

report thüringen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

März 2006

ersatzkassen

Das Geld nimmt täglich ab, und täglich braucht man mehr!

So hat Goethe die Misere des Geldkreislaufes zusammengefasst

Dies könnte auch – wiederum zusammengefasst – der Nenner der Ärzteschaft sein, möchte man die Ärzteproteste der letzten Wochen und Monate resümieren. Finanzmittel sind immer begrenzt. Selbst in Zeiten und Bereichen mit relativ großzügigen Finanzhaushalten stößt man auf Grund von Wünschen und Entwicklungen auch wiederum an deren Ende der Finanzierbarkeit. Im Gesundheitswesen ist dies nicht anders, nur, dass hier nicht nur die Wünsche und Vorstellungen der medizinischen Behandlung (glücklicherweise) immer weiter gehen, im Gegenzug wird die Einnahmeseite durch Demographie, Hartz IV und anderen Fakten auch noch eingeengt. So ist ein Konflikt zwischen den beteiligten Parteien fast unumgänglich. Was aber in letzter Zeit verstärkt festzustellen ist, dass dieser Konflikt nicht mehr mit dem Ziel ausgetragen wird, wie müssen wir die Strukturen der GKV verändern, um eine gute und ausreichende medizinisch sinnvolle und wirtschaftliche Versorgung in naher Zukunft zu gewähren, sondern, dass dieser Konflikt (fast) nur noch darauf beschränkt wird, wie man seine eigene Einnahmeseite verbessern kann. Es ist das gute Recht eines jeden, seine eigenen Finanzen zu optimieren. Wer sich jedoch auf dem Boden der sozialen und solidarischen Krankenversicherung bewegt, dies als seine Grundlage wähnt und sich dem verpflichtet fühlt, hat seine Finanzinteressen dem Wohle des Systems unterzuordnen. Es muss also um geänderte Strukturen gehen, die

In dieser Ausgabe:

- BVA beanstandet Schiedsspruch „ärztliche Honorarvergütung 2005“
- Interview mit Dr. Frank-Michael Pietzsch, Minister a.D.
- Reakkreditierung Diabetes mellitus Typ II
- Hilfe zur Selbsthilfe in Gefahr
- Qualitätsverbessernde Maßnahmen in der Pflege

dem System und damit in erster Linie den Versicherten und Patienten dienen. Eine Pseudodiskussion, die in Wahrheit nur Eigeninteressen verfolgt, ist hier fehl am Platze.

Hierzu einige Fakten, die diese Feststellungen untermauern sollen.

1. Am 23. Januar 2006 hat die Hypo-Vereinsbank als zweitgrößter Darlehensgeber in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung von Arztpraxen veröffentlichen lassen, dass die Klagen der Ärzte zu relativieren seien und das Ärzte weit weniger Insolvenzen als in anderen Branchen zu ver-

zeichnen haben. Die wirtschaftliche Lage niedergelassener Ärzte ist offensichtlich weniger dramatisch, als dargestellt wird. Dies war eine Reaktion auf die Darstellung der Ärzteschaft, auf die drohenden Insolvenzen im breiten Stile bundesweit.

2. Laut unterschiedlichen Veröffentlichungen beträgt das Einkommen der Ärzte nach Praxisabzugskosten in den alten Bundesländern rund 84.000 €, in den neuen Bundesländern immerhin noch 78.000 €. Hierzu kommen noch zwischen 7 % und 33 % Einnahmen aus Privatliquidationen. Hausärzte in den neuen Bundesländern haben demnach im Durchschnitt rund 62.000 €. Der Bruttoarbeitslohn eines Arbeitnehmers beträgt dagegen weniger als 33.000 €. Das durchschnittliche Volkseinkommen aller Erwerbstätigen liegt auch nur knapp über 42.000 €. Unabhängig von unterschiedlichen Arbeitszeiten in Ost und West sprechen diese Zahlen für sich selbst.
3. Die Gesamtkosten je Mitglied lagen im Jahre 2003 für stationäre Krankenhauskosten bei 712 €. Die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung im gleichen Zeitraum incl. Arzneimittelausgaben bei 836 €. Damit übersteigen ambulante ärztliche Ausgaben die Krankenhausausgaben. Wer hier wen mit wem kompensiert und maximiert, soll hier nicht beleuchtet werden. Auch sollen nicht die Arzneimittelausgaben insgesamt ins Visier geschoben werden. Die Ausgabe je Versicherten liegt gemäß den o.a. Zahlen demnach für die typisch ambulante Leistung, für ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel bei rund 39 % der Gesamtausgaben. Die Verwaltungsausgaben der Ersatzkassen liegen bei rund. 5 % (damit ca. bei einem Drittel der PKV-Verwaltungsausgabenanteile je Versicherten).
4. Seit dem Jahre 1992 hat es einen Ärztezuwachs von rund 22 % auf über 306.000 im Jahr 2004 gegeben. Dabei ist die Verteilung zwischen ambulant und stationär relativ konstant. In Deutschland betreut ein Arzt durchschnittlich 269 Einwohner, in Thüringen 304. Dagegen sieht es in unseren viel gelobten Nachbarländern etwas anders aus:
 - In der Schweiz kommen auf einen Arzt 280 Einwohner,
 - in den Niederlanden 317 Einwohner,
 - in Schweden 348 Einwohner,
 - in Großbritannien sogar 557 Einwohner usw.

