

report rheinland-pfalz

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Gesundheitsfonds startet:

Neue Ära in der gesetzlichen Krankenversicherung

Mit dem 1.1.2009 startet der Gesundheitsfonds und damit eine neue Ära in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenkassen haben die Hoheit über ihren Beitragssatz verloren. Ab Jahresbeginn gibt es einen Einheitsbeitragssatz, den die Bundesregierung festlegt.

Damit geht die Bundesregierung ein hohes Risiko ein. Schließlich geht es um 168 Milliarden Euro, die anders eingezogen, anders finanziert und anders verteilt werden. Das Herzstück der Gesundheitsreform entpuppt sich als riskantes Manöver kurz vor der Bundestagswahl. Es ist das größte Experiment in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung – und die ist schon 125 Jahre alt.

Der Gesundheitsfonds stellt die Krankenkassen zudem vor enorme Herausforderungen. An die Einführung des Gesundheitsfonds ist eine Reihe weiterer aufwändiger und gravierender Systemveränderungen geknüpft. Alleine der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich erfordert die Auswertung von 3,3 Milliarden Diagnose-, Verordnungs- und Ausgabedaten, die dann zu 106 hierarchisierten Morbiditätsgruppen destilliert werden. Dazu werden alle Versicherten noch 40 Alters-Geschlechtsgruppen und

In dieser Ausgabe:

- Die teuren Versprechungen der Politik
- 135 Pflegestützpunkte für Rheinland-Pfalz
- Selbsthilfe-Förderung nach neuem Recht umgesetzt
- Die Zukunft der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz
- Ingbert Müller im Ruhestand

6 Erwerbsminderungsgruppen zugeordnet. Zusammen mit Pauschalen für die Verwaltungsausgaben, Satzungsleistungen und die Versicherten in DMP-Programmen errechnen sich daraus dann die Zuweisungen, die jede Krankenkasse aus dem Fonds erhält. Die Bundesregierung hat den einheitlichen Beitragssatz inzwischen auf 15,5 % festgelegt. Darin enthalten sind weiter die 0,9 % Sonderbeitrag, den die Versicherten alleine bezahlen. Insgesamt werden nächstes Jahr 168 Milliarden Euro aus dem Fonds

an die Kassen verteilt. Ob und wie lange diese Summe reicht, um Zusatzbeiträge zu verhindern, wird sich im Laufe des Jahres zeigen. Nach dem geltenden Recht muss die Bundesregierung den Beitrag

15,5 % Beitragssatz deckt nicht 100 % der Ausgaben

erst anpassen, wenn aus dem Fonds weniger als 95 % der Ausgaben gedeckt werden. Die Kassen rechnen deshalb damit, dass spätestens ab dem Jahr 2010 die meisten Zusatzbeiträge erheben müssen. Auch den Zusatzbeitrag zahlen die Versicherten alleine. Um diesen einzuziehen und buchen zu können, müssen die Krankenkassen dann 50 Millionen Versichertenkonten anlegen und überprüfen, ob der Zusatzbeitrag 1 % des Haushaltseinkommens überschreitet. Dann gilt die Härtefallregelung. Schließlich müssen die Kassen auch noch den Zusatzbeitrag von jedem Versicherten eintreiben. Was sich so einfach anhört, ist in der Umsetzung kompliziert und erfordert einen hohen Verwaltungsaufwand.

Die Krankenkassen haben bis zuletzt vor einem „politisch“ festgesetzten Einheitsbeitrag gewarnt. Wie recht sie damit hatten, zeigte sich schon gleich bei der ersten Festsetzung. Nach ihrer Auffassung deckt der Beitragssatz von 15,5 % bei Weitem nicht die für nächstes Jahr zu erwartenden Ausgaben. Aufgrund der „politischen“ zugesagten Erhöhung der Arzthonorare und der Krankenhausfinanzierung müsste der Beitragssatz

bei 15,8 % liegen. Aber es galt das Versprechen, dass die Sozialversicherungsbeiträge insgesamt nicht über 40 % steigen. Dazu mussten die zu erwartenden und zum Teil selbst verursachten Ausgabensteigerungen im nächsten Jahr heruntergerechnet werden.

