

report brandenburg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Krankenkassen haben „Tauziehen“ verloren: **Sachgerechte Umsetzung der Honorarreform in Brandenburg nicht möglich**

Tauziehen verloren: Mit „handkräftiger“ Unterstützung des Vorsitzenden des Landesschiedsamtes war die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB) die „körperlich stärkere Mannschaft“...

Durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung läutete der Gesetzgeber einen Systemwechsel für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ein. Während bisher budgetierte Gesamtvergütungen als Pauschalbeträge gezahlt wurden, sollen in Zukunft die Krankenkassen das Morbiditätsrisiko tragen.

Zur Umsetzung des Gesetzauftrages definierte der (Erweiterte) Bewertungsausschuss die Parameter, die zur Bildung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) maßgeblich sind.

Die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses spülen bundesweit rund 2,7 Milliarden Euro zusätzlich in die Kassen der Kassenärztlichen Vereinigungen. Für Brandenburg bedeutet dies ein errechnetes Plus von rund 104 Millionen Euro. Bei ca. 3.600 Ärzten in unserem Land kann sich dies sicherlich sehen lassen und so manch anderer wäre glücklich mit diesem Ergebnis.

In dieser Ausgabe unter anderem:

- Schiedsspruch zu Ärztehonoraren – in Brandenburg ist vieles anders ...
- Pflegestützpunkte im Land Brandenburg
- Pro & Contra zum Gesundheitsfonds: MdL Dr. Martina Münch (SPD) und Rolf Lorenz (KKH)

Nicht so die KVBB. Mit weiterreichenden Forderungen sollten die Beschlüsse auf Landesebene zielgerichtet aufgeweicht werden, um über die bereits feststehenden 104 Mio. Euro zusätzliche Mittel einzufordern. Da eine Verhandlungslösung zwischen Kassen und KVBB nicht möglich war, wurde das Landesschiedsamt angerufen.

Die Argumentation der Kassenärztlichen Vereinigung im Landesschiedsamt beruhte fast ausschließlich darauf zu betonen, dass die Ärzte im Land Brandenburg – im Vergleich mit den anderen neuen Bundesländern – die geringsten Honorarzuwächse zu verzeichnen hätten. Hatte die KVBB vergessen, dass den Brandenburger Ärzten im Vergleich zu ihren Kollegen

z. B. in Thüringen bereits in der Vergangenheit ein wesentlich höheres Honorarvolumen zur Verfügung stand und deshalb die Brandenburger Angleichung auf ein gemeinsames Niveau geringer ausfallen musste?

Leider ließ sich der Schiedsamtvorsitzende in einem Maße von der unberechtigten Jammerei beeindrucken, dass er die Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses in elementaren Bestandteilen aushebelte. Dies ging sogar so weit, dass selbst klarstellende Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vollständig ignoriert wurden.

Dabei werden die Festsetzungen des Landesschiedsamtes, die mehrheitlich gegen die Stimmen der Mitglieder der Kassenseite getroffen wurden, nicht zu einer verbesserten Versorgung für die Patienten führen – sondern lediglich nochmals zu einer Aufstockung der Arzthonorare, hier insbesondere für Leistungen des ambulanten Operierens und neue Leistungen.

Völlig unverständlich ist u. a. die Entscheidung, die künstliche Befruchtung höher als in allen anderen Bundesländern(!) vergüten zu müssen. Wie sollen die Krankenkassen ihren Versicherten erklären, dass in Brandenburg dadurch betroffene Paare für die künstliche Befruchtung bundesweit die höchsten Zuzahlungen zu leisten haben?

Durch die Bindung dieser zusätzlichen Gelder fehlen natürlich finanzielle Spielräume für den Ab-

schluss von Selektivverträgen, die zu einer qualitativen Verbesserung der medizinischen Versorgung im Land genutzt werden könnten.

So betrachtet war die Strategie der Krankenkassen richtig, erst nach Definition der mGV Verhandlungen für zusätzliche Leistungen zu führen... Aus leeren Kassen werden allerdings nicht mehr viele zusätzliche Finanzmittel herauszuholen sein, sodass die Kassen in den noch ausstehenden Verhandlungen mit der KVBB deren vielschichtigen Wünsche wohl nicht bedienen werden können.

