

report sachsen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Mai 2008

ersatzkassen

Kommt er? Oder kommt er nicht?

Der Gesundheitsfonds – umstrittenes Kernstück
des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes

Eines ist sicher: Der von so vielen gescholtene Gesundheitsfonds wird kommen. Die Frage ist nur – wann? Der gesetzlichen Krankenversicherung stehen radikale Veränderungen bevor. Neben den organisatorischen Umstrukturierungen wird vor allem der Gesundheitsfonds im Jahre 2009 für erhebliche Turbulenzen bei den Krankenkassen sorgen. Das Jahr 2008 wird noch ein Jahr der Vorbereitung – 2009 werden die Veränderungen aber auch für die Versicherten spürbar! Schon jetzt zeigt sich, dass sich die Politik kurz vor dem Wahljahr 2009 eine Aufgabe mit erheblichen Risiken zumutet. Denn klar ist: An den Finanzierungsproblemen der GKV hat sich auch durch die Gesundheitsreform nichts geändert. Vielmehr sind die alten Finanzprobleme auch die neuen Finanzprobleme der GKV. Der Ausgabenanstieg bei den Arzneimitteln und in anderen Leistungsbereichen hält an, der konjunkturelle Aufschwung kommt noch nicht immer bei den Löhnen und Gehältern und damit bei den Einnahmen der Krankenkassen an, durch die Honorarreform der Ärzte kommen sogar neue milliardenschwere Finanzrisiken auf die Kassen zu.

Der Gesundheitsfonds wird diese Probleme nicht lösen, im Gegenteil, er verschärft sie noch. Künftig hat der Fonds eine Schwankungsreserve aufzubauen, deren Höhe zwar noch nicht feststeht, für die aber

In dieser Ausgabe

- Titelthema:
Der Gesundheitsfonds – umstrittenes Kernstück des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes
- Vergütungsabstand bei der Honorierung zahnärztlicher Leistungen
- Abschluss des Modellprojekts „Persönliches Pflegebudget“
- Impfleistungen der Ersatzkassen
- Personalien

dennoch Beitragsgelder eingestellt werden müssen. Es wird bereits heute heftig darüber spekuliert, wie hoch der Beitragssatz sein wird, den die Bundesregierung bis zum November 2008 einheitlich für alle Krankenkassen festlegen muss. Auch die Politik gesteht ein, dass davon auszugehen ist, dass der Beitragssatz von heute 14,8 Prozent auf über 15 Prozent steigen wird – es sei denn, der Bundesgesundheitsministerin gelingt es noch, neue Finanzquellen anzuzapfen. Die Forderung der Bundesgesundheitsministerin nach kostendeckenden Beiträgen für Arbeitslosengeld-II-Empfänger ist sicher ein richtiger Ansatz, der aber wahrscheinlich erneut zum Scheitern verurteilt ist. Die Diskussion zeigt aber, welchem

Druck die Bundesregierung schon jetzt ausgesetzt ist und wie schwer sie sich damit tun wird, den Einheitsbeitragssatz festzulegen. Besonders ein Problemfeld wird dabei im Focus stehen:

Problem Zusatzbeitrag

Der von der Bundesregierung per Rechtsverordnung festgelegte Beitragssatz darf aus politischen Gründen weder zu hoch noch zu niedrig kalkuliert sein. Insbesondere ein zu niedrig festgelegter Beitragssatz würde einige Kassen dazu zwingen, eine Zusatzprämie von ihren Versicherten zu erheben. Grundsätzlich gilt die Regelung, wonach mit Start des Fonds 100 % der Gesamtausgaben der Kassen gedeckt werden sollen, danach darf die Deckungsquote auf bis zu 95 % absinken, bevor eine Anpassung des Beitragssatzes vorgesehen ist. Weil mit 100 % im Durchschnitt für alle gestartet wird, muss davon ausgegangen werden, dass etwa die Hälfte der Kassen mehr Geld aus dem Fonds zugewiesen bekommen, als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Sie können ihren Versicherten nach dem Start des Fonds sogar Geld zurückzahlen. Insbesondere Krankenkassen mit vielen alten und kranken Menschen und Geringverdienenden müssen demgegenüber möglicherweise schon zum Start des Fonds einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben. Es besteht die Gefahr, dass die Kassen nach Ausschöpfung aller anderen ihnen zur Verfügung stehenden Mittel Serviceleistungen und innovative Sonderverträge abbauen. Das kann nicht im Sinn des Erfinders sein!