Dabei ist weiterhin fraglich, ob die geplanten Einnahmen angesichts der Finanz- und Wirtschaftskrise überhaupt erzielt werden können. Bereits jetzt fehlen aufgrund des konjunkturellen Einbruchs 440 Millionen Euro. Zwar werden fehlende Einnahmen im Jahr 2009 vom Bund aus Steuermitteln vorgestreckt, ein Jahr später müssten die Krankenkassen diese Summe dann aber zurückzahlen – dies würde dann Zusatzbeiträge endgültig unvermeidlich machen.

Konvergenzklausel frisst Schwankungsreserve

Auch die Auswirkungen der „Konvergenzklausel“, die verhindert, dass ein Bundesland mehr als 100 Millionen Euro weniger aus dem Fonds zugewiesen bekommt, als zuvor für die Versorgung in den Regionen zur Verfügung stand, belastet die Kassen. Die Ausgleichszahlungen an die betroffenen Länder werden aus der erst aufzubauenden Schwankungsreserve finanziert und erfordern genau die 800 Millionen Euro, die im ersten Jahr dafür vorgesehen waren.

Fazit: Kompliziert und komplex – hoffentlich funktioniert das Experiment – im Interesse der Beitragszahler, der Kranken und der Leistungserbringer.

DER KOMMENTAR

Zusatzbeiträge müssen unbedingt vermieden werden

Mit Beginn des neuen Jahres sind die Krankenkassen nicht mehr Herr über den Beitragssatz. Dieser wird von der Bundesregierung festgesetzt. Zu Beginn muss er die durchschnittlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen zu 100 % decken, was mit der Beitragssatz-Entscheidung für 15,5 % schon voraussichtlich nicht gelingen wird. Erhöht wird er erst, wenn die Einnahmen 95 % der Gesamtausgaben unterschreiten. Diese Regelung führt unweigerlich dazu, dass fast alle Krankenkassen in den nächsten Jahren gezwungen sind, einen Zusatzbeitrag zu erheben. 5 % der Ausgaben – das sind über 8 Milliarden Euro – müssen die Versicherten dann zusätzlich alleine bezahlen – und zwar als Pauschale bis zu einem Prozent ihres Einkommens. Der Zusatzbeitrag ist sozial ungerecht, denn er belastet einseitig die Versicherten, insbesondere die mit geringem Einkommen.

Deshalb muss die Bundesregierung hier nachbessern, damit Zusatzbeiträge in der Regel vermieden werden können. Dazu muss jährlich geprüft werden, ob die Einnahmen des Gesundheitsfonds 100 % der durchschnittlichen Gesamtausgaben der Krankenkassen decken. Falls nötig, muss die Bundesregierung den Beitragssatz dann jährlich neu festlegen oder mehr Steuern in den Fonds fließen lassen. So könnte einer der großen Webfehler des Gesundheitsfonds korrigiert werden. Konkret heißt dies: Bevor schon wieder die Beiträge zur Arbeitslosenversicherung gesenkt werden, sind kostengerechte Beiträge für die Arbeitslosen an die Krankenversicherung zu zahlen. Die Folgekosten der Arbeitslosigkeit dürfen nicht der gesetzlichen Krankenversicherung, also alleine den Beitragszahlern, aufgebürdet werden.



Armin Lang, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

Die Zukunft der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz

Die Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz steht vor gravierenden Veränderungen: Das Ende der Konvergenzphase, das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, der Ab- und Umbau von Versorgungskapazitäten, Konzentration und Schwerpunktbildung, Öffnung für ambulante Versorgung, sektorübergreifende Versorgung. Dies sind nur einige Stichworte, die den Diskussions- und Entscheidungsbedarf aufzeigen, vor dem die Akteure im Krankenhaussektor in nächster Zeit stehen.

Deshalb hatte die VdAK/AEV-Landesvertretung bereits Mitte des Jahres diese Themen in den Mittelpunkt ihres Ersatzkassenforums im Mainzer Landtag gestellt.

Dass Rheinland-Pfalz den höchsten Landesbasisfallwert aller Bundesländer hat, wird dabei sehr unterschiedlich bewertet. Tom Rutert-Klein, Leiter der Gesundheitsabteilung im rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium, sieht keinen Grund, sich von dieser Spitzenstellung zu distanzieren. Allerdings müsse man sich in der Übergangsphase zu einem Bundesbasisfallwert auf Kriterien einigen, damit die Landesbasisfallwerte auch wirklich vergleichbar würden.



Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender der Ersatzkassenverbände, forderte für bestimmte Leistungen die Möglichkeit, kassenindividuelle Versorgungsverträge mit ausgesuchten Krankenhäusern abschließen zu können. Foto: Benz



Auf großes Interesse stieß im Sommer 2008 das Ersatzkassenforum zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz. Foto: Benz

Sabine Röhl, stellvertretende Vorsitzende der Krankenhausgesellschaft im Land, plädierte für die Beibehaltung eines Landesbasisfallwertes, da die Versorgungsstrukturen in den Ländern sehr unterschiedlich seien. Ein Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern sei machbar, wenn es für die Leistungen auch einen akzeptablen Preis gäbe.

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender der Ersatzkassenverbände, verwies auf den Gesundheitsfonds, der es regionalen Kassen unmöglich mache, weit über dem Bundesdurchschnitt liegende Kosten in einem Bundesland auf Dauer zu tragen. Für die Ersatzkassen als bundesweite Kassen sei es dagegen wichtig, dass die einheitlichen Basisfallwerte, ob auf Landes- oder Bundesebene, zukünftig Höchstpreise darstellten, die in den Verhandlungen auch unterschritten werden könnten. Hierdurch könne ein Wettbewerbselement eingeführt werden, das die wirtschaftliche Dynamik fördere. Zurzeit gelte faktisch ein Festpreissystem, das Veränderungsprozesse lähme und das zu Ressourcenverschwendung, zum Beispiel in Form von Überkapazitäten, führe.

Armin Lang räumte am Ende ein, dass der hohe Landesbasisfallwert zwar ein Ergebnis gemeinsamen Wirkens sei, aber insbesondere unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds ein Problem darstelle. Deshalb müsse man die Zukunft der Krankenhausversorgung gemeinsam gestalten. Dabei gehe es um wesentlich mehr als nur die Finanzierungsprobleme.

Die teuren Versprechungen der Politik

Es war zu befürchten und die Ersatzkassen haben davor gewarnt. Wenn die Politik, wie durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz geschehen, den Spielraum der Selbstverwaltung im Verhältnis von Leistungserbringern und Kostenträgern einengt und gleichzeitig auch noch das Finanzvolumen durch einen staatlich festgelegten Einheitsbeitragssatz bestimmt, dann droht ein Szenario, wie wir es schon gleich zum Start des Gesundheitsfonds erleben. Mit finanziellen Versprechungen und Zusagen wird um das jeweilige Klientel geworben. Gleichzeitig aber wird, da die Lohnnebenkosten ja nicht steigen sollen, der Beitragssatz eher am unteren möglichen Ende festgelegt – die Einnahmen können dann die zuvor in die Höhe getriebenen Ausgaben nicht decken. Dann verweist das Bundesgesundheitsministerium auf die Krankenkassen: Für die dann notwendigen Zusatzbeiträge seien sie aufgrund unwirtschaftlichen Verhaltens verantwortlich. Zahlen müssen es schließlich die Versicherten – und zwar alleine.

I. Teil: Krankenhäuser – mindestens 3,5 Milliarden Euro zusätzlich

Zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds soll auch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz in Kraft treten. Leider wurde diese Reform nicht genutzt, die Strukturprobleme im Bereich der stationären Versorgung ins Visier zu nehmen. Vielmehr wird mit dem Gesetz den Krankenhäusern eine Finanzspritze in Höhe von mindestens 3,5 Milliarden Euro im Jahr 2009 auf Kosten der Beitragszahler verpasst. Für die beiden nächsten Jahre sind dadurch sogar Zusatzausgaben von über 5 Milliarden Euro zu erwarten.

3,5 Milliarden Euro mehr auf Kosten der Beitragszahler

Damit wird das eigentliche Problem der Krankenhäuser überhaupt nicht gelöst. Die Länder haben erfolgreich alle Versuche abgewehrt, verbindlich in die Verantwortung für die Finanzierung der Investitionskosten in den Krankenhäusern genommen zu werden. Dabei liegt hier eine der wesentlichen Ursachen für die Klagen der Klinikträger. So ist der Anteil der öffentlichen Fördermittel an den Krankenhausaufgaben von 20 Prozent im Jahr 1972 auf jetzt gerade einmal noch 5 % geschrumpft. Im letzten Jahr haben die Länder nur noch 2,6 Milliarden Euro an Investitionsmitteln in die Krankenhäuser gesteckt, 5 - 6 Milliarden jedes Jahr wären notwendig. Auf inzwischen 50 Milliarden Euro schätzt die Deutsche Krankenhausgesellschaft den aufgelaufenen Investitionsstau. Wenn Krankenhäuser dann aus den von den Krankenkassen finanzierten Betriebskosten Gelder für dringend notwendige Investitionen abzweigen, kann das kaum verwundern.