Auch bei spezifischen Festlegungen zur Verteilung der vorhandenen Honorarmittel hatten die Kassenverbände das Nachsehen: Trotz vorhersehbar fortschreitenden Ärztemangel in ländlichen Regionen unseres Landes hielt es die KVBB nicht für erforderlich, Angebote der Krankenkassen zur zusätzlichen Förderung ärztlicher Leistungen in unterversorgten Regionen umzusetzen. Sowohl an dieser Stelle als auch beim Projekt AGNES hätte den Vertragspartnern im Sinne der Betroffenen eine Einigung gut zu Gesicht gestanden.

Nun wird es in Brandenburg erst einmal in vielen Fällen mehr Geld als in anderen Bundesländern für gleiche Leistungen geben. Ob sich dadurch die Qualität der Versorgung der Versicherten spürbar bessert, bleibt abzuwarten...



Monika Puhmann,
Leiterin der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Brandenburg

DER KOMMENTAR

Chance vertan...

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Kombination mit der Honorarreform sollte erreicht werden, dass die ärztlichen Honorare bundesweit (und kassenartenübergreifend) angeglichen werden. Das ist gut, weil damit nun die gleiche ärztliche Leistung für einen AOK-Versicherten in München genau so vergütet wird wie für einen Ersatzkassenversicherten in Forst (Lausitz). Anhand der Ausgangslage der Honorarhöhe wurde bemessen, wie viel Honorarzuwachs der insgesamt zur Verteilung stehenden ca. 2,7 Milliarden Euro auf die einzelnen Bundesländer bzw. jeweilige KV-Regionen entfällt. Andererseits ist das einheitliche Honorarniveau Voraussetzung für Wettbewerbsgleichheit zwischen den Kassen, weil damit die gleiche Systematik umgesetzt wird wie bei der Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds an die Kassen. Angleichung heißt hier also unterschiedlicher Finanzzu-

wachs – je nach komfortabler oder weniger komfortabler Ausgangslage des Honorarniveaus. Die Brandenburger Ausgangslage war im Vergleich zu den anderen neuen Bundesländern, aber auch vielen alten Bundesländern, so schlecht nicht, deshalb sollte es „nur“ ca. 12 Prozent Honorarzuwachs geben.

Das Landesschiedsamt hat anders entschieden, sodass die Kassen in Brandenburg damit stärker finanziell belastet werden, als es das Gesetz vorsah. Damit fehlen den Kassen hier dringend notwendige finanzielle Mittel für Präventionsleitungen und zur Förderung landesspezifischer Projekte zur Verringerung des Ärztemangels.

Die Krankenkassen gehen deshalb davon aus, dass die zuständige Aufsicht den Schiedsspruch beanstandet. Sollte dies nicht der Fall sein, werden die Kassen auf jeden Fall Klageerhebung prüfen.

Pflegestützpunkte werden neue Anlaufstellen im Land

Der Bundesgesetzgeber hat beschlossen, dass allen Bürgern Hilfe angeboten werden soll, die sich oder ihre Angehörigen plötzlich oder absehbar mit dem Problem Pflegebedürftigkeit konfrontiert sehen. Sie sollen in neuen zentralen Anlaufstellen – sog. Pflegestützpunkten – zu allen Fragen und individuellen Belangen rund um das Thema sowohl allgemeine Auskunft und Beratung als auch gezielte individuelle Hilfestellung erhalten. Und dies kompetent, unbürokratisch und komplex. Dazu auch noch wohnortnah, sogar quartiersbezogen und natürlich gut erreichbar mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Kranken- und Pflegekassen sollen im jeweiligen Bundesland Pflegestützpunkte einrichten und beim Aufbau auf bereits vorhandene Beratungsinstitutionen zurückgreifen. Diese sind ggf. zu erweitern oder zu modifizieren, denn der Aufbau von Doppelstrukturen ist streng untersagt.

Richtet man also den Blick auf Brandenburg, geraten automatisch die vorhandenen regionalen Beratungsangebote der Kommunen in den Focus. Diese sind nach anderen Gesetzesvorschriften ebenfalls zwingend für die Bevölkerung im Landkreis, in der Gemeinde oder in der kreisfreien Stadt vorzuhalten. Also liegt es nahe, hier Kooperation zu suchen und Vernetzung herzustellen.

