

report rheinland-pfalz

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Jan. 2007

ersatzkassen

Gesundheitsreform bewegt die Gemüter

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz macht seinem Namen keine Ehre

Zum Start der Großen Koalition in Berlin wurden als gesundheitspolitische Ziele für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die Sicherung einer nachhaltigen und gerechten Finanzierung und die wettbewerbliche und freiheitliche Ausrichtung genannt. Bei der Erarbeitung der Gesundheitsreform sind diese Ziele offenbar aus dem Blick geraten. Das unter dem Titel „GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz“ (GKV-WSG) vorgelegte Reformwerk liefert weder eine Antwort auf die insbesondere durch veränderte Arbeitsmarktstrukturen bedingten Finanzprobleme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) noch wird es – auch wenn der Gesetzestitel anderes suggeriert – zur Stärkung des Wettbewerbs in der GKV beitragen.

Bei einer Realisierung des GKV-WSG in der jetzt vorliegenden Fassung verlieren die gesetzlichen Krankenkassen nicht nur ihre Finanzautonomie sondern auch Anreize und Freiheiten im Wettbewerb um Preis und Qualität der medizinischen Versorgung. Es werden zentralistische Strukturen geschaffen und die Vertrags- und Leistungsgestaltung weitgehend vereinheitlicht. Heute haben die gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit, auf

In dieser Ausgabe:

- Trotz Gesundheitsreform droht GKV immense Finanzierungslücke
- Ersatzkassen fördern Kindergesundheit
- Versorgung von Pflegebedürftigen und Schwerkranken verbessern

die Kollektivverträge ihrer Verbände Einfluss zu nehmen. Nach dem Willen von Union und SPD sollen künftig weit über 70 Prozent des Ausgaben volumens einheitlich für alle Krankenkassen von einem zentralen Dachverband durch entsprechende Verträge präjudiziert werden. Dies betrifft insbesondere die stationäre Versorgung, die vertrags(zahn)ärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung.

Mit anderen Worten, für 70 Prozent ihrer Ausgaben wird den Krankenkassen die unternehmerische Entscheidungskompetenz entzogen. Um aber

ein effizientes Kostenmanagement betreiben zu können, benötigten die Kassen neben internen Kostensteuerungsmechanismen und straffen Organisationsabläufen auch Einfluss auf die Gesundheitsleistung und deren Preis.

Das Reformwerk beinhaltet keine weitergehende wettbewerbliche Öffnung der Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern. Die kassenindividuellen Vertragskompetenzen werden auf Nebenschauplätze beschränkt (z.B. Hausarzttarif, Integrationsverträge, Rabattverträge mit Arzneimittelherstellern und Apotheken), Bereiche mit nennenswerten finanziellen Auswirkungen werden davon ausgeschlossen.

Die künftig vorgesehene staatliche Festsetzung eines Einheitsbeitrags schließt unterschiedliche Beitragssätze als den bisher wesentlichsten Wettbewerbsparameter aus. Eine Krankenkasse, die ihre Leistungsausgaben nicht durch die Zuweisungen aus dem Fonds decken kann, muss von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Die Erhebung dieses Beitrags ist nicht zwingend auf unwirtschaftliches Handeln zurückzuführen. Vielmehr dürften Kassen aufgrund der Einkommens- und Risikostruktur ihrer Versicherten gezwungen sein, einen Zusatzbeitrag einzufordern.

Die Erhebung des Zusatzbeitrags bzw. dessen Höhe wird in Zukunft der wesentliche Wettbewerbsparameter sein. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen sind dabei bescheiden, denn künftig sind 70 Prozent der Leistungsausgaben durch Kollektivverträge gebunden und von der einzelnen Krankenkasse nicht beeinflussbar. Und auch das Ausnutzen der „neuen“ Vertragsfreiheiten ist kein geeignetes Instrument, um den Zusatzbeitrag zu vermeiden oder niedrig zu halten. Vielmehr werden die neuen Vertragsmöglichkeiten – zumindest kurz- bis mittelfristig – zu zusätzlichen Ausgaben führen, da sie über die Kollektivverträge hinaus zu finanzieren sind.