Deutschland weist im Ranking die höchste Ärztedichte auf. Betrachtet man jetzt ausschließlich die Zahl der zugelassenen Vertragsärzte zwischen 1993

und 2004 kann man in diesem Zeitraum auch einen Zuwachs von rund 14.000 Ärzte auf 118.085 registrieren. Dabei hat es eine Verschiebung zwischen Hausärzten zu Gunsten der Fachärzte gegeben, die nunmehr jeweils bei rd. 59.000 liegen.

Zwischenresümee

Betrachtet man die Fakten, scheint es kein prinzipielles Problem von zu wenig Ärzten und zu wenig Vergütung und zu hoher Belastung zu sein. Vielmehr deutet alles darauf hin, dass es sich insgesamt um Verteilungsprobleme auf unterschiedlichen Ebenen handelt, die jeweils den Arzt als Schnittstelle haben und damit diesen als „Opfer“ ausmachen. Anscheinend schafft es die Selbstverwaltung der Ärzte nicht, ihre Aufgaben und Probleme in den Griff zu bekommen. Richtige Anreize für Sicherstellung, gerechte und gleichmäßige Verteilung der Honorare, Anreizsysteme für optimierte Behandlungsfolge usw. lassen weiter auf sich warten. Vielleicht sind aber die gesetzlichen Rahmenbedingungen dafür nicht eindeutig genug gefasst. Wer mehr Gestaltungsfreiheit möchte, muss auch mehr Verantwortung übernehmen. Wer (durchaus nachvollziehbar und auch wünschenswert) als Mediziner seine Behandlungsfreiheit einfordert, muss diese auch an Erfolgen messen lassen und diese in wirtschaftlichen Zusammenhängen rechtfertigen. Gewiss, alles muss und sollte in einem vertretbaren Rahmen stattfinden, aber losgelöst von Verantwortung und Rechtfertigung ist dies in unserem System nicht vorstellbar. Auch die Reduzierung der Probleme auf „zu-wenig-Geld“ und „höhere Honorare“ ist doch sehr einfach und wohl auch für alle durchschaubar. Mit mehr Geld lassen sich die o.g. Probleme wohl nicht lösen. Dies schafft eher neue Begehrlichkeiten. Kurzfristig mag dies oberflächlich durchschlagen, aber schon mit Blick auf das Übermorgen lässt sich hier ein großes Unbehagen ausmachen. Umso verwunderlicher ist es, dass der eine oder andere Politiker aus allen Fraktionen sich dieser Sichtweise offen zeigt. Ob es sich hierbei um Kurzsichtigkeit oder pure Angst vor durchgreifenden Reformen handelt, ist wohl (noch) nicht auszumachen.

Ausblick:

Es ist so, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat Probleme. Die Bevölkerungsstrukturen verändern sich, die Globalisierung fordert ihren Tribut. Kein Unternehmenszweig lässt sich darauf ein, seine Wirtschaftsergebnisse dadurch zu verbessern, dass es höhere Löhne und höhere Nebenkosten zulässt. Kluge Köpfe sind dann gefragt, Veränderungen in Abläufen und im Marketing zu erkennen und umzusetzen. So muss es auch in der GKV geschehen. Neue Wege in der Patientenversorgung sind notwendig. Integrierte Versorgungsmodelle und Disease-Management-Programme können nur der Einstieg sein. Schnittstellen der Hausärzte und fachärztlichen Versorgung, die

ambulante und stationäre Versorgung müssen neu definiert werden. Qualitätsnachweise und entsprechende Honorierungsabhängigkeit sind unumgänglich. Schlanke und effektive Strukturen sind gefragt. Selbstverwaltungssysteme müssen ineinander greifen. Gute Ansätze gibt es, dies kann nur der Anfang sein. Die Politik muss hier klare Vorgaben auch an die Leistungserbringer formulieren. Es gehört allerdings auch dazu, dass parallel hierzu eine dauerhafte Lösung der grundsätzlichen Finanzierungsprobleme der GKV aus Berlin kommen. Auch bedarf es ein

Ende der Ungewissheit. Nachträglich gibt es schon aus Sicht der jeweiligen Vertragslager unterschiedliche Betrachtungswinkel auf die Fragestellungen und Vorstellungen des Einzelnen. Aber wir werden keinen Fortschritt erreichen, wenn wir uns gegenseitig als Feinde betrachten und wie jüngst von der Thüringer KV-Vorsitzenden geschehen, als „nicht faire Vertragspartner“ bezeichnen. Wir jedenfalls wissen, dass man nur in Partnerschaft etwas positiv dauerhaft bewegen kann, auch wenn das manchmal der etwas schwierigere Weg ist.