Zu diesem Zweck fanden bereits im Sommer 2008 auf Initiative des Brandenburgischen Sozialministeriums in allen 14 Landkreisen und den vier kreisfreien Städten Gespräche mit den Kommunalverantwortlichen statt, an denen auch die Verbände der Pflegekassen beteiligt waren. In diesen Gesprächen wurden drei klare Botschaften vermittelt: Erstens, dass Sozialministerin Ziegler den Willen des Bundesgesetzgebers in Brandenburg unbedingt umgesetzt sehen möchte. Zweitens, dass ein Konstrukt Pflegestützpunkt nur dann auch diesen Namen verdient, wenn sich die jeweilige kommunale Gebietskörperschaft organisatorisch und fachlich/inhaltlich mit einbringt und dass dies drittens auf im Vorfeld anzustellenden Analysen der bereits vorhandenen Beratungsstrukturen zu fußen hat. Die Resonanz der Kommunalverantwortlichen in den Gesprächen und im

Nachlauf reichte von „Ja klar, wir machen sofort mit“ über „Ja, durchaus denkbar, aber...“ bis hin zu „Wir sehen keinen Sinn darin, lohnt sich nicht für uns“.

Im Ergebnis sind bei der ersten Errichtungswelle in 2009 voraussichtlich 12 der 14 Landkreise und alle vier kreisfreien Städte mit im Boot. Die seit Sommer aufgenommenen Kontakte zum jeweiligen Errichtungsverfahren haben jedoch unterschiedliche Intensitäten, so dass vermutlich zunächst drei Standorte an den Start gehen werden, zeitnah gefolgt von voraussichtlich weiteren sechs Standorten. Der Aufbau der restlichen Pflegestützpunkte sowie die Planung der zweiten Tranche (Aufstockung auf max. 38 Pflegestützpunkte im ganzen Land) erfolgt dann sukzessive in 2009/2010.



Copyright-Hinweis © Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH

Nach „grünem Licht“ für das Konzept des jeweiligen Standortes durch das Sozialministerium haben die Pflege- und Krankenkassen und

die Kommunalverantwortlichen sechs Monate Zeit für die tatsächliche Errichtung: Im besten Fall können die schon vorhandenen Räume der kommunalen Beratungsstellen nach Erweiterung um den Beratungsplatz für die Pflegeberatung mit genutzt werden. Ferner ist geeignetes Personal bereit zu stellen. Möglichst sollen sich Kommune sowie Pflege- und Krankenkassen diese Verantwortung teilen. Als idealtypische Besetzung eines Pflegestützpunktes gilt, dass die bisherige Beratungskraft der Kommune (meist zuständig für alle Fragen nach dem SGB I bis SGB XII) diese Funktion dann als Koordinierungskraft im Pflegestützpunkt weiter ausübt, während der von den Kassen zu stellende Pflegeberater die individuelle Beratungs- und Hilfeleistung (nach SGB V und SGB XI) sicherstellt – und dies vorzugsweise im Hausbesuch. All dies ist vertraglich zu regeln und konzeptionell zu hinterlegen.

Da die Pflege- und Krankenkassen im Land Brandenburg auch diese Aufgabe konstruktiv und partnerschaftlich meistern wollen, haben sie eine arbeitsteilige Umsetzung des Errichtungsauftrages abgesprochen. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass eine abgestimmte, zügige aber dennoch nicht überhastete Realisierung der Pflegestützpunkte im Land Brandenburg gewährleistet ist.

PRO & CONTRA

Der Gesundheitsfonds

Er ist in aller Munde und man kann von ihm halten, was man will: Er kommt zum 01.01.2009 – der Gesundheitsfonds.

Wir haben dies zum Anlass genommen, eine neue Rubrik in den Länderreport einzuführen: „Pro &

Contra“. Für das „Pro“-Statement konnten wir die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Landtag Brandenburg, Dr. Martina Münch, gewinnen. Den „Contra“-Standpunkt vertritt für die Ersatzkassen Rolf Lorenz, als KKH-Landesgeschäftsführer für Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Stellvertretender Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen im Land Brandenburg.