Um einen im Wettbewerb konkurrenzfähigen Zusatzbeitrag bieten zu können, werden Krankenkassen daher kaum eine andere Wahl haben als Geschäftsstellen und Serviceangebote abzubauen. Zudem werden sie Leistungen, zu denen sie nicht verpflichtet sind, aus Kostengründen überprüfen und ggf. einstellen (vgl. Satzungs- und Ermessensleistungen). Statt den Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige Versorgung zu befördern, wird die Reform einen Wettbewerb um einkommensstarke, gesunde Mitglieder entfachen.

DER KOMMENTAR

Die Große Koalition hat mit der Vorlage des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes ihre wichtigsten gesundheitspolitischen Ziele über Bord geworfen: Statt die versprochenen Antworten auf die angespannte Finanzlage der GKV und den viel beschworenen Beitrag zur Senkung der Lohnnebenkosten zu liefern, startet diese Reform mit der Ankündigung einer massiven Beitragssatzerhöhung. Die Stärkung des Wettbewerbs trägt das Reformwerk lediglich im Titel, inhaltlich zielt es auf eine Beschneidung der Wettbewerbsmöglichkeiten der Kassen ab. Diese Meinung vertreten nicht nur die Kassen sondern auch das Bundeskartellamt, das in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf bemängelt, die Wettbewerbs- und Handlungsmöglichkeiten einzelner Kassen wie auch der Leistungsanbieter würden nicht ausgeweitet sondern beschränkt werden. Immer wieder hat die Politik Pläne zur Ausweitung des staatlichen Einflusses auf das Gesundheitssystem weit von sich gewiesen. Vorhaben, wie die staatliche Beitragssatzfestsetzung oder das Entscheidungsgremium des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) mit hauptamtlich Beschäftigten zu besetzen und die Mitwirkungsmöglichkeiten der Selbstverwaltung zurückzudrängen, zielen jedoch genau in diese Richtung. Nicht zu vergessen die viel beschworene Entbürokratisierung, zu deren Bewältigung die Bundesregierung eigens eine Arbeitsgruppe eingerichtet hat. Bedauerlich nur, dass die Gesundheitsreform scheinbar nicht auf dem Arbeitsplan dieser Gruppe gestanden hat. Auch wenn der Unterschied zwischen Anspruch und Wirklichkeit augenfällig ist, stieß die breite Front der Kritiker bei der Bundesregierung bislang auf taube Ohren. Bleibt zu hoffen, dass sie sich wenigstens von den zahlreichen Änderungsanträgen, die der Bundesrat zum Gesetzentwurf beschlossen hat, überzeugen lässt.



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

Trotz Gesundheitsreform droht GKV immense Finanzierungslücke

Die Stabilisierung der Finanzierungsgrundlagen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde von Seiten der Großen Koalition als eines der wichtigsten Ziele ihrer Gesundheitsreform genannt. Fakt ist, dass das zu diesem Zweck geschaffene GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) keinerlei Antwort auf die drängenden Finanzprobleme der GKV liefert. Im Gegenteil, die Gesundheitsreform wird die Probleme verschärfen. In 2007 fehlen zur Deckung der absehbaren Ausgaben der GKV ca. 7 Mrd. Euro. Zu den Hauptursachen hierfür zählen die Kürzung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen (insbesondere Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft) und die Anhebung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent, die bei Arznei-, Hilfsmitteln und Fahrtkosten zu Mehrkosten in Höhe von ca. 960 Mio. Euro führen wird. Um diese finanziellen Belastungen schultern zu können, ist nach Berechnungen der gesetzlichen Krankenkassen ein durchschnittlicher Anstieg der Beitragssätze um mindestens 0,7 Prozentpunkte erforderlich.

Ohne Gegensteuern des Gesetzgebers wird das Defizit der GKV bis zum Ende der Legislatur (2009) auf 13 bis 16 Mrd. Euro anwachsen. In der Folge müsste der durchschnittliche Beitragssatz auf über 16 Prozent angehoben werden. Hierbei sind Beitragssatzanhebungen, die infolge der gesetzlich vorgegebenen Entschuldung von Kassen erforderlich werden, nicht berücksichtigt.

Nach Meinung der Bundesregierung wird die Gesundheitsreform Entlastungen nach sich ziehen.