Chancen im Wettbewerb

Die Ersatzkassen stellen sich den neuen Herausforderungen des Wettbewerbs. Dabei nutzen sie auch konsequent entsprechende Ansätze im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz. Zu nennen sind hier die Rabattverträge im Arzneimittelbereich oder die Verträge zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung. Allerdings sind die Anreize für die Kassen, wettbewerbliche Lösungen zu suchen, durch die Gesundheitsreform gleichzeitig wieder eingeschränkt worden. 70 Prozent des Ausgaben Volumens sollen künftig einheitlich für alle Krankenkassen vom neuen Spitzenverband Bund durch Kollektivverträge präjudiziert werden. Es besteht die Gefahr, dass selektive Verträge der Kassen zurückgeschraubt werden, weil sie überwiegend zusätzlich finanziert werden müssen. Dies gilt im besonderen Maße für die Integrierten Versorgungsverträge, die es ermöglichen, eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten zu gestalten. Um diese Projekte nicht im Keim zu ersticken, sollte der Gesetzgeber dringend dafür sorgen, dass die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung bis zum 31.10.2010 verlängert und das Vergütungsvolumen von heute ein Prozent der Gesamtvergütungen auf drei Prozent gestreckt wird. In den Integrierten Versorgungsmodellen steckt noch sehr viel Potenzial, das genutzt werden kann. Dies betrifft insbesondere die Einbeziehung der chronisch kranken Menschen und der Pflegebedürftigen in die Versorgungsmodelle.



Silke Heinke, Leiterin der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen

DER KOMMENTAR

Einwurf

Diese Jahr hält ein ganz besonderes Jubiläum parat – das 125-jährige Bestehen der gesetzlichen Krankenversicherung. Allein an dieser Zahl kann man ermessen, wie widerstandsfähig und innovativ sich unser Gesundheitssystem immer wieder erwiesen hat. Auch in Sachsen tragen die Krankenkassen ihren Teil zu einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung der Versicherten bei. Sie stehen derzeit vor neuen großen Herausforderungen die da z. B. heißen Gesundheitsfonds, Honorarreform und Pflege-Weiterentwicklungsgesetz.

Die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) stellt sich diesen Herausforderungen. Sowohl für unsere Mitgliedskassen als auch für die sächsischen Leistungserbringer werden wir ein verlässlicher und stabiler Partner bleiben. Indem wir uns als Dienstleister für unsere Mitgliedskassen weiter profilieren, können Chancen im Wettbewerb mit den anderen Kassenarten

besser genutzt werden. Ich denke da in erster Linie an die vielfältigen Möglichkeiten, die die neuen Versorgungsformen bieten oder die Nutzung von Einsparpotenzialen bei den Arzneimitteln durch intelligente Rabattverträge.

Gemeinsam mit dem Sozialministerium und den Vertretern der KV Sachsen suchen und unterstützen wir weiterhin Vorschläge, wie dem drohenden Ärztemangel in verschiedenen Regionen Sachsens wirkungsvoll begegnet werden kann. Für uns spielt dabei der niedergelassene Allgemeinmediziner bzw. Facharzt zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung nach wie vor eine entscheidende Rolle.