Pro: Brandenburg profitiert von der Reform

Der Gesundheitsfonds startet am 01. Januar 2009. Bundesweit gilt dann für alle gesetzlich Krankenversicherten nur noch ein allgemeiner Beitragssatz. Die BARMER macht deutlich, dass das Verfahren für den Krankenversicherungsbeitrag wesentlich einfacher, unbürokratischer und transparenter wird. Damit einher geht eine neue Finanzarchitektur für Deutschlands Krankenkassen. Die Allgemeinen Ortskrankenkassen begrüßen die Einführung des Gesundheitsfonds ausdrücklich. Hingegen sind in der Debatte zur Gesundheitsreform weiterhin negative und skeptische Aussagen zu verzeichnen. Das wird den Auswirkungen der Reform nicht gerecht, insbesondere mit Blick auf Brandenburg.

Der einheitliche Beitragssatz von 15,5 % liegt um 0,3 Prozentpunkte unter dem aktuellen Beitragssatz der AOK Brandenburg, die knapp 30 % der Versicherten im Land betreut. Etwas mehr als ein Viertel der Versicherten ist bei der BAR-

MER oder der DAK versichert. Hier steigt der Beitragssatz um lediglich 0,2 bzw. 0,1 Prozentpunkte. Die Mehrzahl der gesetzlich Krankenversicherten im Land wird also durch den einheitlichen Beitragssatz zum neuen Jahr entlastet oder nur geringfügig belastet. Von der Möglichkeit, Zusatzbeiträge zu erheben, wird, soweit man heute absehen kann, kurz- bis mittelfristig kaum Gebrauch gemacht. Auch für die Arbeitgeber in Brandenburg wird die durchschnittliche finanzielle Belastung weniger stark ausgeprägt sein als in anderen Ländern. Hinzu kommt, dass für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer der Beitrag zur Arbeitslosenversicherung Anfang 2009 um 0,5 Prozentpunkte sinkt. Soweit Mehrausgaben

für die Krankenversicherung anfallen, werden diese so ganz oder teilweise kompensiert.

Was der Gesundheitsfonds jedoch bewirkt, ist, dass die Kassen Wettbewerbsvorteile künftig über besseren Service oder attraktivere Zusatzangebote erreichen. Verbraucherorientierung wird mit der Reform groß geschrieben. Das ist im Interesse der Versicherten. Und aus Arbeitgebersicht vereinfacht sich künftig die Abwicklung. Die Verwaltungskosten werden durch den einheitlichen Beitragssatz sinken.

Brandenburg gehört zu den Regionen, in denen die medizinische Versorgung in besonderer Weise von der Reform profitieren wird. Dies resultiert aus der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) zum morbitätsorientierten RSA (Morbidität = Krankheitsanfälligkeit). Im Sinne eines solidarischen Ausgleichs werden die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung künftig verstärkt dorthin fließen, wo relativ viele ältere oder von Krankheit betroffene Versicherte leben. Da dies für Brandenburg zutrifft, steht für die medizinische Versorgung ab 2009 auch aus diesem Grund mehr Geld zur Verfügung als bisher.

Die für 2009 in Deutschland insgesamt zu erwartenden Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung sind ganz überwiegend weiteren Verbesserungen des Versorgungsniveaus, dem medizinischen Fortschritt und den demographischen Veränderungen geschuldet. Und wir sollten nicht vergessen: Der Gesundheitsfonds selbst führt nicht zu Mehrausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung. Er sorgt lediglich für eine neue Organisation der Finanzströme innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Schließlich ist festzuhalten, dass der Gesundheitsfonds nicht per se dazu führt, dass die Finanzierungsbasis verbreitert oder die Ausgabenbasis verändert wird. Dafür wären weitere Reformschritte in Richtung einer Bürgerversicherung notwendig.



MdL Dr. Martina Münch,
Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Landtag Brandenburg

Contra: Der Gesundheitsfonds leistet keinen Beitrag zur finanziellen Stabilität

Das ursprüngliche Ziel der Bundesregierung war es, die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu stärken. Doch das nun umzusetzende Gesetz mit dem Gesundheitsfonds als Kernstück löst keines der bestehenden (Ausgaben-)Probleme.

Bei den Beratungen über den Einheitsbeitragssatz in 2009 waren sich alle Kassenvertreter einig, dass die GKV mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent die voraussichtlichen Ausgaben nicht abdecken kann. Die Regierung hat es versäumt, neben dem Gesundheitsfonds strukturelle und tatsächlich Kosten dämpfende Maßnahmen zu verabschieden. Der Fonds leistet keinen Beitrag zur finanziellen Stabilität der Krankenkassen.