GLOSSE

Cui bono – wem nutzt die Gesundheitsreform? Laut Gesundheitsministerin Schmidt nutzt sie den Patienten. Die Ministerin hat immer wieder betont, sie wolle eine Reform zum Wohl der Patienten realisieren. Doch angesichts steigender GKV-Beitragssätze und drohender Zusatzbeiträge sehen sich die Patienten dieser Tage eher als Reformverlierer denn als Profiteure. Fraglich, ob die PR-Kampagne, mit der das Bundesgesundheitsministerium den Bürgern die Gesundheitsreform nun näher bringen will, einen Meinungsumschwung bewirkt. Inhaber und Mitarbeiter der Agentur, die den Zuschlag für die mit 1,8 Mio. Euro veranschlagte Werbekampagne erhalten hat, dürften da schon eher resümieren, die Gesundheitsreform hat wenigstens uns genutzt.

Dabei ist jedoch noch gar nicht bezifferbar, welche finanziellen Belastungen sich durch einzelne Reformmaßnahmen ergeben werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert beispielsweise für die vorgesehene Umstellung der ärztlichen Vergütung vom Punktsystem zu festen Eurowerten 4,5 bis 5 Mrd. Euro mehr Honorar. Solange derlei Belastungen nicht konkret bekannt sind, können die Krankenkassen auch mögliche Entlastungen nicht realistisch ansetzen.

Der unsicheren Ausgabenentwicklung stehen massive Probleme auf der Einnahmeseite gegenüber. Die beitragspflichtigen Einnahmen hinken der Entwicklung des Bruttoinlandsproduktes hinterher. Ursächlich hierfür sind u. a. die hohe Arbeitslosigkeit, die zunehmende Umwandlung von Normalarbeitsverhältnissen in geringfügige Beschäftigung aber auch die sog. Verschiebebahnhöfe zu Lasten der GKV.

Besonders enttäuschend ist, dass die Koalitionspartner den Vorschlägen nicht gefolgt sind, die Einnahmenseite der GKV durch zusätzliche Steuerzuschüsse des Bundes oder durch eine Ausweitung der gesetzlich versicherten Personenkreise zu stärken. Stattdessen haben haushaltpolitische Erwägungen dazu geführt, dass der Steuerzuschuss an die GKV von 4,2 Mrd. Euro in 2006 auf 2,5 Mrd. Euro in 2007 sinkt. In den Jahren 2008 und 2009 soll er dann bei 3 Mrd. Euro/Jahr – also unter dem Niveau des Jahres 2006 – liegen.

Geradezu absurd ist, dass die unter dem Stichwort Finanzierungsreform geplante Errichtung eines Gesundheitsfonds ohne Zusatznutzen, dafür aber mit zusätzlichen Kosten für die GKV verbunden sein wird: Im Zusammenhang mit diesem Fonds ist eine Schwankungsreserve in Höhe von 3 Mrd. Euro vorzuhalten, die aufgrund der aktuellen Finanzlage nicht ohne Beitragssatzerhöhung (ca. 0,3 Beitragssatzpunkte) aufgebaut werden kann.

Die Finanzierungsprobleme der GKV verschärfen sich, die Beiträge zur Kranken- und Rentenversicherung steigen und auch wenn der Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung um über zwei Prozentpunkte sinkt, gründet das Versprechen der Großen Koalition, für sinkende Lohnnebenkosten zu sorgen, – zumindest aus Arbeitnehmersicht – auf dünnem Eis.

Versicherte der Arbeiter-Ersatzkassen haben Anspruch auf homöopathische Behandlung

Versicherte der Arbeiter-Ersatzkassen – Gmünder Ersatzkasse (GEK), HZK – Die ProfiKrankenkasse für Bau- und Holzberufe (HZK) und KEH Ersatzkasse (KEH) – haben seit einigen Wochen die Möglichkeit, bei speziellen Vertragsärzten und -ärztinnen in Rheinland-Pfalz eine homöopathische Behandlung in Anspruch zu nehmen.

Die Behandlung mit klassischer Homöopathie besteht aus spezifisch-ärztlich homöopathischen Leistungen, u. a. zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen und der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunst. Da die Anamnese eine gründliche

Analyse erfordert und sehr zeitaufwändig ist, werden im Rahmen dieses neuen Versorgungsvertrages mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) die homöopathische Erst- und die Folgeanamnese besonders vergütet. Gleiches gilt für die homöopathische Fallanalyse und die Auswahl eines passenden homöopathischen Arzneimittels. Sofern nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zum Einsatz kommen, sind diese von den Versicherten selbst zu bezahlen, denn diese Medikamente dürfen von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet werden.