Versäumt hat die Politik leider auch, die anteilige Finanzierung von Tarifsteigerungen und zusätzlichen Stellen im Pflegedienst an Bedingungen zu knüpfen

die sicherstellen, dass das Geld auch ausschließlich für diese Zwecke eingesetzt wird.

Bundesländer fahren Investitionen herunter

Wettbewerbliche Elemente fehlen in dem Gesetzentwurf gänzlich. Kassenindividuelle Verträge mit Krankenhäusern für Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, wären gerade unter Bedingungen des Gesundheitsfonds wichtig gewesen, damit Kassen größere Gestaltungsspielräume zur Durchsetzung von mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit bekommen.

So fließt zwar beträchtlich mehr Geld in den Krankenhausbereich, das aber zu versickern droht, da die notwendigen Strukturreformen für eine nachhaltige Verbesserung der Finanzierung der stationären Versorgung nicht angepackt wurden.

LANDESBASISFALLWERT 2009 FÜR RHEINLAND-PFALZ VEREINBART

Im Ergebnis wurde ein Landesbasisfallwert von 3.008,07 € vereinbart. Der Landesbasisfallwert 2008 wurde statt der Veränderungsrate von 1,41 % um eine Fortschreibungsrate von 1 % erhöht. Das Ergebnis kam unter Vermittlung des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums zustande. Die Krankenhäuser und die Politik blicken in Rheinland-Pfalz mit Sorgen auf den Bundesbasisfallwert, da er für die Krankenhäuser in Rheinland-Pfalz als Land mit dem höchsten Landesbasisfallwert Einbußen bedeutet.

2. Teil: Vertragsärzte – 2,7 Milliarden Euro mehr Honorar

Als Teil der im Jahr 2007 beschlossenen Gesundheitsreform und zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds tritt die Honorarreform für die niedergelassenen Ärzte in Kraft. Das Arzthonorar bemisst sich dann nach einem festen Euro-cent-Wert. Das hat Vorteile für den Arzt, der jetzt gleich und nicht erst im Nachhinein, wie bisher, weiß, wie hoch sein Honorar sein wird. Auch dass sich in Zukunft die Ausgaben für die ärztliche Behandlung stärker an der Entwicklung der Morbidität der Bevölkerung orientieren, ist eine alte Forderung der Ärzteschaft. Schließlich werden die regional je nach Kasse unterschiedlichen Vergütungen für die gleiche Leistung beseitigt. Das wiederum kommt den Ersatzkassen entgegen, die bisher mehr für die gleiche Leistung zahlten, als andere Kassenarten. Dies ist auch nur konsequent, denn schließlich erhält jede Kasse ja auch für einen „gleich kranken“ Versicherten den gleichen Betrag aus dem Gesundheitsfonds. Für den Zahnarztbereich wurde diese Angleichung übrigens versäumt – ein gravierender Systemfehler in der Gesetzgebung.

Höchste Honorarsteigerung seit Bestehen der Selbstverwaltung

Diverse Ärzteverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen wollten die Reform der Vergütungsregeln auch gleich mit einer kleinen Revolution bei der Honorarhöhe verbinden. Mindestens 7 Milliarden mehr sollten es schon sein.

Das war auch der Politik zuviel, aber das Honorarvolumen wie bisher den Verhandlungen der Selbstverwaltungen zu überlassen, das scheint nach der letzten Gesundheitsreform nicht mehr die Devise. 2,5 bis 3 Milliarden Euro mehr sollten die Vertragsärzte mit der Honorarreform schon erhalten, darauf legte sich das Gesundheitsministerium fest. Diesem hochhoffiziellen Versprechen konnte sich schließlich auch der Vorsitzende des Gemeinsamen Bewertungsausschusses nicht verschließen.

