

report rheinland-pfalz

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Juni 2009

ersatzkassen

Auf dem Rücken der Patienten:

Protestaktionen der Ärzte in Zeiten der Finanzkrise

Geschlossene Praxen, Behandlung nur gegen Vorkasse, Priorisierung medizinischer Leistungen. In vielen Regionen Deutschlands haben Arztgruppen die Honorarreform zum Anlass genommen, mit Protestaktionen und Forderungen nach mehr Geld das Bild eines zusammenbrechenden Gesundheitswesens an die Wand zu malen. Dadurch wurde in den Medien, aber auch in der Bevölkerung eine Diskussion um die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens entfacht.

Zu den Formen des Protestes: Mit der Verweigerung von Behandlungen gegenüber gesetzlich Krankenversicherten durch Ärztestreik oder Behandlung nur gegen cash, also Vorkasse, verstießen die niedergelassenen Ärzte gegen die Verträge mit den Krankenkassen und riskieren empfindliche Sanktionen. Sie verletzen aber auch ihre ethische Verantwortung, wenn sie den Honorarstreit auf dem Rücken der Patienten austragen.

Zu den Argumenten des Protestes: Glaubt man den protestierenden Ärzten, dann erleiden sie einen heftigen Honorareinbruch, die Patientenversorgung ist gefährdet, Praxispersonal muss entlassen werden. Was ist geschehen?

Zum 01.01.2009 ist eine grundlegende Honorarreform in Kraft getreten, die notwendig war und von weiten Teilen der Ärzteschaft selbst gefordert und gestaltet wurde. Diese Reform beschert den Vertragsärzten insgesamt 3,8 Milliarden Euro mehr Honorar gegenüber dem Jahr 2007, das entspricht einem Plus von durchschnittlich 17.000 Euro pro Praxis. Damit steigt das Durchschnittseinkommen eines niedergelassenen Arztes in Deutschland auf etwa 140.000 Euro.

Außerdem wurden weitere Forderungen der Ärzteschaft erfüllt. Sie wollten und bekamen eine Abrech-

In dieser Ausgabe:

- Der Hausarzt als Lotse – der Hausärzteverband im Zentrum?
- Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz
- Selbsthilfepreis der Ersatzkassen für 2008 verliehen

nung in Euro und Cent. Zukünftig wird sich die ärztliche Vergütung außerdem nach der Morbidität der Versicherten richten, das Risiko zunehmender Erkrankungen tragen jetzt die Krankenkassen. Ärzte, die die Honorarreform ablehnen, stellen sich gegen die Umsetzung ihrer eigenen Forderungen.

Warum dann der Protest? Die Honorarreform hat zu einer bundesweiten Vereinheitlichung der Arzthonorare geführt. Diese von den Ärzten, aber nicht von den Kassen gewollte Anpassung hat ein recht unterschiedliches Honorarwachstum in den Regionen bewirkt. So haben insbesondere die Ärzte in den bisher benachteiligten Bundesländern im Osten mit Zuwachsraten von fast 20 Prozent von der Reform profitiert. Entsprechend niedriger sind die Steigerungen in den Bundesländern, die bisher bei den Honoraren weit über dem Bundesschnitt lagen, zum Beispiel Baden-Württemberg und Bayern. Aber auch Niedersachsen, das Saarland und Berlin gehören zu den Gewinnern.

17.500 Euro mehr pro Praxis im Durchschnitt

Neben den regionalen Umverteilungen gab es durch die Reform aber auch Umverteilungen zwischen und innerhalb der Arztgruppen. Dies war voraussehbar und bei einer Einführung der Reform auf einen Schlag ohne Konvergenzphase nicht zu vermeiden. Die Verteilung der Honorare liegt aber weitgehend im Verantwortungsbereich der Ärzte selbst.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss und einzelne Kassenärztliche Vereinigungen haben inzwischen dort, wo ungewollte und ungerechte Umverteilungen absehbar sind, Rettungsschirme aufgespannt und Korrekturen vorgenommen. So wurden Honorarrückgänge bei einzelnen Ärzten begrenzt und benachteiligte Arztgruppen, wie Nervenärzte oder Schwerpunktpraxen, gestützt.