Alle Ärztinnen und Ärzte, die an dem Homöopathievertrag teilnehmen, verfügen über eine Zusatz-Weiterbildung „Homöopathie“ und sind zur regelmäßigen Teilnahme an von der Ärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung anerkannten homöopathischen Fortbildungen oder homöopathischen Qualitätszirkeln verpflichtet. Ihre Teilnahmegenehmigung erlischt, sofern sie keine entsprechenden Fortbildungsaktivitäten gegenüber der KV RLP nachweisen können.

VERSICHERTENINFORMATION

Versicherte, die eine homöopathische Behandlung in Anspruch nehmen wollen, erhalten auf Nachfrage bei ihrer Krankenkasse eine Liste der Ärztinnen und Ärzte in Rheinland-Pfalz, die an dem neuen Versorgungsvertrag teilnehmen.

Schiedsverfahren entscheidet über Landesbasisfallwert 2006

Für 2007 vereinbaren Partner eine Nullrunde

Im vergangenen Jahr konnten sich die rheinland-pfälzischen Verhandlungspartner trotz mehrerer Verhandlungsrunden zunächst nicht auf einen Landesbasisfallwert verständigen. Die Ersatzkassenverbände und die Landesverbände der Kassen kritisierten, die Ausgangsbasis – der Landesbasisfallwert 2005 – sei, verglichen mit dem Wert der anderen Bundesländer, zu hoch. Es kam daher zur Einschaltung der Schiedsstelle.

antragen, den Landesbasisfallwert auf 2.712,73 Euro festzusetzen. Die Schiedsstelle legte die Obergrenze schließlich auf 2.959,83 Euro fest, wobei sie lediglich die Veränderungsrate in Höhe von 0,63 Prozent (absolut 18,45 Euro) und die technischen Effekte in Höhe von rd. 0,44 Prozent (absolut 12,98 Euro) berücksichtigte. Die Schiedsstelle schloss sich in diesem Zusammenhang der Auffassung der Krankenkassen an, wonach auf ein Berichtigungs-/Ausgleichsverfahren zu verzichten ist, wenn dadurch die gesetzlichen Vorgaben zur Beitragssatzstabilität verletzt werden.

Rückblickend können die Kostenträger die Verhandlungen zum Landesbasisfallwert 2006 mit einem lachenden und einem weinenden Auge betrachten: Nicht zufrieden stimmt, dass Rheinland-Pfalz im Vergleich der Bundesländer den höchsten Landesbasisfallwert verzeichnete. Erfreulich ist dagegen, dass es unter der Moderation des rheinland-pfälzischen Gesundheitsministeriums gelungen ist, für das Jahr 2007 mit der Landeskrankenhausesgesellschaft eine Nullrunde zu vereinbaren.



Ersatzkassen machen sich für eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Krankenhausversorgung stark.

Im Rahmen des Schiedsverfahrens forderte die Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz einen Landesbasisfallwert 2006 mit Ausgleich und Berichtigungen in Höhe von 3.087,69 Euro. Die Krankenkassenverbände be-

Ersatzkassen erweitern Angebot an kostenlosen Schutzimpfungen für Kinder

Die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz bieten künftig für Kinder bis zum 24. Lebensmonat kostenlose Schutzimpfungen gegen Meningokokken und Pneumokokken an. Sie folgen damit aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert Koch Institut (STIKO). Eltern von Säuglingen und Kleinkindern sollten sich mit ihrem Kinderarzt bzw. ihrer Kinderärztin über die Teilnahme an den erweiterten Kinderschutzimpfungen beraten.



Ein hoher Durchimpfungsgrad dämpft Gefahr einer Epidemie.

Meningokokken sind Bakterien, die Hirnhautentzündung auslösen. Sie werden als Tröpfcheninfektion (z. B. beim Husten oder Niesen) auf andere Personen übertragen. Pneumokokken sind die häufigsten bakteriellen Erreger lokaler Infektionen wie z. B. Lungenentzündung oder Mittelohrentzündung. Des Weiteren zählen sie gemeinsam mit den Meningokokken zu den häufigsten Erregern einer eitrigen Hirnhautentzündung. Auch Pneumokokken werden durch Tröpfcheninfektion übertragen.