Rolf Lorenz (KKH), stellvertretender Vorsitzender des Landesausschusses der Ersatzkassen in Brandenburg

Die den Kassen durch den höheren Beitragssatz zusätzlich zufließenden Mittel werden kompensiert durch die durch die Politik zugesagten zusätzlichen Finanzmittel in Höhe von ca. 2,7 Mrd. Euro für Ärzte und ca. 3 Milliarden Euro für den Krankenhausbereich. Was aber ist mit den enorm steigenden Arzneimittelausgaben, den Aufwendungen für Krankengeld und anderen Ausgabensteigerungen? Es gibt weder mehr Wettbewerbsfreiheit noch grundlegende Einsparpotenziale.

Im Gegenteil: Durch den steigenden bürokratischen Aufwand werden dem Gesundheitssystem Finanzmittel entzogen, die dann für die Versorgung der Versicherten fehlen.

Es ist richtig, dass Brandenburg für die ambulante medizinische Versorgung mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen werden als bisher – die Ärzte erhalten 2009 mehr als 100 Millionen Euro zusätzliches Honorar, das sind für jeden der rund 3600 ambulant tätigen Ärzte durchschnittlich fast 28.000 Euro. Hier wird nun endlich das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ umgesetzt (sowohl zwischen den Bundesländern als auch zwischen den einzelnen Kassenarten). Aber auch hier werden die Kassen durch den Schiedsspruch weitaus stärker belastet als es das Gesetz eigent-

lich vorsah. Und die Politik hat es versäumt, Konsequenz zu zeigen und im zahnärztlichen Bereich eine ebensolche Angleichung vorzunehmen. Das bedingt, dass die Ersatzkassen in Brandenburg nach wie vor für die gleiche Leistung höhere Honorare an die Zahnärzte zahlen als andere Kassenarten, ohne dass sie dafür höhere Zuweisungen aus dem Fonds erhalten. Wie ist das mit der Stärkung des Wettbewerbs und der Schaffung gleicher Ausgangsbedingungen für alle Kassenarten zu vereinbaren?

Die Kassen sind gezwungen, mit dem Geld zu wirtschaften, das ihnen der Fonds nach den Regeln des neuen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs zuteilt. Sie verlieren zum ersten Mal in der Geschichte der GKV ihre Finanzautonomie. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs wäre auch ohne Fondseinführung umsetzbar gewesen. So gut und richtig es ist, dass für viele kranke Versicherte durch den sog. morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (80 Krankheiten umfassend) mehr Geld als bisher zur Verfügung gestellt wird – die Neuverteilung darf nicht dazu führen, dass andere Versichertengruppen vernachlässigt oder gar benachteiligt werden. Die Kassen müssen weiterhin über ausreichenden finanziellen Spielraum verfügen, um beispielsweise auch Präventionsmaßnahmen, die teure Behandlungen vermeiden helfen, umsetzen zu können. Der Gefahr, dass freiwillig versicherte Mitglieder vermehrt in die PKV wechseln, muss unbedingt gegengesteuert werden. Der Fonds darf nicht zu Leistungskürzungen führen, andererseits sind die Kassen mehr denn je gezwungen, Leistungen auf den Prüfstand zu stellen, sofern sie nicht das Risiko eingehen wollen, einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten zu erheben.

Kundenorientierung, Service, Qualität, ein hohes Versorgungsniveau für alle Versicherten werden auch in der „neuen Welt“ oberste Priorität bei den Ersatzkassen haben. Der ständige kontinuierliche Mitgliederzuwachs aller Ersatzkassen beweist die Zufriedenheit der Brandenburgerinnen und Brandenburger mit ihrer Ersatzkasse. Wir stellen uns den Herausforderungen, werden aber die Politik auch künftig auf drohende Schief lagen aufmerksam machen, um gemeinsam Lösungen zu finden, die eine umfassende solidarische Krankenversicherung für alle Versicherten garantieren.

15 Jahre Gruppenprophylaxe in Brandenburg: Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen verbessert

Das Land Brandenburg kann in diesem Jahr auf eine 15-jährige Zusammenarbeit im Bereich der zahnärztlichen Gruppenprophylaxe zurückblicken: Am 23. Juni 1993 wurde die Vereinbarung zur Förderung der Gruppenprophylaxe vom Gesundheitsministerium, den Landesverbänden der Krankenkassen, der Landes Zahnärztekammer, dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindebund unterzeichnet.