All dies lässt die zum Teil heftigen Protestaktionen der Ärzte unverstänlich erscheinen. Von der großen Mehrzahl der Ärzte, deren Honorare kräftig gestiegen sind, war nichts zu vernehmen. Vielleicht trug aber auch mangelnde Information zu der ärztlichen Unruhe bei.

Rationalisierungsdebatte schürt Ängste

Weniger mit Informationsdefiziten als mit bewusster Provokation sind hingegen die Vorschläge des Ärztekammerpräsidenten Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe auf dem Mainzer Ärztetag zu erklären. Unter dem Stichwort „Priorisierung“ initiierte er eine Rationierungsdebatte und unterstellt damit, dass das Geld nicht für eine gute medizinische Versorgung reicht. Mehr Geld für Ärzte statt bessere Versorgung für die Patienten ist das Ziel dieser Kampagne.

Solche Aktionen und Forderungen der Ärzte treffen in der Öffentlichkeit in Zeiten von Finanzkrise, Kurzarbeit und Arbeitsplatzverlusten auf keine positive Resonanz. Die Ärzte haben sich und der Debatte um eine stabile Finanzierungsgrundlage der gesetzlichen Krankenversicherung damit keinen Gefallen getan.



Armin Lang, Leiter der vdek-Landesvertretung Saarland

DER KOMMENTAR

Gesundheit, Geld und Priorisierung

Über 250 Milliarden Euro werden in Deutschland jedes Jahr für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ausgegeben. Das ist selbst in Zeiten riesiger Stützungs-pakete für Banken und Unternehmen eine gewaltige Summe. Gerade in diesem Jahr sind viele Milliarden zusätzlich in Krankenhäuser und Arzthonorare geflossen, finanziert aus Beiträgen der Arbeitnehmer und Arbeitgeber, durch Zuzahlungen der Versicherten und vermehrt durch Steuergelder. In einem Jahr, in dem durch die Finanz- und Wirtschaftskrise Steuereinnahmen, Umsätze, Gewinne, Arbeitseinkommen und Arbeitsplätze wegbrechen, brechen einige Ärzte eine Diskussion um höhere Arzthonorare und eine Ausgrenzung von Leistungen für Patienten vom Zaun. Hier soll mit

Ängsten die Politik im Wahljahr unter Druck gesetzt werden. In dieser Krise gibt es genug begründete Ängste um den Arbeitsplatz. Da brauchen wir nicht noch provozierte Ängste um die gesundheitliche Versorgung.

Genau dies beabsichtigt aber die von Ärztepräsident Hoppe angezettelte Debatte um eine Priorisierung, also eine Rangliste der Krankheiten, die noch von den Krankenkassen bezahlt werden soll. Wenn schon Priorisierung, dann muss ganz vorne in der Rangliste das Bemühen um mehr Qualität in der Versorgung stehen. Auch weit vorne müssten Strukturveränderungen zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen stehen, damit auch in einer älter werdenden Gesellschaft alle notwendigen medizinischen und pflegerischen Leistungen finanziert werden können. Priorität hätten auch mehr Prävention, mehr Transparenz, eine gerechte Bezahlung der Beschäftigten im Gesundheitswesen, schließlich eine stabile und solidarische Finanzierung des Gesundheitswesens. Eine Priorisierung zum Zwecke einer Privilegierung bestimmter Berufsgruppen brauchen wir nicht.

Von der integrierten zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Was man aus einem bereits bestehenden Versorgungsprojekt lernen kann

Mit der letzten Gesundheitsreform wurde ein Rechtsanspruch auf die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) etabliert. Damit soll dem Wunsch vieler Menschen entsprochen werden, möglichst in ihrer häuslichen Umgebung zu sterben. Auch wenn für die SAPV in den Regionen neue Verträge abzuschließen sind, sind die Gedanken einer bedarfsgerechten Palliativversorgung nicht vollkommen neu. Die Ersatzkassen und die AOK im Saarland praktizieren bereits seit einigen Jahren im Rahmen einer integrierten Versorgung eine sehr anerkannte und angenehme Palliativversorgung. Die hier gewonnenen Erkenntnisse wurden bei einem Informations- und Diskussionsforum Anfang 2009 in Mainz präsentiert.

Armin Lang, Leiter der vdek-Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland, stellte einleitend heraus, dass im Saarland mithilfe der integrierten Palliativversorgung die Versorgung im häuslichen Umfeld in hohem Maße gestärkt und Krankenhausaufenthalte reduziert werden konnten.