Vergütungsabstand im vertragszahnärztlichen Bereich in Sachsen

Der Gesetzgeber plant mit der Umsetzung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, kurz GKV-WSG, einen verstärkten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen. Doch gelten hier gleiche Ausgangsbedingungen für alle?

Der morbiditätsbezogene Risikostrukturausgleich, auch bekannt als Morbi-RSA, sorgt zwar für einen finanziellen Ausgleich zwischen den Kassen mit sog. „schlechten Risiken“ bzw. Kassen mit sog. „guten Risiken“. Unverändert bleibt aber die Vernachlässigung unterschiedlicher Vergütungen im Risikostrukturausgleich.

Im ärztlichen Bereich wurden die Weichen in die richtige Richtung gestellt, in dem die mit der Gesundheitsreform beschlossene Honorarreform schrittweise umgesetzt wird. Der neue EBM gilt seit Anfang dieses Jahres und die bundesweit einheitliche Vergütungsregelung kommt ab 2009 zum Tragen. Mit dieser einheitlichen Euro-Gebührenordnung wird mehr Transparenz und Kalkulationssicherheit für die Ärzte geschaffen. Auf Krankenkassenseite trägt sie dazu bei, die finanziellen Lasten innerhalb der Kassenarten gerechter zu verteilen und kassenartenspezifische Vergütungsabstände zu egalisieren.

Bei der zahnärztlichen Vergütung konnten sich die Regierungsfaktionen leider nicht zu einer adäquaten Regelung durchringen. Das bedeutet Festschreibung unterschiedlicher historisch gewachsener Vergütungen für zahnärztliche Leistungen. Hier werden die Leistungen auf der Grundlage von Einzelleistungen (BEMA-Z) und den vereinbarten Punktwerten bis zur Obergrenze der Gesamtvergütung bzw. Budgetobergrenze vergütet. Die Punktwerte für die einzelnen Gebührentarife (mit Ausnahme Zahnersatz/Festzuschusssystem) sowie die Budgetobergrenzen werden bislang jährlich zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen (KZV Sachsen) verhandelt.

In Sachsen bestehen zwischen den Primär- und Ersatzkassen sehr hohe Punktwertdifferenzen. So liegt beispielsweise der für 2007 zwischen der KZV Sachsen und den Ersatzkassen in Sachsen vereinbarte Punktwert für konser-

vierende und chirurgische Leistungen um 10,96 % über dem Punktwert der AOK Plus. Auch die vereinbarten Gesamtvergütungen unterscheiden sich deutlich. Für den Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) wurde für 2007 eine Obergrenze pro Mitglied in Höhe von 167,56 EUR (Arbeiter-Ersatzkassen-Verband (AEV): 156,19 EUR) vereinbart. Für die AOK Plus dagegen beträgt die Obergrenze nur ca. 112,00 EUR. Die hohen Punktwertunterschiede haben für die Ersatzkassen in Sachsen Mehrausgaben von rund 10,2 Mio. EUR zur Folge.

Dieses Ungleichgewicht wirkt sich nicht nur negativ auf die finanzielle Situation der Ersatzkassen aus. Auch die Zahnärzte sind davon betroffen, da Mitgliederwechsel zu anderen Krankenkassen, deren Vergütungsniveau deutlich niedriger ausfällt, zu empfindlichen Honorarausfällen führen werden. Unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds wirken sich derartige Preisunterschiede (wohlgemerkt für die gleiche Leistung) stark wettbewerbsverzerrend aus und sind von den Ersatzkassen daher nicht hinnehmbar. Die Ersatzkassenverbände sehen daher die Große Koalition in der Pflicht, jetzt die notwendigen Gesetzesanpassungen zur Nivellierung der Vergütungsabstände im zahnärztlichen Bereich vorzunehmen. Wettbewerb ja – aber nur unter gleichen Startbedingungen.