Ziel war und ist die flächendeckende Umsetzung von Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen, um die Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen nachhaltig zu verbessern. Und hier gibt es Erfolge, die sich sehen lassen können: Gegenwärtig werden jährlich rund 162.000 der 2- bis 12-jährigen Kinder, also 86 Prozent dieser Altersgruppe, in den Kitas und Schulen betreut. Die Teams der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter untersuchen flächendeckend die Kinder und verbinden damit altersgerechtes Zahnputztraining, Wissenswertes rund um die Zahn- und Mundgesundheit und Hinweise zur Ernährung. Obstpausen und zuckerfreie Vormittage sind so in mancher Kindertagesstätte inzwischen zu einer Selbstverständlichkeit geworden.

Um Kinder mit erhöhter Kariesanfälligkeit intensiv zu betreuen, werden schwerpunktmäßig in Kitas und Schulen mit Zustimmung der Eltern die Zähne der Kinder mit Lack oder Gel fluoridiert. Den Startschuss dafür gab die erste Gesundheitsministerin Brandenburgs, Dr. Regine Hildebrandt, bereits 1992 in der Grundschule Kirchmöser in Brandenburg an der Havel. Nach 15 Jahren kontinu-

ierlicher Arbeit wurde dort deutlich, dass die Mundgesundheit der Sechstklässler mit 70 Prozent Kariesfreiheit über dem Durchschnittswert von 63 Prozent der gleichaltrigen Schüler in der Stadt liegt.

Jedes Kind im Land bekommt einen Zahnärztlichen Prophylaxe-Pass, der den Eltern zeigt, wann und wie Gruppenprophylaxe in der Kindereinrichtung und Individualprophylaxe in der Zahnarztpraxis umgesetzt werden. Die landesweit durchgeführten Präventionsprogramme haben zu einer deutlichen Kariesreduzierung und mehr Gesundheit für die Kinder geführt. Vor 15 Jahren hatten nur 15 Prozent der Sechstklässler kariesfreie Zähne. Heute verlässt mehr als die Hälfte der Schüler die Grundschule mit einem kariesfreien Gebiss.

Bis 2010 sollen drei weitere Ziele erreicht werden:

1. Kita-Kinder haben im Alter von 5 Jahren überwiegend 60 % kariesfreie Milchzähne. Milchzahnkaries wird frühzeitig erkannt und behandelt.
2. 12 Jahre alte SchülerInnen haben nur durchschnittlich an einem Zahn Karieserfahrung und ein funktionell intaktes Gebiss.
3. 15-jährige Jugendliche haben höchstens zwei Zähne mit Karieserfahrung und ein saniertes, funktionell intaktes Gebiss.

Nicht nur Gesundheitsämter, Zahnärzte, Krankenkassen und Ministerien sind aktive Partner, auch Eltern, Erzieher, Lehrer, Träger der Kindereinrichtungen, Kinderärzte, Hebammen, Gynäkologen sowie die Netzwerke „Gesunde Kinder“ sind inzwischen mit dabei, wenn es darum geht, unsere Jüngsten vor der frühkindlichen Milchzahnkaries und ihren Auswirkungen zu schützen. 465 Mädchen und Jungen der im vergangenen Jahr untersuchten 10.000 Kinder im Alter von 2 Jahren hatten bereits behandlungsbedürftige Milchzähne. Das verdeutlicht, dass hier besondere Aufmerksamkeit und natürlich auch weitere Anstrengungen erforderlich sind.

Gesundheitliche Chancengleichheit für alle Kinder zu erreichen, ist ein wichtiges Anliegen und ein Beitrag zum Kinderschutz. Gesunde Zähne in einem gesunden Mund bedeuten, dass Kinder fröhlich lachen, gut abbeißen sowie kauen können und das Sprechen spielend erlernen.