Beanstandung des Schiedsspruches „Ärztliche Honorarvergütung 2005“

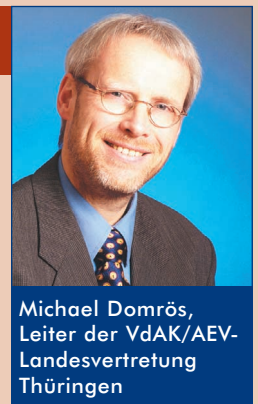
Der Schiedsspruch vom 21.11.2005 wurde vom Bundesversicherungsamt (BVA) in einem Punkt beanstandet. Das Schiedsamt hatte festgelegt, dass der organisierte Notfalldienst mit einem Punktwert von 4,5 Cent und bis zu einem Gesamtvolumen von höchstens 350.000 € zusätzlich außerbudgetär gefördert wird. Damit hat das Schiedsamt den Versuch unternommen, zusätzliche Mittel für die Notarztversorgung der Ersatzkassenversicherten zur Verfügung zu stellen. Dieses Vorgehen hat das BVA gerügt, in dem es die Entscheidung beanstandet. Die Kassenärztliche Vereinigung hat bereits angekündigt, hiergegen zu klagen. In der Begründung des BVA heißt es, dass die Gründe für die außerbudgetäre Sondervergütung nicht nachvollziehbar sind und es somit nicht ersichtlich ist, dass ein gesetzlich vorgesehener Ausnahmetatbestand für die Steigerung der Ausgaben angenommen werden kann. Dabei wurden u.a. folgende Aspekte ausgeführt:

- Der Schiedsspruch verstößt gegen § 85 Abs. 1 SGB V i.V.m. dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität.

- Zur gesamten vertragsärztlichen Versorgung gehört (§ 73 Abs. 2, § 75 Abs. 1, Satz 2 SGB V), dass die ärztliche Behandlung durch einen ausreichenden Notdienst organisiert wird. Die Notfallbehandlung ist Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung und nach den für Vertragsärzte geltenden Vergütungsordnungen aus der Gesamtvergütung zu honorieren.
- Es ist nicht erkennbar, dass es sich im Land Thüringen um eine Notlage handelt, die über die in den anderen östlichen Bundesländern bestehende Problematik hinaus geht.
- Irrelevant ist das Argument der Vertragsparteien, dass andere Aufsichten hier bereits anders entschieden haben. Auf Grund der föderalen Aufsichtsstrukturen können einzelne Abweichungen in der Verwaltungspraxis nicht vollständig vermieden werden. Das BVA hat den vorliegenden Rechtsverstoß bereits in zwei Fällen bei Kassen bzw. Verbänden, die seiner Aufsicht unterliegen, aufgegriffen und beanstandet. Die entsprechenden Bescheide sind zwischenzeitlich bestandskräftig.

DER KOMMENTAR

Es war ein redlicher und lobenswerter Versuch des Schiedsamtes, die Notarztversorgung honorarmäßig auf neue Beine zu stellen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) sieht die Rechtslage und verweist die Vertragspartner in ihre Schranken: Keine Ausnahmeregelung, wehret den Anfängen! Ist die Tür erst einmal für weiter gehende Honorareinsparungen geöffnet, wird die Gefahr gesehen, dass das Gesamtsystem aus den Fugen gerät. Das BVA hat unmissverständlich klar gemacht, dass die Vertragspartner im Rahmen ihrer Aufgaben nicht befugt sind, gesetzliche Rahmenbedingungen, auch wenn sie dies gemeinsam wollen oder das Schiedsamt entscheidet, zu verändern. Es gilt das Gesetz. Insofern ist mit dieser Beanstandung klar geworden – auch wenn das einige schmerzt –, dass die Spielräume der Vertragspartner eher gering sind. Wünscht man Veränderungen im System, sind diese an die Politik zu senden und nicht durch nichtgesetzeskonforme Forderungen an Krankenkassen oder über Schiedsämter zu realisieren. Da die Beanstandung rechtlich und inhaltlich schlüssig ist, ist dies als eine klare Vorgabe für die anstehenden Vertrags- und Honorarverhandlungen zu sehen. Dies gilt nicht nur für Thüringen, sondern dies ist ein Hinweis für alle Vertragspartner bundesweit.