Gelungen sei dies, so Paul Herrlein, Geschäftsführer der St. Jacobus Hospiz gGmbH, durch eine verstärkte Abstimmung zwischen den einzelnen Versorgungsebenen. Dazu wird gemeinsam mit Patienten und Angehörigen, Ärzten, Pflege- und Hospizdiensten ein Versorgungsnetz gebildet, das in abgestimmter Form die sektorübergreifende Versorgung auf allen Versorgungsstufen sicherstellt und das den Schwerkranken und ihren Angehörigen kontinuierlich zur Verfügung steht. Die Koordinierung der Behandlung und die Überprüfung der Nachhaltigkeit der vereinbarten Maßnahmen übernehmen Palliative-Care-Teams. Eine Dokumentation erfolgt mittels elektronischer Patientenakte, für die der Patient die Einsichtsrechte vergibt. Im Ergebnis, so Herrlein, habe man eine deutliche Verbesserung im Symptomverlauf der sterbenden Patienten erreichen können. Zudem habe man es 68 von 96 Patienten ermöglichen können, zu Hause zu sterben.

SAPV IN RHEINLAND-PFALZ

Derzeit laufen noch vorbereitende Gespräche, um die SAPV in Rheinland-Pfalz umzusetzen. Die Ersatzkassen werden mit den Vertragsverhandlungen in Kürze beginnen.



„Palliativversorgung bedeutet nicht allgemeine Versorgung hier und spezielle Versorgung dort“, erklärte Paul Herrlein, Geschäftsführer der St. Jacobus Hospiz gGmbH, und forderte eine enge Verzahnung beider Bereiche.

Welche Voraussetzungen für eine solche ganzheitliche Palliativversorgung gegeben sein müssen, schilderte Mechthild Winter, Sozialarbeiterin in einem Palliativ-Care-Team im Saarland, sehr anschaulich. Ein unverzichtbarer Bestandteil sei hier die Sozialarbeit, ohne die die sektorübergreifende Versorgung nicht die gewünschten Effekte erzielen würde.

Dr. Martin Treitz, Hausarzt im Saarland, betonte die wichtige Rolle des Hausarztes bei der Palliativversorgung. Der Hausarzt kenne den Patienten, seine Familie und sein soziales Umfeld sehr genau und gewährleiste eine wichtige Kontinuität der Versorgung. Daher sei er auch zuständig für die Einschreibung zur integrierten Versorgung und künftig auch für die Verordnung der SAPV.

Die Brücke von der integrierten Palliativversorgung zur SAPV schlug abschließend Janine Poth-Schwindling, Geschäftsstelle Versorgungsoptimierung der vdek-Landesvertretung im Saarland. Sie betonte, dass beide Versorgungsformen von der Zielsetzung her nicht weit auseinanderliegen. Unterschiede bestünden aber insbesondere im Hinblick auf den gesetzlichen Anspruch sowie auf bestimmte formale Voraussetzungen, z. B. muss die SAPV verordnet werden. Ebenso sei in der SAPV die Einbindung von Sozialarbeitern nicht zwingend. Die Erfahrungen aus der integrierten Palliativversorgung im Saarland hätten aber gezeigt, dass diese Einbindung durchaus geboten sei.

Der Hausarzt als Lotse – ...

Aktuell ist sie in aller Munde: die hausarztzentrierte Versorgung (HZV). Dies jedoch nicht etwa, weil durch die Lotsenfunktion des Hausarztes besondere Erfolge zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachgewiesen werden konnten. Nein, vielmehr geht es um die Verpflichtung für Krankenkassen, ihren Versicherten ab Juli 2009 eine besondere hausärztliche Versorgung anzubieten.

Der Gedanke, dass der Hausarzt eine besondere koordinierende Funktion in der Versorgung einnehmen kann und soll, ist nicht neu. Was in anderen europäischen Ländern von jeher gang und gäbe ist, versucht die Politik seit einigen Jahren auch im deutschen Gesundheitssystem zu etablieren.

