Poliklinik hingesetzt werden. Aber wenn ein Arzt oder eine Ärztin gerne auf dem Lande praktizieren möchte, aber das finanzielle Risiko einer Niederlassung nicht tragen will, dann kann man ihm/ihr doch anbieten, im Angestelltenverhältnis zu arbeiten. Die Einzelpraxis könnte von einem Gesundheitszentrum als „Außenstelle“ betrieben werden.

Eine weitere Möglichkeit ist die gezielte finanzielle Förderung von Existenzgründungen bzw. die Übernahme von Bürgschaften. Dies käme dort in Betracht, wo die Geschäftsbanken Kredite verweigern. Es gibt inzwischen auch bei den Kommunen immer mehr Anstrengungen zur Ansiedlung von Ärzten. Das hat aber Grenzen, schon wegen der kommunalen Finanzsituation. Infrastrukturdefizite, z. B. in den Bereichen Bildung, Kultur, Verkehr, die auch ein Ansiedlungshindernis sind, können die Kommunen nicht aus eigener Kraft beheben.

Ganz oben auf die politische Agenda gehört weiterhin die bessere Vergütung in der ambulanten Medizin, die Angleichung an das Niveau der alten Bundesländer.

Es ist und bleibt so, dass der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung bei der Kassenärztlichen Vereinigung liegt. Angesichts der Komplexität der Probleme und der Vielzahl der beteiligten oder interessierten Partner sollte sich die Landespolitik aber stärker einbringen. Die PDS will notwendige Maßnahmen und Aktivitäten in einem „Landarztprogramm“ zusammenführen.

Der Rettungsdienst bleibt – was die Kostenentwicklung angeht – ein Problemkind im Land. Nach der Mini-Reform im Jahr 1999 hat sich erwartungsgemäß wenig geändert. Und auch in der ablaufenden Wahlperiode hat die Landesregierung keine Reform

zu Stande gebracht. Die Zusammenführung von Rettungsleitstellen sowie verbindliche Mitspracherechte der Krankenkassen bei der Gebührenfestsetzung bleiben deshalb auf der Tagesordnung.

Patientensouveränität gestärkt: Brandenburger Patientenvertreter koordinieren sich

Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) hat für Patientinnen und Patienten viele Änderungen gebracht, darunter zweifelsohne auch Mehrbelastungen. Die Berichterstattung der Medien wird (leider) fast ausschließlich durch Negativmeldungen dominiert, obwohl das GMG bei weitem – auch und gerade für die Patienten – nicht nur Belastungsverschiebungen geregelt hat.

Eine der wirklich positiven Neuregelungen durch das GMG ist die lang geforderte Stärkung der Einbeziehung von Patienten, geregelt durch die

„Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung – PatBeteiligungsV)“ bzw. im § 140 f des Sozialgesetzbuches V (SGB V). Danach erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht durch von ihnen zu benennende Personen im Gemeinsamen Bundesausschuss.

Aber auch in den einzelnen Bundesländern wird die Patientensouveränität durch eine Beteiligung der Patientenvertreter gestärkt: in den Landesausschüssen

Ärzte-Krankenkassen, Zahnärzte-Krankenkassen, den Zulassungsausschüssen und den Berufungsausschüssen Ärzte/Zahnärzte. Ein Mitspracherecht besteht immer dann, wenn es in den genannten Ausschüssen um Entscheidungen über die ausnahmsweise Besetzung zusätzlicher Vertragsarztsitze oder um Ermächtigungen von (Krankenhaus-) Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen geht.

Konkret heißt das, dass künftig auch im Land Brandenburg maximal so viele sachkundige Patientenvertreter in diesen Ausschüssen mit



Brandenburgs Patientenvertreter bei ihrem ersten Koordinierungstreffen in der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in Potsdam im Gespräch mit Mitarbeiterinnen des VdAK/AEV, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB).

beraten können, wie Krankenkassenvertreter vorhanden sind.

Dieses Mitberatungsrecht greift beispielweise bei Entscheidungen über Zulassungsanträge von Ärzten in für Neuzulassungen gesperrten Bezirken, wenn dieser Arzt z. B. eine Subspezialisierung hat, auf Grund dessen eine Sonderbedarfsgenehmigung möglich ist. Ein anderes Beispiel ist die Zulassung der Abrechnung bestimmter Leistungen von Krankenhausärzten für die ambulante Versorgung wie ambulante Strahlen- oder Chemotherapie.

Auf Initiative der Landesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte Brandenburg e. V. (LAGH) und der Landesvertretung Brandenburg der Ersatzkassenverbände fand nunmehr in den Räumen der Landesvertretung in Potsdam ein erstes Koordinierungsgespräch zur Benennung von Patientenvertretern für das Land Brandenburg statt.

Mehr als 20 Vertreter von Selbsthilfeinstitutionen (Rheuma-Liga, DMSG, Alzheimergesellschaft, Diabetikerlandesverband und viele andere), Vertreter der Sozialverbände VdK und SoVD, der Landesarbeitsgemeinschaft für Selbsthilfeförderung (LAGS) berieten unter Moderation der LAGH mit Vertretern der Ersatzkassenverbände, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und Kassenzahnärztlichen Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) die neuen Aufgaben und deren Umsetzung.

Da die Gremien z.T. sogar in 14-täglichem Rhythmus tagen, wird auf die Patientenvertreter ein Fülle von Arbeit zukommen, die nunmehr schnellstmöglich zunächst intern koordiniert werden muss. Die Vertreter der anwesenden Institutionen sehen aber in erster Linie eine Chance in der Beteiligung, die sie verantwortungsvoll und engagiert wahrnehmen und umsetzen wollen.

Unser Eindruck: Den Mehraufwand an personeller und sächlicher Arbeit sehend, sind die Vertreter fest entschlossen, sich engagiert für die Interessen der Patientinnen und Patienten einzubringen und ihre neuen Aufgaben bestmöglich wahrzunehmen. In den Ersatzkassen und ihren Verbänden werden die Patientenvertreter auch künftig Ansprechpartner haben, die sie auf ihrem neuen Weg nach Kräften unterstützen.

Wir wünschen viel Erfolg und gutes Gelingen.

Frühförderung - auf den Weg gebracht

Mit dem In-Kraft-Treten der Frühförderungsverordnung (FrühV) am 01. Juli 2003 hat der Gesetzgeber den Ländern die Möglichkeit eingeräumt, wichtige Detailfragen zur Umsetzung dieser Verordnung – z. B. in Form von Rahmenempfehlungen – zu regeln. Konkrete Gespräche zur Umsetzung der FrühV im Land Brandenburg wurden im März 2004 zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und den Krankenkassenverbänden aufgenommen und im Mai 2004 fortgesetzt. Trotz vieler Schwierigkeiten haben beide Seiten den festen Willen, den Abschluss einer Rahmenvereinbarung anzustreben. Auf der Grundlage der bisherigen Gesprächsergebnisse wurde nunmehr ein erster Vereinbarungsentwurf als Basis für die weiteren Verhandlungen im August erarbeitet.

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