0,3 % höherer Beitrag durch Honorarsteigerungen

Damit gehen alleine fast 0,3 % der Beitragssatzsteigerung auf das Konto höherer Arzthonorare. Diese höheren Beiträge zahlen die Patienten in den Wartezimmern der Praxen, und die hatten in den letzten Jahren



Die Vertragsärzte in Rheinland-Pfalz erhalten im Schnitt 8,6 % mehr Honorar, ihr durchschnittliches Einkommen wächst so um ca. 15 % vor Steuern. Damit liegen sie über den Einkommenszuwächsen der großen Mehrzahl ihrer Patienten. Also kein Grund, den Kittel an den Nagel zu hängen.

ein Nullwachstum bei ihren Reallöhnen. In Zukunft müssen Ausgabensteigerungen von den Arbeitnehmern und Rentnern sogar alleine über Zusatzbeiträge bezahlt werden. Daran sollten die Ärzte denken, wenn sie ihre Honorarsteigerungen um im Durchschnitt 10 % auch jetzt noch als völlig unzureichend bezeichnen.

Die Krankenkassen wollen für eine gute Qualität auch eine gerechte Bezahlung der Vertragsärzte. Die sollte aber auch in Zukunft von den gemeinsamen Selbstverwaltungen ausgehandelt werden, unbeeinflusst von politischen Vorgaben.

HONORARREFORM FÜR RHEINLAND-PFALZ UMGESETZT

In Rheinland-Pfalz musste das Schiedsamt die Höhe des Gesamthonorars für 2009 festlegen, nachdem sich die Krankenkassenverbände und die Kassenärztliche Vereinigung nicht einigen konnten. Durch den Schiedsamtsspruch wurden die Beschlüsse des Bewertungsausschusses vollständig umgesetzt.

8,6 Prozent mehr Honorar erhalten die Vertragsärzte und Psychotherapeuten insgesamt. Das sind im Schnitt knapp 17.000 Euro mehr Honorar für jeden Arzt und Psychotherapeuten im Jahr 2009. Für alle Leistungen innerhalb der Gesamtvergütung wurde der bundesweit festgelegte Orientierungswert von 3,5 Cent übernommen.

Beratung und Hilfen für Pflegebedürftige:

Rheinland-Pfalz erhält 135 Pflegestützpunkte

Anfang 2008 wurde in Ingelheim einer der ersten Modell-Pflegestützpunkte Deutschlands im Beisein von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt eröffnet. Im Pflegereformgesetz ist vorgesehen, dass in allen Bundesländern Pflegestützpunkte eingerichtet werden. Ziel ist, dass die unterschiedlichen Kostenträger – Pflege- und Krankenversicherung, örtliche und überörtliche Sozialhilfeträger – die individuelle Beratung und Begleitung von Pflegebedürftigen unter einem Dach anbieten.

Rheinland-Pfalz ist das erste Bundesland, das ab dem 1. Januar 2009 ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten hat. Die bisher bereits tätigen BeKo-Stellen werden zu Pflegestützpunkten weiterentwickelt, mit 1,5 Fachkräften auf 30.000 Einwohner ausgestattet und gemeinsam von Land, Kommunen und Landkreisen sowie den Kranken- und Pflegekassen finanziert. Die Pflegestützpunkte arbeiten landkreisbezogen in 36 Kooperationsgemeinschaften zusammen. Die Ersatzkassen sind für mehr als ein Drittel aller Pflegestützpunkte federführend tätig.



Am 31. Januar 2008 gaben Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer den Startschuss für den Modellpflegestützpunkt in Ingelheim, einen der ersten Pflegestützpunkte in der Bundesrepublik. Entsprechend groß war das Interesse der Medien.

Pflegestützpunkt Ingelheim stößt auf große Akzeptanz

Das neue Angebot in Ingelheim wurde bisher von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen sehr gut angenommen. Durch Gespräche im Pflegestützpunkt oder bei Hausbesuchen vor Ort können die Pflegeberaterinnen dem individuellen Bedarf entsprechende Hilfen und Versorgungsformen empfehlen. Erste Erfahrungen nach knapp einem Jahr zeigen, dass häufiger als bisher eine Lösung gefunden wird, die eine Versorgung zu Hause unter Nutzung der vielfältigen professionellen, familiären und nachbarschaftlichen Hilfen ermöglicht.

Belastbare Ergebnisse der Arbeit des Pflegestützpunktes wird die wissenschaftliche Begleitung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen Rheinland-Pfalz liefern.