Die vorgenannten Erkrankungen verlaufen bei jungen, gesunden Menschen in der Regel ohne Komplikationen. Für Kinder mit Vorerkrankungen (wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenleiden, etc.) oder einer Abwehrschwäche können diese Krankheiten jedoch bleibende Gesundheitsschäden verursachen oder gar im schlimmsten Fall zum Tod führen. Durch entsprechende Schutzimpfungen können schwere Erkrankungen, schwere Krankheitsfolgen und tödliche Verläufe verhindert werden. Außerdem sind diese Schutzimpfungen eine adäquate Antwort auf zunehmend zu beobachtende Resistenzen gegen Antibiotika.

Wenn es gelingt, bei den unter Zweijährigen einen ausreichend hohen Durchimpfungsgrad zu erreichen, ist in dieser Altersgruppe mit einem Rückgang der vorgenannten Infektionen zu rechnen. Zudem besteht die Chance, eine sog. Herdenimmunität zu erzielen. Das heißt, wenn möglichst viele Menschen durch Impfung zu „Nicht-Überträgern“ geworden sind, kann sich ein Erreger in der Bevölkerung nicht weiter ausbreiten. Die Gefahr einer Epidemie wird so stark gedämpft und die wenigen ungeimpften Menschen haben ein geringeres Risiko angesteckt zu werden.

Gesundheitschancen von Kindern verbessern

Ersatzkassen engagieren sich im Regionalen Knoten Rheinland-Pfalz

Im Mittelpunkt der lebensweltbezogenen Präventionsaktivitäten der Ersatzkassen stehen berufstätige Menschen sowie Kinder und Jugendliche. Die Gesundheitschancen von Kindern in sozial benachteiligten Lebenslagen zu verbessern, war für die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz Beweggrund, sich in dem neu initiierten Regionalen Knoten Rheinland-Pfalz zu engagieren.

Seit Anfang 2004 wurden in mehreren Bundesländern sog. Regionale Knoten eingerichtet. Ihre Aufgabe ist es, im jeweiligen Land (erfolgreiche) Ansätze im Handlungsfeld „Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter“ zu recherchieren, bekannt zu machen, die einzelnen Akteure miteinander zu vernetzen und koordinierte Problemlösungsstrategien zu entwickeln. Verschiedene Partner haben nun

auch in Rheinland-Pfalz einen solchen Knoten realisiert. Zu ihnen zählen neben gesetzlichen Krankenkassen, das Gesundheitsministerium, das Jugendministerium, der Verein Armut und Gesundheit, die LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege, die gesetzliche Unfallversicherung sowie verschiedene Wissenschaftler. Projektträger ist die Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LZG).

Die Arbeit des Regionalen Knotens Rheinland-Pfalz konzentriert sich darauf, solche Projekte und Maßnahmen zu identifizieren und öffentlich bekannt zu machen, die es erfolgreich verstanden haben, die Gesundheit von gesellschaftlich benachteiligten Kindern zu fördern.

Schwerstkranken ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben bis zum Tod ermöglichen

Ersatzkassen unterstützen Hospizarbeit in Rheinland-Pfalz

Mit rund 430.000 Euro haben die Ersatzkassen im vergangenen Jahr die ambulante Hospizarbeit in Rheinland-Pfalz gefördert. Die Fördermittel dienen dem Auf- und Ausbau einer landesweiten ambulanten Hospizversorgung.

Die Ersatzkassen wollen damit dem Wunsch vieler unheilbar kranker Menschen, die letzte Lebensphase im vertrauten Wohn- und Lebensumfeld zu verbringen, entgegenkommen. Die ambulante Hospizarbeit leistet im Haushalt bzw. in der Familie der Betroffenen Sterbebegleitung und palliativ-pflegerische Beratung, um den Schwerstkranken ein würdevolles und selbst bestimmtes Leben bis zum Tod zu ermöglichen. Besonders Augenmerk liegt dabei sowohl auf der Linderung von Krankheitsleiden als auch auf Hilfestellungen für den Kranken und dessen Angehörige, die Konfrontation mit dem Sterben zu verarbeiten.