Prophylaxepässe

KURZ GEMELDET – ZAHLEN UND FAKTEN

■ Landesbasisfallwert für 2009 steht fest

Nach nur zwei Verhandlungsterminen haben sich die Vertragspartner über den Landesbasisfallwert für das Jahr 2009 verständigt – die entsprechenden Gremien haben den Abschluss bestätigt. Damit beträgt der Landesbasisfallwert für das Jahr 2009 2.793 Euro. Aufgrund des gegenwärtig vorliegenden Gesetzentwurfs zum Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) – das im Februar 2009 verabschiedet werden soll – wird dieser Wert im Verlaufe des Jahres 2009 wahrscheinlich noch um eine sog. Tarifberichtigungsrate erhöht.

■ Pauschale Selbsthilfeförderung 2009 gut vorbereitet

Um das Förderverfahren der Pauschalförderung als kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung verwaltungsunaufwändig und unbürokratisch durchzuführen, haben sich die Kassen/-verbände in Brandenburg auf das sog. „Ein-Ansprechpartner-Modell“ verständigt, wobei die Federführung im jährlichen Wechsel zwischen den Krankenkassen/-verbänden erfolgt. Für die Antrag stellende Selbsthilfegruppe, -organisation oder -kontaktstelle hat dies den Vorteil, dass nur noch ein Antrag auf Pauschalförderung an den auf der jeweiligen Förderebene zuständigen Federführer zu richten ist (<http://www.vdak-aev.de/LVen/BRA/Versicherte/Selbsthilfe/index.htm>). Die Vergabe der Fördermittel erfolgt auf allen Förderebenen nach Beratung mit den Vertretungen der Selbsthilfe durch die Krankenkassen und ihre Verbände.

■ Rettungsdienst: Kassen erhalten hohe Rückzahlung

Nach drei Jahren konnte das Normenkontrollverfahren gegen die Gebührensatzung Rettungsdienst des Landkreises Teltow-Fläming aus dem Jahr 2003 durch Vergleich beendet werden. Strittig war die Ermittlung und damit Höhe der Kostenüberdeckung. Die Krankenkassen erhalten vom Landkreis für die Jahre 2003 bis 2005 insgesamt 995.555 Euro Gebührenrückzahlungen! Der Anteil der Ersatzkassen am Gesamtgebührenaufkommen beträgt 221.357 Euro. Der Landkreis folgt damit vollständig der Auffassung der Krankenkassen.

■ Gute erste Bilanz des Mammographie-Screenings im Land Brandenburg

Seit Beginn dieses Jahres läuft auch in Brandenburg das Mammographie-Screening. Im ersten Halbjahr 2008 nahmen durchschnittlich mehr als die Hälfte der eingeladenen Frauen am Programm teil, das sind ca. 18.000 Brandenburgerinnen. Das Screening findet in drei stationären Screening-Einheiten in Cottbus, Königs-Wusterhausen und Beelitz statt. Da Brandenburg ein Flächenland ist, sind zusätzlich fünf Mammobile unterwegs, so dass dieses wichtige Vorsorgeangebot auch wohnortnah angeboten werden kann. Ziel ist eine noch stärkere Teilnahmegewinnung der insgesamt ca. 350.000 anspruchsberechtigten Frauen zwischen 50 und 69 Jahren im Land.

Wechsel an der Spitze des Landesausschusses der Ersatzkassen

Herbert Mrotzcek, der seit mehr als fünf Jahren den Landesausschuss (LA) – als höchstes Koordinierungs- und Entscheidungsgremium insbesondere in Angelegenheiten politischer Meinungsbildung – leitete, übernimmt innerhalb der DAK neue Aufgaben. Aus diesem Grund übergab er den Vorsitz an seine DAK-Kollegin Gabriela Slawik. Die Leiterin der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände, Monika Puhlmann und Rolf Lorenz, KKH, (stellv. LA-Vorsitzender) dankten Herbert Mrotzcek für die geleistete Arbeit und wünschten Gabriela Slawik Erfolg und ein koordinierendes „glückliches Händchen“. Vom Vorstandsvorsitzenden des VdAK/AEV, Thomas Ballast, erhielt Herbert Mrotzcek für sein Engagement die VdAK-Verdienstmedaille in Silber.