Gleiches Geld für gleiche Leistung

Trinklimit! oder es wird peinlich

Rückblick auf das Jahr 2007

Auch 2007 wurde die erfolgreiche Ausstellung „Trinklimit! oder es wird peinlich“ in zahlreichen Schulen und anderen öffentlichen Gebäuden ausgestellt. Besondere Bedeutung hatte dabei der **Wettbewerb zur T-Shirt-Ausstellung**.

Alle Schülerinnen und Schüler waren aufgefordert, ihre Ideen für witzige und originelle Sprüche einzureichen. Durch die provokanten Sprüche sollen die Jugendlichen zum verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol angeregt werden. Unter allen Einsendern wurden im November 2007 die besten Sprüche ausgewählt und die Gewinner bestimmt. Die Sach- und Geldpreise wurden an drei Schüler aus Dresden, Treuen und Klingenberg sowie an zwei Schulklassen des Friedrich-Schleiermacher-Gymnasiums in Niesky vergeben.

Lehrerhandbuch zur pädagogischen Begleitung

Für die pädagogische Begleitung der Ausstellung im Unterricht oder an suchtpreventiven Projekttagen wurde ein Handbuch für die Lehrer und pädagogischen Fachkräfte entwickelt. Dieses enthält konkrete Vorschläge zur Einbindung der Ausstellung in den Unterricht in Form von ausgearbeiteten Doppelstunden, in denen mit den T-Shirt-Texten und dazu passenden Sach- und Hintergrundinformationen gearbeitet werden kann. Des Weiteren sind in dem Handbuch Kopiervorlagen, Material- und Literaturempfehlungen enthalten. Mit dem Handbuch kann die Ausstellung flexibel in den Unterricht oder im Rahmen von Projekttagen

eingebunden werden. Das Handbuch verbleibt nach Abschluss der Ausstellung in den beteiligten Schulen und kann für die weitere schulische Suchtprävention genutzt werden.

Auswertung der T-Shirt-Ausstellung

In Kooperation mit dem Gesundheitsamt Weißeritzkreis wurde die Durchführung der Ausstellung im Rahmen der Magisterarbeit „Ursa-

chen und Prävention von Alkoholmissbrauch im Jugendalter am Beispiel des Projektprogramms „Trinklimit! oder es wird peinlich“ für Sekundarschüler im Weißeritzkreis (Dippoldiswalde)“ (Hunger, A. 2007) ausgewertet. Die Ergebnisse der schriftlichen Befragung von 77 Schülern der 8. und 9. Klasse und von sieben beteiligten Lehrkräften geben Auskunft über die Akzeptanz der Ausstellung als suchtpreventives Angebot. Dem überwiegenden Teil der Schüler gefielen die jugendgemäßen T-Shirt-Texte und sie konnten sich vorstellen, selbst ein T-Shirt zu tragen. Die Informationen und Hintergründe zu Alkohol und seinen Wirkungen stießen ebenso auf großes Interesse. Besondere Aufmerksamkeit bei den Schülern fand die Berechnung der Alkoholkonzentration im Blut. Viele Schüler sind der Meinung, dass solche und ähnliche Projekte regelmäßig in der eigenen Schule angeboten und das Thema Alkohol auch weiterhin im Unterricht thematisiert werden sollte.

Der Großteil der Lehrkräfte schätzte das Programm mit seinen alkoholbezogenen Botschaften sehr gut oder gut ein und würde es an Kollegen und Kolleginnen weiterempfehlen. Einige der Lehrer sind der Meinung, dass die Thematik Suchtprävention nicht ausreichend im Lehrplan berücksichtigt wird. Auch den Lehrern haben die T-Shirts inklusive der Sprüche gefallen. Außerdem wurden die lockere Atmosphäre, die kompetente Begleitung und die Unterstützung durch die „TRINKLIMIT! Lehrmappe“ hervorgehoben. Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse der Befragung eine hohe Akzeptanz der Ausstellung bei den Schülern und eine hohe Zufriedenheit mit dem suchtpreventiven Angebot bei den Lehrkräften.