Erst freiwillig, dann Pflicht

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) erhielten die Krankenkassen im Jahr 2004 erstmals die Möglichkeit, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung abzuschließen. Zunächst ließ der Gesetzgeber den Krankenkassen einen großen Gestaltungsspielraum: Der neu geschaffene § 73b SGB V regelte erst einmal lediglich einige Grundzüge, die bei der hausarztzentrierten Versorgung zu berücksichtigen waren. So konnten sich Versicherte freiwillig schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung ihres vorab gewählten Hausarztes in Anspruch zu nehmen. An diese Verpflichtung sowie an die Wahl des Hausarztes war der Versicherte mindestens ein Jahr gebunden. Verträge konnten die Krankenkassen abschließen mit zugelassenen Hausärzten, die bestimmte Qualitätsanforderungen erfüllten, sowie Gemeinschaften dieser Hausärzte und mit zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die ebenfalls die Qualitätsanforderungen erfüllen mussten. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes war öffentlich auszuschreiben; ein Kontrahierungszwang bestand nicht.

Da der Nutzen der hausarztzentrierten Versorgung weiterhin umstritten war, nutzten viele Krankenkassen zu Erprobungszwecken die neuen Vertragsmöglichkeiten zunächst einmal selektiv und zum Teil regional begrenzt. Um dem politischen Ziel einer flächendeckenden hausarztzentrierten Versorgung dennoch ein Stück näher zu kommen,

wurden mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) die Regeln verbindlicher gemacht: Ab dem 01.04.2007 waren die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, ihren Versicherten spezielle Hausarzttarife anzubieten. Vertragspartner konnten nun neben den Hausärzten oder Gemeinschaften von Hausärzten sowie den Medizinischen Versorgungszentren zusätzlich auch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) sein, wenn die Hausärzte bzw. ihre Zusammenschlüsse dies befürworteten und die KV dazu ermächtigten. Im Gesetz wurden nunmehr bestimmte Teilnahmevoraussetzungen für die Vertragspartner formuliert. An den Bedingungen für die Versicherten sowie an der Ausschreibungspflicht veränderte sich nichts. Neu war aber, dass die Krankenkassen die Wirtschaftlichkeit ihrer HZV-Verträge belegen mussten.

Keine Verbesserungen von Qualität und Wirtschaftlichkeit

Und genau am letzten Punkt scheiterte wiederum die flächendeckende Umsetzung der HZV. Eine erste Zwischenbilanz der Evaluation der Hausarztverträge einiger Ersatzkassen mit KVen in insgesamt fünf Regionen, konnte keine relevanten Verbesserungen der Versorgung feststellen. Auch reichten die wirtschaftlichen Effekte bislang nicht aus, um die Mehrkosten in Form zusätzlicher Vergütungspauschalen für die Hausärzte auszugleichen. Da auch andere Krankenkassen ähnliche Erfahrungen machten, gelang der Nachweis der Wirtschaftlichkeit von HZV-Verträgen vielerorts nicht.

Verbindliche Verträge bis 30.06.2009

Somit holte die Politik zum dritten Paukenschlag aus: Die hausarztzentrierte Versorgung bekam einen populären Platz im Omnibus des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG). Seit 1. Januar 2009 sind die Krankenkassen nun in der Pflicht, mit ärztlichen Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten, verbindliche Verträge über eine besondere hausärztliche Versorgung abzuschließen. Wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen, ist ein Schiedsverfahren einzuleiten. Bis Ende Juni 2009 sollen diese Verträge stehen.

... der Hausärzterverband im Zentrum?

So geht nun das Verhandlungsmandat von den KVen auf die Hausärzterverbände über. Damit wird de facto ein neues Monopol geschaffen – und dies, obwohl mit dem GKV-WSG gerade die hausärztliche Versorgung der Versicherten von der kollektivvertraglichen Organisation in die selektivvertragliche überführt worden war. Untermuert wird diese neue Entwicklung noch durch die Regelung, dass bei Nichteinigung eine unabhängige Schiedsperson von den Vertragsparteien oder der Aufsichtsbehörde zu benennen ist, die dann den Vertragsinhalt und die Vergütung festsetzt. Mit freier Vertragsgestaltung hat dies nichts mehr zu tun. Der für Selektivverträge typische Suchprozess um eine bessere Versorgung, um mehr Wirtschaftlichkeit und Qualität hat damit ein jähes Ende gefunden: in den saftigen Honorarforderungen der Hausärzte. Ein Nutzen für die Versicherten und Patienten in Form einer besseren Versorgung ist leider bislang nicht auszumachen.