Wenn pflegerische, psychosoziale oder familiäre Gründe eine ambulante Betreuung (vorübergehend) nicht erlauben, stehen in Rheinland-Pfalz stationäre Hospize zur Verfügung. Ziel der stationären Hospizversorgung ist es, sowohl in palliativmedizinischer bzw. palliativpflegerischer als auch in geistig seelischer Hinsicht die Pflege und Begleitung anzubieten, die die Lebensqualität eines unheilbar kranken Menschen verbessert und seiner Würde entspricht.

Mit dem Hospiz Trier, das vor wenigen Monaten die Arbeit aufgenommen hat, existieren in Rheinland-Pfalz mittlerweile sechs solcher Einrichtungen. Die Ersatzkassen unterhalten mit allen stationären Hospizen in Rheinland-Pfalz Versorgungsverträge. Für die Versorgung von Ersatzkassenversicherten erhalten die Einrichtungsträger pro Aufenthaltstag 220 Euro.

Große Koalition nimmt Reform der sozialen Pflegeversicherung in Angriff

Union und SPD haben bekräftigt, die wegen der Gesundheitsreform im vergangenen Jahr verschobene Reform der sozialen Pflegeversicherung nun in Angriff zu nehmen. Die Ersatzkassen hoffen auf eine Reform im Dialog und bieten hierzu ihre Zusammenarbeit an.

Die solidarische Pflegeversicherung hat sich bewährt. Die pflegebedingte Sozialhilfeabhängigkeit konnte zurückgeführt und qualitative wie quantitative Verbesserungen des Pflegeleistungsangebots erzielt werden. Zur Fortführung dieser Erfolgsstory bedarf es dringend einer Reform, denn die Finanzsituation der sozialen Pflegeversicherung wird zunehmend prekärer. Die Rücklagen sind nahezu aufgebraucht, während die Zahl der Pflegebedürftigen stetig steigt. Ohne nachhaltige Finanzreform drohen Leistungskürzungen oder Beitragserhöhungen.

Allerdings verfügt die private Pflegeversicherung über eine Versichertenstruktur, die ihr seit Jahren Rücklagenzuwächse ermöglicht. Zur Durchsetzung einer umfassenden Solidarität in der Pflegeversicherung fordern die Ersatzkassen deshalb entweder eine gemeinsame Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und privat Versicherten oder zumindest die Einführung eines Finanzausgleichs zwischen sozialer und privater Pflegeversicherung. In diesem Zusammenhang sind Äußerungen des rheinland-pfälzischen Ministerpräsidenten Kurt Beck zu begrüßen, der sich für die Beibehaltung der solidarischen Finanzierung und gegen die von Unionsseite geforderte Kopfpauschale bei der Pflegeversicherung ausgesprochen hat.

Eine Neudefinition des Pflegebegriffs ist unumgänglich, wenn künftig insbesondere der erhebliche Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf von Demenzzkranken Berücksichtigung finden soll. Darüber hinaus müssen die in ihrer Höhe seit 1995 unveränderten Leistungsbeträge dringend dynamisiert werden, damit die Pflegeversicherung, die ausdrücklich keine Vollkaskoversicherung ist, auch in Zukunft eine Grundversorgung sicherstellen kann. Diese Basisversorgung kann sie heute in vielen Fällen nicht mehr abdecken.

MEHR INFO

Die Positionen der Ersatzkassen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung finden Sie im Internet unter: www.vdak-aev.de/standpunkte/Pflegeversicherung/index.htm

Gesetzliche und private Pflegeversicherung unterscheiden sich weder im Leistungsangebot noch bei der Vergütung.

Ausgabe der elektronischen Gesundheitskarte hat begonnen

Testregion Trier steht in den Startlöchern

Ende vergangenen Jahres haben in den Regionen Flensburg und Löbau-Zittau die Tests zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) begonnen. Im Laufe des Jahres wird auch für die übrigen Testregionen – zu denen in Rheinland-Pfalz die Region Trier zählt – der Startschuss fallen.

In der Testregion Trier arbeiten Landesregierung, Ärzte- und Apothekerschaft, Krankenhäuser, Krankenkassen und weitere Akteure der Gesundheitswirtschaft eng zusammen. Zu den Kooperationspartnern zählen auch die Ersatzkassen BARMER, DAK, TK, KKH und GEK.