Michael Domrös,
Leiter der VdAK/AEV-
Landesvertretung
Thüringen

Unser aktuelles Interview



Dr. Frank-Michael Pietzsch,
Minister a.D.

Den meisten Lesern dürfte er wohl aus seiner Zeit als Thüringer Minister für Soziales, Familie und Gesundheit bekannt sein: Dr. Frank-Michael Pietzsch. Doch auch heute ist der Minister a.D. längst nicht wirklich in den Ruhestand getreten. Politisch noch immer sehr engagiert, wirkt er in vielen Gremien. Besonders die Gesundheitspolitik liegt ihm nach wie vor am Herzen.

▼ Dr. Pietzsch, am 24. März 2006 findet nunmehr eine weitere Protestaktion der Ärzte statt. Erklärtes Ziel der Ärzte ist es, auf die Missstände im Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Hier sind es vor allem Forderungen der Ärzte für weniger Bürokratie und speziell in den neuen Bundesländern Forderungen nach mehr Honorar, welche per Streik erkämpft werden sollen.

▲ Streik ist nicht immer der Weg zum Ziel. Diese Art von Protest hat inzwischen weit verbreitete Formen angenommen, lässt aber das Problem meist nur noch mehr verhärten. Ich wünsche mir deshalb, dass sich Krankenkassen und Ärzte gegenseitig abnehmen, dass sie Probleme haben. Bei den Krankenkassen gibt es Einnahmenprobleme. Aber auch Ärzte haben mit ihren Problemen zu kämpfen. Hier möchte ich ein Beispiel nennen: die Bürokratie bei den Ärzten. Ärzte vergeuden meiner Meinung nach eine Unmenge an wertvoller Zeit dafür, welche eigentlich den Patienten gehören sollte.

▼ Derzeit befindet sich wieder die Frage in der Diskussion, wie die Einnahmenseite in der gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt werden soll. Das Modell der Bürgerversicherung scheint nun endgültig vom Tisch.

▲ Ich bin kein Befürworter der Verbesserung der Finanzsituation durch Erweiterung der Einnahmequellen. Wenn mehr Geld ins System der gesetzlichen Krankenversicherung z.B. durch Einbeziehung von Beamten kommt, wird auf der anderen Seite auch mehr ausgegeben. Sehr schnell würde sich deshalb die Frage stellen, welche medizinischen Leistungen gekürzt werden müssten. Ich habe keine Lösung für dieses Problem parat. Dennoch vertrete ich ein Grundprinzip, nicht bei komplizierten medizinischen Leistungen sparen zu wollen, indem Patienten zusätzlich zur Kasse gebeten werden. Das birgt nur Gefahren. Ich bin davon überzeugt, dass sich beispielsweise keiner gegen eine teure Rheuma-Therapie oder gar eine Bypass-Operation versichern würde. Ich bin für sozialverträgliche Beiträge zu den Leistungen durch jedermann. Einzige Ausnahme sollte hier nur der bleiben, der absolut nichts hat.

▼ Sie meinen damit die Forderungen nach einer Selbstbeteiligung bei medizinischen Leistungen je nach Verdienst des Einzelnen?

▲ Ja, denken Sie doch z.B. an die ehemaligen gestaffelten Zuzahlungsregelungen bei Medikamenten. Hier hat das Prinzip doch schon einmal geklappt: kleine Packung kleine Zuzahlung, große Packung große Zuzahlung. Wir werden das Einnahmenproblem in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durch Hinzuziehen neuer Einzahler lösen. Auch diese werden Leistungen in Anspruch nehmen und das Problem als solches bleibt. Was ich nicht will, ist das amerikanische Modell!

Derzeit wird in der Politik sehr intensiv darüber nachgedacht, welche unserer Systeme machen wir zu solidarischen Systemen? Fakt ist, wir können nicht alle Systeme solidarisch machen. Aber es gibt gute Ansätze. Denken wir an Kindergärten und Schulen. Hier werden die Eltern bei den Kosten für den Kindergartenplatz oder den Kosten für den Hort oder für Lehrmittel sozial gestaffelt veranlagt. Deshalb wäre für mich auch eine soziale Staffelung in der gesetzlichen Krankenversicherung denkbar.