Mehrbelastungen für die Versicherten drohen

Für die Ersatzkassen ist klar: Eine besondere hausärztliche Versorgung kann nicht bedeuten, dass die Leistungen wie bisher erbracht, nur besser bezahlt werden. Verträge wie der von der AOK mit dem Bayerischen Hausärzterverband können und dürfen daher keine Verhandlungsgrundlage werden. Im Gegenteil: Berechnungen zeigen, dass eine flächendeckende Umsetzung solcher Konditionen die GKV um bis zu vier Milliarden Euro jährlich zusätzlich belasten würde – und zwar ohne messbaren Zusatznutzen für die Versicherten! Oberste Priorität muss es daher aus Sicht der Ersatzkassen haben, die hausarztzentrierte Versorgung so weiterzuentwickeln, dass deren Qualität für die Versicherten und Patienten maßgeblich verbessert wird.

Ideenwettbewerb eingeläutet

Um eine sinnvolle Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu erreichen, haben sich die Ersatzkassen entschlossen, selbst Initiative zu ergreifen. Parallel zu den Gesprächen mit den potenziellen Vertragspartnern auf Bundes- und Landesebene – also im Wesentlichen den Hausärzterverbänden – haben sie einen Ideenwettbewerb ausgerufen. Ärztenetze und andere Ärzte waren aufgefordert, ihre Konzepte für eine hausarztzentrierte Versorgung einzureichen, bei der der Patient im Mittelpunkt steht. Gleichzeitig



Die Ersatzkassen setzen bei der hausarztzentrierten Versorgung vor allem auf Qualität

wurde das Zentrum für Sozialpolitik an der Universität Bremen beauftragt, ein Konzept zu entwickeln, das vor allem qualitative Anforderungen definiert, die als Basis eines HZV-Vertrags mit den jeweiligen ärztlichen Vertragspartnern genutzt werden sollen. Damit setzen die Ersatzkassen die Anforderungen des Gesetzgebers um, ohne sich komplett von den Forderungen des Hausärzterverbandes abhängig zu machen. Vielmehr sichert dieses Vorgehen Flexibilität und Ideenvielfalt und bietet die Chance zu einer echten Qualitätsverbesserung durch die hausarztzentrierte Versorgung.

Vielversprechende Ansätze eingereicht

Die bisher eingereichten Konzepte und Ideen lassen positive Ansätze zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung erkennen. Einige Ansätze stellen die Verbesserung der Versorgung von speziellen Krankheiten, wie z.B. Diabetes, in den Fokus oder sie sind ausgerichtet auf spezifische Patientengruppen und ihre besonderen Versorgungsbedarfe (z.B. Chroniker). Andere setzen auf eine Qualitätsverbesserung durch eine leitliniengerechte Versorgung und eine verbesserte Koordination der Behandlung bei Fachärzten. Auch die Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung, verbunden mit einer Qualitätssteigerung durch Vermeidung von Unverträglichkeiten, wird angestrebt.

Die Ersatzkassen sehen sich damit bestätigt in ihrem Weg, die Qualität der Versorgung und damit den Mehrwert für die Patienten bei der besonderen hausärztlichen Versorgung in den Mittelpunkt zu stellen. Nur so kann die ursprüngliche Idee einer hausarztzentrierten Versorgung auch tatsächlich in Deutschland etabliert werden.

Rheinland-Pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen zum zweiten Mal verliehen

Erster Platz für Wilfried Scholl aus Kaiserslautern

Im Rahmen eines Festaktes im Mainzer Landtag wurde Ende Januar der „Rheinland-Pfälzische Selbsthilfepreis der Ersatzkassen“ für das Jahr 2008 verliehen. Mit diesem Preis, der 2007 erstmalig vergeben wurde und der mit insgesamt 2.500 Euro dotiert ist, würdigt und fördert der vdek gemeinsam mit der Landesarbeitsgemeinschaft der Selbsthilfekontaktstellen und Selbsthilfeunterstützung in Rheinland-Pfalz (LAG KISS RLP) das herausragende Engagement der Akteure in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe.

Weit mehr als 3.500 Selbsthilfegruppen in Rheinland-Pfalz waren zur Teilnahme am Selbsthilfepreis aufgerufen. Gesucht wurden pfiffige und kreative Ideen und Methoden für die Selbsthilfearbeit an sich, aber auch zur Werbung für die Selbsthilfe in der Gesellschaft.