Insgesamt wurde die Ausstellung 2007 an 20 Schulen, Gesundheitsämtern bzw. Suchtberatungsstellen im gesamten Freistaat Sachsen gezeigt.



Psychisch Kranke am Leben teilhaben lassen

Seelisch Behinderte oder von einer solchen Behinderung bedrohte Menschen bedürfen einer speziellen Betreuung und Rehabilitation. Diesen besonderen Anforderungen trägt die „Empfehlungsvereinbarung zur Rehabilitation psychisch Kranker“ (RPK-Empfehlungsvereinbarung) vom 29. September 2005 Rechnung. Die RPK-Empfehlungsvereinbarung regelt die Zusammenarbeit der Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen, den sog. RPK-Einrichtungen.

RPK-Einrichtungen stellen eine integrierte Verbindung dar zwischen medizinischer, psychologischer, sozialtherapeutischer und beruflicher Rehabilitation. Bei diesen speziellen Rehabilitationsleistungen greifen medizinische, berufliche und ergänzende Leistungen ineinander. D. h., Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben werden unter einem Dach miteinander verknüpft und in „einem Guss“ erbracht.

Die Krankenkassen sind dabei für den medizinischen Teil zuständig. Hier geht es in erster Linie darum, Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden.

Die Rentenversicherungsträger wiederum bieten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben an, um die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen. Die Agentur für Arbeit unterstützt ausschließlich Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben finden in Kooperation mit Betrieben und Einrichtungen der Region statt. Dabei unterstützt das Fachpersonal der Reha-Einrichtungen die jeweilige Betreuung der Patienten.

Seit Inkrafttreten der RPK-Empfehlungsvereinbarung zum 1. Juli 2006 wurden bereits sechs Anträge auf die Errichtung von RPK-Einrichtungen an die VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen gestellt.

Die einzelnen Antragsteller müssen ein medizinisches Konzept vorlegen, das vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und den Krankenkassen geprüft wird. Die Anforderungen an eine solche Einrichtung mit ambulanten und/oder stationären Plätzen sind sehr hoch. Bisher haben zwei der Antragsteller, in Glauchau und Dresden, diese hohen Hürden genommen und werden voraussichtlich in diesem Jahr ans Netz gehen können.

Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“

Am 17. März 2008 wurden in Annaberg-Buchholz nach vierjähriger Projektarbeit die ersten Ergebnisse des Modellprojektes „Persönliches Pflegebudget“ präsentiert. Dieses Projekt ist Teil eines von den Spitzenverbänden der Pflegekassen mit jährlich 5 Mio. EUR geförderten Modellprogramms auf der Grundlage von § 8 Abs. 3 SGB XI. Ziel dieser Förderung sind die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und -konzepten der Pflegeversicherung im Hinblick auf neue Konzepte, die Unterstützung zukunftsweisender Versorgungsansätze sowie die Modernisierung vorhandener Pflegeangebote.

Mit dem Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“ wurden vielfältige Erwartungen hinsichtlich der Zielsetzung einer verbesserten Versorgung pflegebedürftiger Menschen verbunden. Ein wesentlicher Gesichtspunkt ist hier die Flexibilisierung der Leistungen und die damit verbundene bessere Berücksichtigung von bisher vernachlässigten Wünschen und Bedürfnissen Pflegebedürftiger. Das betrifft besonders Menschen mit Demenz sowie die Stützung häuslicher Pflege und Betreuung mit der damit verbundenen Vermeidung vorzeitiger Heimaufnahmen. Das Modellprojekt wurde an insgesamt

sieben Standorten mit unterschiedlichen strukturellen Gegebenheiten durchgeführt. Eine dieser Modellregionen war der Landkreis Annaberg im Erzgebirge.