Thüringer Disease-Management-Programm „Diabetes mellitus Typ II“ wird fortgeführt

Strukturierte Behandlungsprogramme, so genannte Disease-Management-Programme (DMP), verbessern die individuelle Situation eines Patienten mit abgestimmten Behandlungen, die auf gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen. Ziel des Pro-

grammes ist es, die Versorgung chronisch erkrankter Patienten durch die koordinierte Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Ärzte zu optimieren. Weitere Partner sind zudem Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen. Die Inhalte unter-

liegen hohen Qualitätsanforderungen, die regelmäßig von einer neutralen Stelle begutachtet werden. In Thüringen profitieren mehr als 18.000 Ersatzkassenversicherte von dem strukturierten Behandlungsprogramm „Diabetes mellitus Typ II“. Der Qualitätsbericht der am Vertrag beteiligten Vertragspartner weist bereits nach einem Jahr Laufzeit des Programms deutliche Verbesserungen der Krankheitssituation der Versicherten aus: So erreichten beispielsweise 30 % der beteiligten Versicherten mit zunächst hypertensiven Blutdruckwerten nach einem Jahr Normwerte. Die optimale Blutdruckeinstellung trägt entscheidend zur Senkung des Mortalitätsrisikos und der Vermeidung von Folgekomplikationen bei. Weiterhin wurde das gesetzte Qualitätsziel einer Vermeidung oder Behebung diabetes-typischer Symptome (Polyurie, Polydypsie, Abgeschlagenheit usw.) von ebenfalls 30 % erreicht. Thüringen war 2003 das erste Bundesland, in dem ein strukturiertes Behandlungsprogramm für Typ-2-Diabetiker vertraglich vereinbart und durch das Bundesversicherungsamt (BVA) genehmigt wurde. Acht Monate vor Ablauf der durch das (BVA) auf drei Jahre erteilten Genehmigung für das DMP „Diabetes mellitus Typ II“ nahmen die Vertragspartner Kassenärztliche Vereinigung Thüringen und die Krankenkassenverbände in Thüringen erste Gespräche zur Fortsetzung des Behandlungsprogrammes auf. In den nicht immer einfachen Verhandlungen verständigten sich die Vertragspartner darauf, das DMP „Diabetes mellitus Typ II“ gemeinsam fortzuführen. Durch die Vereinbarung eines neuen Behandlungsschwerpunktes zur

Versorgung des diabetischen Fußes erfolgt nochmals eine Steigerung der Qualität in der Behandlung an Diabetes erkrankter Versicherter. Auch die an der Versorgung beteiligten Ärzte profitieren von dem neuen Vertragsabschluss. Es wurde eine Behandlungspauschale eingeführt, Diabetikerschulungen werden künftig höher vergütet und eine vereinbarte Zusatzvergütung für elektronische Dokumentationen soll Anreize für eine zukünftige papierlose Dokumentation schaffen. Ein elektronisches Übermittlungsverfahren für die erforderlichen Dokumentationen, das so genannte „eDMP“, steht kurz vor der Einführung. Der Verwaltungsaufwand der beteiligten Ärzte wird sich dadurch deutlich reduzieren. Mit der Fortführung des DMP „Diabetes mellitus Typ II“ tragen die Krankenkassen in Thüringen deutlich zur Verbesserung der Arzthonorare für die an dem DMP „Diabetes mellitus Typ II“ teilnehmenden Ärzte bei. Wurden auf der Basis des bisherigen DMP-Vertrages bereits mehr als sieben Millionen Euro für Dokumentationen, Schulungen etc. gezahlt, stellen die Thüringer Krankenkassen ab dem 1. April 2006 für die ca. 1000 am DMP „Diabetes mellitus Typ II“ teilnehmenden Ärzte je eingeschriebenen DMP-Versicherten zusätzlich bis zu 60 Euro je Quartal mehr zur Verfügung. Der Antrag auf Verlängerung des Behandlungsprogramms „Diabetes mellitus Typ II“ wurde am 30. Januar 2006 an das Bundesversicherungsamt versandt. Neben der Vertragsverlängerung wird in den kommenden Monaten ein eigenes Behandlungsprogramm für Patienten mit „Diabetes mellitus Typ I“ aufgelegt.

Ein knappes Gut: faire Vertragspartnerschaft

Im Freistaat scheint es an einem zu mangeln: an fairer Vertragspartnerschaft. Die Diagnose der Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen (KVT) war eindeutig; die Krankenkassen sind in diesem Punkt eine glatte Enttäuschung. Zum Glück gibt es aber die KVT!! Sie scheint ein Hort guter Sitten und lauterer Verhandlungsgebarens geblieben zu sein.

Ein Beispiel:

Im Rahmen der Verhandlungen zur Reakkreditierung des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ II erhob die KVT die Forderung, den beteiligten Ärzten (zumeist Hausärzten) zumindest einen Teil der Kosten für die Einführung des elektronischen Dokumentationsverfahrens zu erstatten. Die Kosten seien immens, sodass 30,- Euro Einmalpauschale je Arztpraxis für den Umstieg auf die elektronische Dokumentation sowie eine Zusatzvergütung je elektronischer Dokumentation ohne zeitliche Begrenzung in Höhe von fünf Euro angemessen seien. Die Praxissoftware müsse schließlich von den Ärzten teuer erworben werden und auch die Aufwände in der Arzt-

praxis für die elektronische Dokumentation haben es in sich.