Rolf Lorenz (KKH), Gabriela Slawik (DAK), Herbert Mrotzcek (DAK), Monika Puhlmann (VdAK/AEV LV Brandenburg)

Eine gute Tradition: Parlamentarischer Abend der Ersatzkassen

Die Herausforderungen im Gesundheitswesen werden nicht kleiner... Wir befinden uns in einer Zeit voller Neuerungen, die auch massive Auswirkungen auf die Kranken- und damit auch Ersatzkassen(verbände) haben werden. Schlagworte wie Gesundheitsfonds, Einheitsbeitrag, Zusatzbeitrag, erste Erfahrungen in der Umsetzung des GKV-WVG und in der Zusammenarbeit mit dem neuen GKV-Spitzenverband Bund griff Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender der Ersatzkassenverbände, auf und legte mit seinem engagierten Eingangsstatement eine gute Grundlage für die abendliche Diskussion.

Der Einladung der Ersatzkassenverbände waren wiederum Brandenburgs Gesundheitsministerin Dagmar

Ziegler, die Ausschussvorsitzende für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie (Fraktion DieLinke), MdL Birgit Wöllert, die gesundheitspolitische Sprecherin der CDU-Fraktion, MdL Roswitha Schier, die Vorsitzende des Arbeitskreises Soziales der SPD-Fraktion, MdL Sylvia Lehmann sowie zahlreiche Ausschussmitglieder der Fraktionen von SPD, CDU und DieLinke gefolgt. Frau Ziegler nahm den „Ball“ von Herrn Ballast gern auf, um damit auch den Übergang der Diskussion von der Bundes- zur Landesebene zu vollziehen.

Und die Auswirkungen der aktuellen Bundesgesetze sind in Brandenburg vielfältig: Erwartungen der Landespolitiker und der Ersatzkassenvertreter wurden ausgetauscht. Lösungsmöglichkeiten für – in zwischen nicht nur Brandenburger – Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen wurden diskutiert, die Situation der Krankenhäuser – sowohl im Bundesgebiet als auch hier in Brandenburg – war Gegenstand der Gespräche. Es mangelte nicht an Themen und die Atmosphäre war trotz auch mal kontroverser Sichtweisen äußerst aufgeschlossen.

Das sich zwischen Ersatzkassen und Politik weiter entwickelnde konstruktive und faire Miteinander zeigte sich auch in erfreulich langem „Sitzfleisch“ an diesem interessanten Abend, dessen Fortsetzung im nächsten Jahr bereits fest eingeplant ist.



Eine aufgeschlossene und konstruktive Diskussionsatmosphäre in Carsten's Restaurant „Zum Starstecher“...

Staffelwechsel: Frauenpower bleibt Tschüss Frau Puhlmann – willkommen Frau Leyh

An der Spitze der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände wird es einen Wechsel geben: Monika Puhlmann geht nach zweieinhalb Jahren als Leiterin, aber fast 15 Jahren als eines der „Urgesteine“ der Brandenburger Landesvertretung (überwiegend als Referatsleiterin „Ambulante Medizin“) zum Jahresende in den Ruhestand. Die Berliner Landeschefin Gabriela Leyh wird im Rahmen einer stärkeren Kooperation zwischen Berlin und Brandenburg ab 2009 auch die Brandenburger Landesvertretung – die ansonsten natürlich erhalten bleibt – leiten.

Damit werden die Brandenburger Ersatzkassenverbände auch weiterhin von einer Frau geführt, die über Kompetenz und Sachkenntnis im Vertragsgeschehen verfügt und der Führungsaufgaben nicht neu sind.

Monika Puhlmann steuerte in einer Zeit tief greifender Veränderungen im Gesundheitswesen – die tref-

fend als „stürmisch mit teilweise orkanartigen Böen“ zu bezeichnen sind – das Schiff Brandenburger Landesvertretung nicht nur sicher, kompetent, mit Herz und Verstand und der Mitgliederstärke der Ersatzkassen in Brandenburg angemessen, sondern zeigte bis Dezember 2008 ein so ausgeprägtes persönliches Engagement, das einem Kapitän wirklich zur Ehre gereicht. Dafür ein ganz herzliches Dankeschön von der Frau- und Mannschaft der Landesvertretung und für den neuen Lebensabschnitt alles erdenklich Gute und viele schöne Ruhestandsjahre! Tschüss ChefIn!

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Brandenburg des VdAK/AEV

Hans-Thoma-Str. 11 · 14467 Potsdam

Telefon: 03 31 / 289 92-0 · Telefax: 03 31 / 289 92 13

E-Mail: LV-Brandenburg@vdak-aev.de

Redaktion: Dorothee Binder-Pinkepank · Verantwortlich: Monika Puhlmann