Der Einladung des Landratsamtes Annaberg zur Abschlussveranstaltung folgten etwa 70 Vertreter aus Politik, von Kommunen, Pflegeeinrichtungen, Kranken- und Pflegekassen sowie interessierte BürgerInnen und Teilnehmer am Modellprojekt. Der Projektleiter, Herr Prof. Dr. Thomas Klie von der Evangelischen Fachhochschule Freiburg, die als Projektnehmer fungierte, präsentierte in seinem Vortrag „Das PFLEGE BUDGET – Impuls für Politik und Praxis“ erste Ergebnisse aus der Modellphase. Interessant waren seine Ausführungen besonders im Hinblick auf verbesserte Gestaltungsmöglichkeiten der Leistungsanspruchnahme im Sinne der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen. Gleichzeitig wies Prof. Klie aber auch auf Probleme und Schwierigkeiten hin. Er würdigte die konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Akteuren vor Ort sowie der beim Verband der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) in Siegburg angesiedelten Koordinierungsstelle.

Die Case-ManagerInnen der Modellregion Annaberg berichteten sehr anschaulich über die positiven Erfahrungen einiger Projektteilnehmer. Der mit

Spannung erwartete Abschlussbericht zum Modellprojekt soll bis zum 31. Juli 2008 präsentiert werden.

Interview mit Prof. Dr. Thomas Klie von der Evangelischen Fachhochschule Freiburg zum Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“

▼ Herr Prof. Klie, können Sie anhand der vorliegenden Ergebnisse des Modellprojektes Aussagen zu den Auswirkungen auf die Lebensqualität der Budgetnehmer und Ihrer Angehörigen treffen?

▲ Die Effekte des Pflegebudgets hinsichtlich der Lebenszufriedenheit, Lebensqualität der Menschen mit Pflegebedarf sind eindeutig. Gegenüber der Vergleichsgruppe ist die subjektive Deutung der Lebenssituation der BudgetnehmerInnen günstiger. Dies gilt besonders dort, wo die Pflegebedürftigen vorher im Sachleistungsbezug waren, d. h., Hilfen allein von den Pflegediensten erhalten haben. Besonders hervorzuheben ist, dass die subjektive Zufriedenheit/Lebensqualität im Projektverlauf auch dort noch ansteigend war, wo der gesundheitliche Zustand sich verschlechtert hatte. Offenbar spielt es eine vergleichsweise große Rolle, dass Menschen mit Pflegebedarf nicht nur mehr Zeit und passgenauere Hilfen erhalten sondern sich auch an der Gestaltung und Entscheidungen über die Hilfen stärker beteiligen können. Es ist keine fremde Hilfe sondern eine Hilfe die sie selbst mitgestalten und bestimmen können.

Deutlich steigt auch die Lebensqualität für die pflegenden Angehörigen. Hier ist insbesondere hervorzuheben, dass das subjektive Belastungsgefühl aber auch die objektive zeitliche Belastung gegenüber der Vergleichsgruppe deutlich zurückgeht. Damit trägt das Pflegebudget dazu bei, dass die Bereitschaft und die Fähigkeit von pflegenden Angehörigen sich an Pflegeaufgaben zu beteiligen erhalten bleibt.

▼ Wie beurteilen Sie die Chancen hinsichtlich einer Überführung des persönlichen Budgets in die Regelversorgung?

▲ An den Erfahrungen mit den Budgets wird man bei den künftigen Reformen der Pflegeversicherung nicht vorbeikommen. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz nimmt zahlreiche Impulse an den Budgeterfahrungen auf: Die vorgesehene Flexibilisierung der Leistungen, die Unterstützung durch Case Management (Pflegeberatung). Auch die Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wird dazu beitragen, mehr als die bisher dominierenden 21 Verrichtungen

in den Blick zu nehmen und die Hilfen auf eine breitere Grundlage als einen eingeschränkten Pflegebedürftigkeitsbegriff zu stellen.