Die unfairen Krankenkassen waren letztlich nur bereit, einen Zuschlag für jede gelieferte elektronische Dokumentation in den ersten vier Quartalen in Höhe von einem Euro zu zahlen. Am 24. Januar 2006 wurde dieses „klägliche“ Ergebnis besiegelt.

Der überraschte Leser traute seinen Augen kaum: Am 15. Februar 2006 war in der Ärztezeitung nachzulesen, „Was Kollegen sagen“. Ein Facharzt für Allgemeinmedizin aus Hessen verwies auf diverse Vorteile der elektronischen Dokumentation und begrüßte die „enormen Vorteile“ des papierlosen Versandes. Das Beste aber: „Nicht ohne Grund stellt der Hausärzterverband seinen Mitgliedern die Software DMP-Assist kostenlos zur Verfügung“. Das klang aus den Reihen der KVT während der Verhandlungen – siehe oben – völlig anders! Man kann meinen, der Zweck heilige die Mittel. Oder ist die Vertragspartnerschaft in Thüringen in den Beziehungen zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen mittlerweile gänzlich auf der Strecke geblieben?

Hilfe zur Selbsthilfe in Gefahr

Die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände unterstützen und fördern seit vielen Jahren Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen, wenn sie sich die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen zum Ziel gesetzt haben. Gefördert wird dabei nach einem vom Gesetzgeber vorgegebenen Verteilerschlüssel. Als Richtwert sind in diesem Jahr pro Versicherten 0,55 € vorgegeben.

Die Fördergelder der Krankenkassen für die unterschiedlichen Bereiche der Selbsthilfe werden auch unterschiedlich ausgereicht. In der Ersatzkassengemeinschaft haben sich in den letzten Jahren feste Strukturen etablieren können. Danach fördern die einzelnen Ersatzkassen landesweite Selbsthilfeorganisationen. Regionale Selbsthilfegruppen werden über so genannte Fördergemeinschaften gefördert. Thüringer Selbsthilfekontaktstellen werden krankenkassenübergreifend unterstützt. Hier wurde vor einigen Jahren eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden geschlossen.

Die Förderung der Selbsthilfe ist eine gesamtgesellschaftliche und damit eine Gemeinschaftsaufgabe aller Sozialversicherungsträger, der öffentlichen Hand sowie der privaten Kranken- und Pflegeversicherung. Doch gerade in den letzten Jahren haben die Krankenkassen und ihre Verbände einen zunehmenden Rückzug anderer verantwortlicher Kostenträger beobachten müssen. Im Freistaat Thüringen ist dabei eine besonders traurige Bilanz zu verzeichnen. Hier offenbaren sich massive Kürzungen der Selbsthilfeförderung durch das Land: Während im Jahr 2001 noch 17 Cent pro Einwohner/in vom Land für Selbsthilfeaktivitäten gezahlt wurden, sind es im Jahr 2005

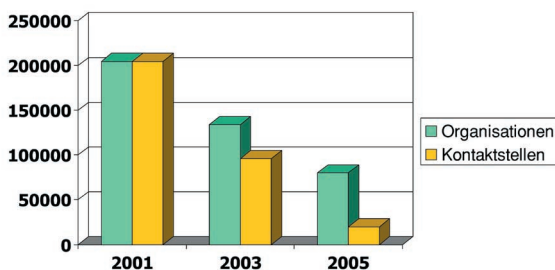


Vertreterinnen der Landesvertretung zu Gast in der Selbsthilfegruppe Morbus Parkinson in Erfurt.

nur noch vier Cent pro Einwohner gewesen! Thüringen liegt damit bezüglich der Selbsthilfeförderung unangefochten an der Spitze des Abwärtstrends aller Bundesländer. Bundesweit wurde im Vergleich der Jahre 2005 zu 2003 eine durchschnittliche Reduzierung der Landeszuwendungen um ca. sechs Prozent festgestellt. Die Zuwendungen für Thüringen wurden im Vergleichszeitraum um rund 57 Prozent gekürzt!