Die eGK wird schrittweise eingeführt werden. Das heißt, im ersten Schritt enthält sie die sog. Pflichtanwendungen, zu denen die Versichertendaten inklusive Zahlungsinformationen und der Berechtigungsausweis zur Behandlung im europäischen

Ausland zählen. Im nächsten Schritt folgt das elektronische Rezept und dann nach und nach die einzelnen sog. freiwilligen Anwendungen.

Neben der Erprobung der eGK wird in Trier bereits seit 2004 ein spezieller Teil der eGK, die elektronische Patientenakte Rheinland-Pfalz (ePA RLP) getestet. Sie ist Bestandteil der freiwilligen Anwendungen der eGK. Die ePA ermöglicht den Zugriff auf aktuelle und frühere Behandlungsdaten eines Patienten, so dass sich der behandelnde Arzt – ob in der Haus- bzw. Facharztpraxis oder im Krankenhaus – einen schnellen Überblick über den Gesundheitsstatus des Patienten verschaffen kann. Unnötige Doppeluntersuchungen oder aber gefährliche Medikamentenwechselwirkungen können so vermieden werden. Die Behandlung des Patienten gewinnt dadurch an Sicherheit und Effektivität.

KURZ GEMELDET

■ EU-Verordnung zur Förderung der Entwicklung kindgerechter Arzneimittel

Über die Hälfte der Arzneimittel, mit denen Kinder und Jugendliche in der Europäischen Union (EU) behandelt werden, sind weder an Kindern und Jugendlichen geprüft noch eigens für die Verwendung bei dieser Personengruppe zugelassen. Vor diesem Hintergrund hat der EU-Ministerrat eine Verordnung verabschiedet, die die Entwicklung kindgerechter Arzneimittel fördern soll. Sie ist seit dem 01.01.2007 in Kraft und in allen Mitgliedsstaaten der EU unmittelbar anzuwenden. Neue Arzneimittel, die zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden, müssen danach künftig speziell geprüft und zugelassen werden. In der Vergangenheit zugelassene Medikamente können nachträglich für die pädiatrische Verwendung getestet und eine entsprechende Zulassung beantragt werden, eine Verpflichtung hierzu besteht jedoch nicht.

■ Bundesrat ebnet Weg für grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitswesen

Der Bundesrat hat einem Gesetz zum Rahmenabkommen über grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich mit Frankreich zugestimmt. Rheinland-Pfalz, das Saarland und Baden-Württemberg können nun mit den Départements Elsass und Lothringen regionale Vereinbarungen treffen, die beispielsweise den grenzüberschreitenden Einsatz von Rettungsdiensten oder die Kooperation von Gesundheitseinrichtungen diesseits und jenseits der Grenze regeln.

■ Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen GKV-Innovationsmanagement

Die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherung haben den Aufbau eines eigenen Innovationsmanagements beschlossen. Sie wollen damit noch aktiver dazu beitragen, dass ihre Versicherten eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende qualitativ hochwertige und wirksame medizinische Versorgung erhalten. Zielsetzungen sind die frühzeitige Identifikation relevanter innovativer Prozesse, Strukturen und medizinisch-technischer Verfahren sowie deren Förderung. Gleichzeitig soll verhindert werden, dass unwirksame, schädliche oder unwirtschaftliche Verfahren zu Lasten der Patienten angewandt werden.



Viel Glück im Neuen Jahr

**Wir wünschen allen Leserinnen
und Lesern ein gesundes und
glückliches Jahr 2007!**

GRATULATION ZUM DIENSTJUBILÄUM

FRIEDHELM OCHS, Geschäftsführer der Landesgeschäftsstelle Rheinland-Pfalz/Saarland der BARMER Ersatzkasse, beging zum Jahresende 2006 sein 40-jähriges Dienstjubiläum. Im Rahmen einer Feierstunde würdigte der Vorstandsvorsitzende der BARMER Ersatzkasse, Dr. Johannes Vöcking, die Verdienste des Jubilars und dankte ihm für sein langjähriges Wirken.

ARMIN LANG NEUER BUNDESVORSITZENDER DER ASG

Armin Lang, Leiter der VdAK-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, wurde Ende vergangenen Jahres in Berlin zum Bundesvorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft der SozialdemokratInnen im Gesundheitswesen (ASG) gewählt. Er ist Nachfolger des Augsburger Gesundheitswissenschaftlers Prof. Dr. Martin Pfaff.

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
Verantwortlich: Armin Lang
Redaktion: Sabine Schreiner