DER PFLGESTÜTZPUNKT IN INGELHEIM

Als Bundesmodell arbeitet er seit Anfang 2008. Das Bundesgesundheitsministerium leistete eine Anschubfinanzierung in Höhe von 30.000 Euro, das rheinland-pfälzische Sozialministerium und die Arbeitsgemeinschaft Ingelheimer Pflegegedienste brachten die bestehende BeKo-Stelle ein, und der Landkreis Mainz-Bingen beteiligte sich mit einem Zuschuss von 20.000 Euro. Von Seiten der Kranken- und Pflegekassen haben sich an dem Bundesmodell, neben den Ersatzkassen, die Betriebskrankenkassen, die Innungskrankenkassen, die Knappschaft und die Landwirtschaftliche Krankenkasse beteiligt.

Als Ansprechpartnerinnen arbeiten in dem Stützpunkt:
Christine Jacobi-Becker, Dipl. Sozialarbeiterin,
Tel.: 06132/43 36 28 und

Irini Langensiepen, Dipl. Berufspädagogin für Gesundheitsberufe,
Tel.: 06132/71 98 82

ERSATZKASSEN VERLEIHEN RHEINLAND-PFÄLZISCHEN SELBSTHILFEPREIS 2008

Auch 2008 prämiieren die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz hervorragende Leistungen in der gesundheitlichen Selbsthilfe. Über 3000 Gruppen waren aufgerufen, besondere Initiativen darzustellen. Viele interessante Projekte haben sich für den Preis beworben. Die Verleihung des Preises findet diesmal

am 31. Januar 2009, um 10.00 Uhr im Wappensaal des Rheinland-Pfälzischen Landtages

statt. Überreichen wird ihn der Goldmedaillen-Gewinner im Weitsprung bei den Paralympics in Peking, Wojtek Czyn. Zur Rolle der Selbsthilfearbeit im Gesundheitswesen wird der Bundesgeschäftsführer der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen, Rolf Hüllighorst, referieren.

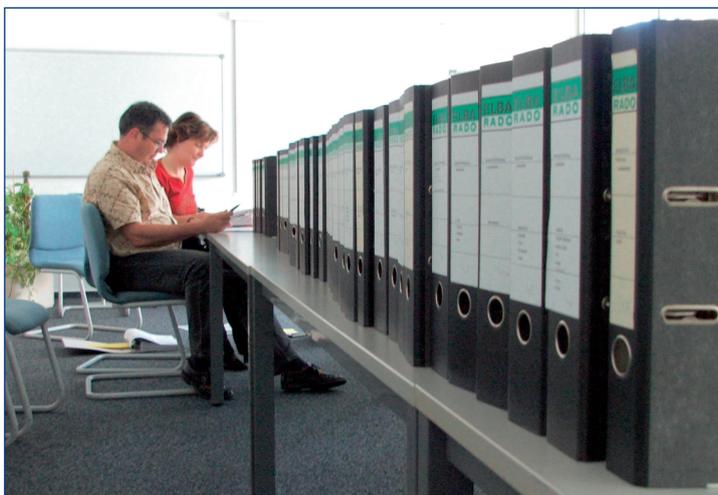
Selbsthilfeförderung erstmals kassenübergreifend Rund 780.000 Euro wurden an über 600 Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz überwiesen

Die Krankenkassenverbände in Rheinland-Pfalz haben erstmals nach neuem Recht gemeinsam die Selbsthilfegruppen, -organisationen und die Kontaktstellen gefördert. Damit erwiesen sie sich erneut als verlässliche Partner der Selbsthilfe, auch auf der Grundlage der gesetzlichen Neuregelungen. Die Federführung für die Bearbeitung der Anträge auf allen Förderebenen hatte im ersten Jahr die VdAK/AEV-Landesvertretung übernommen.

Im Jahr 2008 standen allein für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz rund 780.000 Euro zur Verfügung. Unter Beteiligung von Vertretern der Selbsthilfe haben die Krankenkassenverbände im ersten Halbjahr 2008 über die Gemeinschaftsförderung entschieden. Fast 580 örtliche Selbsthilfegruppen, über 30 Selbsthilfe-Landesorganisationen sowie 4 Selbsthilfe-Kontaktstellen wurden durch die Krankenverbände in diesem Jahr gemeinsam gefördert. Auf der örtlichen Ebene sind bei den Selbsthilfegruppen etwa 260.000 Euro angekommen. Die gesundheitsbezogene Selbsthilfearbeit der regional tätigen Selbsthilfe-Kontaktstellen wird mit knapp 300.000 Euro gefördert und an die landesweit agierenden Selbsthilfe-Landesorganisationen sind 220.000 Euro geflossen. Darüber hinaus haben die Selbsthilfegruppen und Landesorganisationen die

Möglichkeit, bei jeder Krankenkasse eine individuelle Förderung, die vorwiegend als Projektförderung erfolgt, zu beantragen.