Die Thüringer Ersatzkassen und ihre Verbände haben nicht zuletzt aus diesem drastischen Rückgang landesweiter Fördermittel einen verstärkten Andrang auf Krankenkassengelder verzeichnet. Besonders im Bereich regionaler Selbsthilfegruppen ist das Antragsvolumen auf rund das Doppelte gestiegen. Im Gegensatz dazu werden die Fördergelder der Krankenkassen, welche sich ähnlich wie in den letzten Jahren auf Grund der Versichertenentwicklung zusammensetzen, nicht höher ausfallen können. Die Selbsthilfeförderung gerät damit in eine schon heute absehbare Schiefelage. Die von den Krankenkassen ausgereichten Fördergelder müssen auf immer mehr regionale Selbsthilfegruppen aufgeteilt werden. Die Situation in den landesweiten Selbsthilfeorganisationen gestaltet sich ein wenig anders. Hier nahm zwar die Anzahl der Antragsteller nicht zu, aber die beantragten Fördergelder fallen auf Grund stark gekürzter Landesfördermittel höher aus. Kompensieren können dies die Krankenkassen nicht. Doch schon heute ist absehbar, dass die Arbeit der Selbsthilfe nicht in der gewohnten guten Qualität fortgesetzt werden kann. Und auch ein derzeit erhofftes Präventionsgesetz wird die fehlenden Fördergelder nicht ersetzen können. Bleibt einzig und allein die Hoffnung auf Hilfe zur Selbsthilfe.

Fördergelder für Selbsthilfe durch das Land Thüringen



vdak
Landesvertretung Thüringen

FE
Fördergemeinschaften

Unsere Grafik basiert auf Veröffentlichungen der NAKOS-INFO 85 (Ausgabe Dezember 2005)

Thüringer Pflegekassen engagieren sich für qualitätsverbessernde Maßnahmen

„Weniger Bürokratie mehr Zeit für Pflege“ ist eine der zentralen Forderungen des Runden Tisches Pflege(*). Hintergrund sind offensichtlich gewordene Probleme bei der Umsetzung des Pflegeprozesses. Es bestehen Verständnisprobleme in dessen Ausgestaltung und Anwendung. In der Folge wird vielfach die Pflegedokumentation über das notwendige Maß hinaus ausgedehnt und damit zu einem erheblichen Zeit- und Belastungsfaktor.

Die Landesverbände der Pflegekassen haben zu Jahresbeginn gemeinsam mit dem Medizinischen Dienst Thüringen (MDK), den Trägervereinigungen der Leistungserbringer sowie der Fachhochschule Jena und mit Förderung durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit ein Projekt gestartet, um auf wissenschaftlich gesicherter Basis Lösungskonzepte für Thüringen zu entwickeln. Mit dem Projekt verfolgen die Beteiligten das Ziel, die Anwendung des Pflegeprozesses in der Praxis zu erleichtern und diesen adäquat, insbesondere in der Pflegedokumentation abzubilden. Die Entwicklung eines neuen Standards für die Pflegedokumentation wird dabei ausdrücklich nicht verfolgt. Im Gegenteil, der Fokus liegt auf der Verbesserung des methodischen Zuganges zum Pflegeprozess und dessen Umsetzung. Als Gegenstand der Untersuchungen ist die Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Pflegebedürfti-

gen unter Berücksichtigung der gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen zu nennen.

Alle Thüringer Pflegeeinrichtungen sind zur freiwilligen Teilnahme am Projekt aufgerufen. Bisher haben schon mehr als 100 stationäre Einrichtungen und 60 ambulante Dienste ihre Mitwirkung erklärt.

Am Anfang steht die Ist-Analyse. Anhand eines Fragebogens werden die Pflegeeinrichtungen zu bestimmten Strukturdaten befragt. Daraus folgend werden Interventionen auf Basis eines pflegewissenschaftlichen und organisationstheoretischen Beratungsansatzes entwickelt und evaluiert. Diese sollen die am Projekt beteiligten Einrichtungen in die Lage versetzen, nach einer wissenschaftlich begleiteten Einführungsphase die Lösungsansätze selbstständig zu adaptieren und weiter zu entwickeln.

Das Projekt ist auf zwei Jahre angelegt. Die Projektergebnisse stehen im Anschluss an das Forschungsvorhaben allen beteiligten Partnern für die träger- bzw. einrichtungsspezifische Umsetzung zur Verfügung.

(* **Der Runde Tisch ist eine 2003 entstandene gemeinsame Initiative der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, sowie der Bundesministerin für Gesundheit und Soziale Sicherung.**

ANGEMERKT UND GLOSSIERT

Trotz angezogener Handbremse, so ist einem Beitrag in der Thüringer Allgemeine vom 8. Februar 2006 zu entnehmen, ist in Rüdersdorf bei Gera ein Rettungswagen einen Hang herab gerollt. Der Fahrer und sein Beifahrer hatten die Ambulanz kurz zuvor – nach Angaben der Polizei – am Straßenrand geparkt. Als die Insassen des Fahrzeuges außer Sichtweite waren, sei der Wagen weit hinab gerollt und gegen eine Garage geprallt, weil die Bremse wohl versagte. Die Feuerwehr musste das Rettungsfahrzeug bergen. Der Sachschaden beträgt rund 15.000 Euro.