Recht kurzfristig lässt sich das Pflegebudget im Zusammenhang mit dem trägerübergreifenden Budget gemäß § 17 SGB IX realisieren. Hier hat der Deutsche Bundestag einen Entschließungsantrag mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz verabschiedet, der der Bundesregierung den Auftrag gibt, die Einführung des integrierten trägerübergreifenden Budgets als Regelversorgung zu überprüfen.

▼ Konnten Sie im Verlauf des Modellprojektes im Landkreis Annaberg-Buchholz Besonderheiten gegenüber anderen Modellregionen feststellen?

▲ Der Landkreis Annaberg weist einige Besonderheiten auf. So spielen die Pflegedienste im Vergleich zu anderen Regionen eher eine untergeordnete Rolle. Vielmehr Bürgerinnen und Bürger nehmen das Pflegegeld in Anspruch. Auffallend ist, dass die Familiensolidarität vergleichsweise stark ausgeprägt ist, weniger stark allerdings die Bereitschaft zum bürgerschaftlichen Engagement. Außerdem sind die Erwartungen an den Staat, seine Verantwortungsübernahme im Landkreis Annaberg stärker akzentuiert als in anderen Regionen. Was ebenfalls sichtbar wurde ist, dass es im Landkreis Annaberg an einer Beratungsinfrastruktur für ältere Menschen und Menschen mit Pflegebedarf mangelt. Ein vernetztes Arbeiten der Akteure ist noch wenig ausgeprägt. Die Zurückhaltung der Pflegedienste gegenüber dem Modellprojekt war stark ausgeprägt. Das gibt Anlass, die Impulse des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes gerade im Landkreis Annaberg respektive im neuen Erzgebirgskreis aufzunehmen. Die Professionellen der Pflege genießen ein hohes Ansehen, gleichwohl fehlt es an einer unabhängigen Beratung für Menschen mit Pflegebedarf.



Prof. Klie bei seinem Vortrag auf der Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt „Persönliches Pflegebudget“

Ersatzkassen in Sachsen bieten umfassenden Impfschutz

Noch immer stellt das Impfen den wirksamsten Schutz gegen Infektionskrankheiten dar. Aufgrund von Impfungen kann das Auftreten bestimmter Krankheiten vermieden oder ihr Verlauf deutlich gemildert werden. In der Folge wird nicht nur der Einzelne geschützt sondern gleichermaßen die Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten vor vermeidbaren Ausgaben.

Um das bislang differenzierte Leistungsspektrum der Krankenkassen im Bereich Impfen zu vereinheitlichen und allen Versicherten einen ausreichenden Impfschutz zu gewährleisten, hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Juli 2007 die Schutzimpfungs-Richtlinie (SiR) verabschiedet. Die in der SiR enthaltenen Impfungen stellen den verpflichtenden Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung dar.

Darüber hinaus haben sich die Ersatzkassen jedoch entschieden, ihren sächsischen Versicherten auch die von der sächsischen Impfkommision (SIKO) empfohlenen Schutzimpfungen anzubieten. In einem Vertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen wird – vorerst für das Jahr 2008 begrenzt – die Abgabe von Impfungen vereinbart, die entweder den Katalog der SiR sinnvoll ergänzen oder bereits enthaltene Indikationen der SiR weiteren Personenkreisen zugänglich machen. Darunter befinden sich zum Beispiel Impfungen wie die Hepatitis A- und B-Impfung, die sich in der Vergangenheit in Sachsen insbesondere als Regelimpfung für Kinder bewährt hat.

Eine entsprechende Übersicht zu den erweiterten Impfleistungen der Ersatzkassen in Sachsen finden sich auch im Internet unter <http://www.vdak-aev.de/LVen/SAC/Versicherte/Impfen/index.htm>

Parallel dazu haben sich die Ersatzkassen in Sachsen entschieden, die Empfehlungen der SIKO auch über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) zugänglich zu machen. In der Vereinbarung mit dem ÖGD ab dem 01.01.2008 gemäß § 20 d) Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünf regelten die Vertragspartner, dass neben dem Leistungskatalog der SiR auch Maßnahmen der Chemoprophylaxe und Impfungen gemäß der Empfehlungen der SIKO zulasten der Ersatzkassen erbracht werden können.