Im nächsten Jahr wird die AOK Rheinland-Pfalz die Federführung übernehmen. Dort müssen dann auch die Anträge für die Gemeinschaftsförderung gestellt werden.



Die Ersatzkassenverbände hatten im ersten Jahr der gemeinsamen Selbsthilfeförderung die Federführung. Hunderte von Anträgen mussten gesichtet, erfasst und für die Entscheidungsrunden aufbereitet werden. In vielen Telefonaten wurden offene Fragen direkt mit den Gruppen geklärt. Heike Stammer meisterte diese Mammutaufgabe, hier mit ihrem Kollegen Dieter Petry hinter einer meterlangen Aktenreihe mit den Anträgen.

Ingbert Müller in den Ruhestand verabschiedet

Mehr als 35 Jahre hat Ingbert Müller für die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz gearbeitet, zunächst für die DAK, dann für die VdAK/AEV-Landesvertretung. Als „Krankenhaus-Chef“ der Ersatzkassen war er für den größten Ausgabenblock der Krankenkassen verantwortlich. Dabei hat er sich durch seine Fachkompetenz, Weitsicht und Verlässlichkeit großen Respekt, auch auf Seiten der Vertragspartner und der Gesundheitspolitik im Lande erworben. Als konsequenter Kämpfer für die Interessen der Versicherten der Ersatzkassen hat er doch durch seinen ausgeprägten Sinn für das Machbare immer eine Lösung gefunden, mit der auch die Gegenseite leben konnte. Über die Jahre wurde er zu einem der besten Kenner der Krankenhauslandschaft in Rheinland-Pfalz. Aufgrund seines Wissens über die Standorte, die Stärken und Schwächen jedes Hauses und auch über die organisatorischen und politischen Verästelungen konnte er in den Verhandlungen jedes taktische Manöver schnell durchschauen.

Er erkannte dadurch aber auch Defizite in der Versorgung und setzte sich mit großem Engagement für deren Beseitigung ein. Erfolge hatte er dabei insbesondere bei der Verbesserung der Qualität in der Behandlung von Schlaganfallpatienten, der Stärkung der Psychoonkologie für an Brustkrebs erkrankte Frauen oder seinem Einsatz für die bessere Versorgung psychisch kranker Kinder.

Die letzten Jahre war er auch stellvertretender Leiter der Landesvertretung und hat in dieser Funktion an deren Umstrukturierung mitgewirkt.



Viel Beifall bekam Ingbert Müller bei seiner Verabschiedung von den versammelten Krankhausexperten. An seiner Seite seine Frau Hildegard, links seine Nachfolgerin Christiane Berg und rechts der Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, Armin Lang Foto: Benz

Zur Verabschiedung von Ingbert Müller veranstaltete die Landesvertretung das diesjährige Ersatzkassenforum zur Zukunft der Krankenhausversorgung in Rheinland-Pfalz, das vielen seiner Weggefährten die Möglichkeit zu einem persönlichen Abschied bot.

CHRISTIANE BERG IST NACHFOLGERIN

Christiane Berg, Juristin und Gesundheitsökonomin, zuvor in Diensten des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums, arbeitet seit September 2006 für die Ersatzkassenverbände in Rheinland-Pfalz und ist seit Sommer 2008 Nachfolgerin von Ingbert Müller für das Referat „Stationäre Versorgung“.

Viel Glück im Neuen Jahr

**Wir wünschen Ihnen ein
glückliches und gesundes
Jahr 2008.**

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

Das oben stehende, schwer auszusprechende und für Briefköpfe, Flyer und Visitenkarten äußerst lange Kürzel verschwindet mit dem Ablauf des Jahres. Im neuen Jahr präsentiert sich der Ersatzkassenverband PR-tauglicher. Wie, das verraten wir im Jahr 2009.

IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Rheinland-Pfalz des VdAK/AEV
Göttelmannstr. 17 · 55130 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 9 82 55-0 · Telefax: 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail: lv_rheinland-pfalz@vdak-aev.de
Internet: www.vdak-aev.de/LVen/RLP/index.htm
Verantwortlich: Armin Lang · Redaktion: Axel Mittelbach