Auf den ersten Blick lässt uns die Meldung schmunzeln. Einige werden vielleicht auch sagen, das kann ja mal passieren. Alles ist menschlich und auch die Technik kann doch hin und wieder auch einmal ihren Dienst versagen. Doch eigentlich dürften solche Dinge einfach nicht passieren! Wenn ein Kraftfahrzeug trotz angezogener Handbremse den Hang hinunter fährt, ist es technisch nicht einwandfrei gewartet. Was hätte nicht alles an diesem Tag geschehen können, wenn der Rettungswagen Menschen gefahren hätte? Nicht auszudenken, welche Tragik solch einer versagenden Bremse hätte folgen können!

Technisches Versagen ist immer auch ein Stück menschliches Versagen, denn Menschen warten nun einmal die Maschinen. Doch wer ist verantwortlich in solch einem Fall? Und wer bezahlt das Ganze? Fragen über Fragen... und am Ende die Vermutung, dass garantiert wieder einmal die Versichertengemeinschaft für solch ein Verbrechen aufkommen wird, egal wie...

TERMINE UND SONSTIGES

Pflegefachtagung im Thüringer Landtag

Zu einer ganztägigen Fachtagung zur medizinischen Pflege hat die Fraktion DIE LINKE.PDS für den 6. April 2006 in den Thüringer Landtag eingeladen. Ein Schwerpunkt der Tagung wird dabei die ambulante Pflege mit ihrer Schnittstellenproblematik zwischen Krankenhausversorgung und Pflege sein. In diesem Zusammenhang sollen auch die Stärken und Schwächen der ambulanten Krankenpflege unter den sich verändernden Bedingungen herausgearbeitet werden. Als Referenten werden u.a. Paul-Jürgen Schiffer, Abteilungsleiter Pflege beim VdAK, und Prof. Dr. Roland Schmidt von der Fachhochschule Erfurt erwartet.

Tag der offenen Tür im Thüringer Landtag

Auch in diesem Jahr hat der Thüringer Landtag Interessierte zum Tag der offenen Tür in die Arnstädter Straße in Erfurt eingeladen. Dieser findet am 10. Juni 2006 in der Zeit zwischen 11. bis 18.00 Uhr statt.

Ersatzkassen fördern Präventionsprojekte

Bereits seit vielen Jahren unterstützen die Thüringer Ersatzkassen und ihre Verbände aktiv Präventionsprojekte. So werden fast jährlich ausgesuchte Projekte der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung – AGETHUR – gefördert. Zu den wohl erfolgreichsten Projekten zählen neben den Nichtraucherwettbewerben an Thüringer Schulen „be smart – don't start“ auch die Aktionen rund um die Gesundheit werdender Mütter unter dem Motto „Rauchfrei für mein Baby“. Gefördert werden in diesem Jahr ebenfalls u.a. die Regionalkonferenz der Lehrer sowie eine von der Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention herausgegebene DVD zur Sucht und Prävention.

Zusätzliche Keuchhustenimpfung gefördert

Keuchhusten gehört zu den wohl gefährlichsten Infektionskrankheiten im Säuglingsalter. Seit 2002 wird in einigen Bundesländern mit hohem Durchimpfungsgrad (besonders in den neuen Bundesländern) eine Zunahme von Keuchhustenerkrankungen beobachtet. Vor allem die Anfälligkeit bei älteren Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen hat auffällig zugenommen.

Die Thüringer Ersatzkassen und ihre Verbände folgten deshalb der aktuellen Empfehlung der Ständigen Impfkommision (STIKO). Sie übernehmen eine zusätzliche Auffrischungsimpfung bei Keuchhusten (Pertussis) für Kinder im Alter von fünf bis sechs Jahren.

Die Thüringer Ersatzkassen und ihre Verbände folgen damit der STIKO-Empfehlung, die Auffrischung gegen Tetanus und Diphtherie im Alter von fünf bis sechs Jahren durch eine Auffrischung gegen Tetanus-Diphtherie-Keuchhusten zu ersetzen.

Die bisherige Auffrischungsimpfung für Kinder/Jugendliche im Alter von neun bis 17 Jahren bleibt darüber hinaus bestehen.

ZUM SCHLUSS

Durch die neue Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) werden Ärzte verpflichtet, sich selbst Rezepte auszustellen, um verschreibungspflichtige Medikamente zu kaufen. Bislang konnten Mediziner gegen Vorlage ihres Arztausweises Arzneimittel erwerben und so z.B. die Praxisgebühr umgehen. Eine Prüfung des Bundesjustizministeriums ergab, dass diese Regelung jeder rechtlichen Grundlage entbehrt. Der Passus wird daher gestrichen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung des VdAK/AEV Thüringen
Lucas-Cranach-Platz 2 · 99099 Erfurt
Telefon: 03 61 / 22 252 0 · Telefax: 03 61 / 44 252 28
Verantwortlich: Michael Domrös · Redaktion: Kerstin Keding