Entgegen den gesetzlichen Regelungen unterstrich auch der Freistaat Sachsen sein hohes Interesse an einem umfassenden Impfschutz für die Bevölkerung. So verpflichtete sich Sachsen, sich neben den Personal- und Sachkosten der Gesundheitsämter auch hälftig an den Impfstoffkosten für Impfungen gemäß den Empfehlungen der SIKO und Maßnahmen der Chemoprophylaxe zu beteiligen.

Der ÖGD hat durch diese Vereinbarung nicht nur die Möglichkeit im Rahmen der Impfsprechstunden der Gesundheitsämter einen umfassenden Impfschutz anzubieten sondern kann die Reihenuntersuchungen in den Schulen im 1.-3. Schuljahr sowie in der 6. Klasse für die gezielte Überprüfung und Auffrischung des Impfschutzes der Kinder nutzen.



Die Impfung schützt ihn auch noch, wenn er den Pieks schon vergessen hat. Impfungen sind der beste Schutz vor Infektionskrankheiten (Foto: DAK/Wigger)

PERSONALIEN

Die Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) haben sowohl auf Bundesebene als auch in Sachsen neues Führungspersonal.



Thomas Ballast

Neuer Vorstandsvorsitzender der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) ist Thomas Ballast. Er ist Jahrgang 1962 und gebürtiger Niedersachse. Nach Abschluss seines Studiums der Finanzwissenschaften 1989 an der Universität zu Köln kam er über kurze Zwischenstationen u. a. beim IKK-Bundesverband 1995 als Referatsleiter „Ärzte“ zu den Ersatzkassenverbänden (VdAK/AEV) in Siegburg. Bereits 1996 wurde er stellv. Abteilungsleiter „Verträge“ und war anschließend von 2000 – 2003 Leiter der Abteilung „Versorgungsoptimierung/Controlling“ des VdAK. Seine Tätigkeitsschwerpunkte waren u. a. die Entwicklung und Umsetzung neuer Projekte der Ersatzkassengemeinschaft zur integrierten Versorgung, die Koordinierung aller Projekte im Bereich disease management / managed care, die Aufdeckung von Abrechnungsmanipulationen und das Vertragscontrolling. Im Oktober 2003 wurde er zum Leiter der Abteilung „Vertrags- und Versorgungsmanagement“ des VdAK berufen, bevor ihn die Mitgliederversammlung zum 1. Januar 2008 zum Vorsitzenden des Vorstands der beiden Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) wählte.



Silke Heinke

Silke Heinke ist Jahrgang 1973 und wurde in Löbau geboren. Nach ihrem Studium der Betriebswissenschaften in Dresden, durchlief sie von 1995 – 1997 eine Trainee-Ausbildung zur Geschäftsstellenleiterin bei der Barmer Ersatzkasse. Von 1997– 2001 war sie Abteilungsleiterin Landescontrolling bei der Landesgeschäftsstelle der Barmer Ersatzkasse in Dresden. Seit 2002 war sie als Referatsleiterin „Verträge“ bei der Landesvertretung der Ersatzkassenverbände (VdAK/AEV) in Sachsen tätig, bevor sie ab 1. April 2008 die Nachfolge von Ulrike Elsner als Leiterin der Landesvertretung Sachsen übernommen hat.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen des VdAK/AEV
 Glacisstraße 4
 01099 Dresden
 Telefon: 03 51 / 8 76 55-0
 Telefax: 03 51 / 8 76 55-43
 E-Mail: LV_Sachsen@vdak-aev.de
 Verantwortlich: Silke Heinke
 Redaktion: Holger Kuschel