Die achtköpfige Jury, besetzt mit Vertretern aus dem Gesundheitswesen und der Selbsthilfe, beeindruckte insbesondere das unermüdliche, beispielhafte und kreative Wirken der diesjährigen Preisträger, die durch gelebte Mitmenschlichkeit Kraft geben und Mut machen zum Leben mit Dauererkrankungen und Behinderungen.

Der erste Preis mit einem Preisgeld von 1.000 Euro ging an Wilfried Scholl, Gruppenleiter der Selbsthilfegruppe „Club U40 Pfalz – Junge Parkinsonkranke“, aus Kaiserslautern. Er wurde ausgezeichnet für sein ideenreiches und unermüdliches Wirken, um auf die besondere Situation gerade junger Parkinsonkranke aufmerksam zu machen und diese zu motivieren, trotz der Erkrankung aktiv am Leben teilzunehmen. Beispielsweise bereitet er aktuell ein Foto- und Kunstprojekt mit dem Titel „Jetzt erst recht! – Morbus Parkinson im Alltag junger Menschen“ als Wanderausstellung für Rheinland-Pfalz vor.

Der Freundeskreis Linz/Rhein e.V. Im Blauen Kreuz der evangelischen Kirche erhielt den zweiten Preis (Preisgeld 750 Euro) für seine Idee, im Rahmen eines Wohngemeinschaftsprojektes für Suchtkranke das erste ehrenamtlich aufgebaute, geführte

und betreute Adaptionshaus in Deutschland zu errichten. Hier werden Suchtkranke in der Phase des Übergangs bzw. der Anpassung („Adaption“) zwischen der stationären Suchttherapie und dem sozialen und beruflichen Alltag betreut und zur Integration in ein selbständiges und eigenverantwortliches Leben ohne Alkohol- und Drogenkonsum motiviert.

Ebenfalls der zweite Preis mit 750 Euro Preisgeld ging an Konrad Schmidt, erster Vorsitzender des Vereins der Kehlkopflösen und Kehlkopfoperierten e.V., Pirmasens. Er wurde ausgezeichnet für seine zahlreichen und vielfältigen Aktivitäten zur frühzeitigen Hilfe von Betroffenen sowie zur Aufklärung und Information über dieses spezifische Krankheitsbild. Beispielsweise trägt Schmidt aktiv zur Raucherprävention an Schulen bei und hält Vorträge vor Schwesternschülerinnen und Pflegeschülern.

Helmut Schmidt, Deutsche Parkinson Vereinigung e.V., Regionalgruppenleiter Bad Kreuznach/Rheinaue, reichte ein von ihm entwickeltes Spiel ein, das insbesondere Patienten mit neurologischen Erkrankungen spielerisch aktivieren und ihr Auffassungsvermögen, ihre Merkfähigkeit und ihre Feinmotorik stärken soll. Hierfür wurde ihm eine öffentliche Anerkennung für sein herausragendes Engagement in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe ausgesprochen.

Die Preise wurden durch den vierfachen Paralympics-Sieger Wojtek Czyz verliehen.



Preisträger und Mitwirkende bei der Verleihung des Rheinland-Pfälzischen Selbsthilfepreises der Ersatzkassen für 2008 Foto: Benz

„Sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist sicher“

Interview mit Marina Mann, Leiterin des Referats Ambulante Versorgung in der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz

▼ Frau Mann, was ist das Besondere an der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen?

▲ Der Betreuungs- und Behandlungsbedarf seelisch erkrankter Kinder und Jugendlicher ist höchst unterschiedlich. Im Bedarfsfall benötigen häufig nicht nur die betroffenen Kinder und Jugendlichen professionelle Hilfe. Ganz oft ist es so, dass auch die Familien qualifiziert beraten und betreut werden müssen. Diese Arbeit kann ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie alleine zumeist nicht leisten.

▼ Wie kann hier Abhilfe geschaffen werden?

▲ Die Ersatzkassen haben den Handlungsbedarf bereits vor Jahren erkannt. Um das Versorgungsangebot zu intensivieren und um mehr Kinder und Jugendliche versorgen zu können, haben sie bereits 1994 mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eine spezielle Vereinbarung geschlossen. Danach können Kinder- und Jugendpsychiater qualifizierte Mitarbeiter wie Sozial- oder Heilpädagogen einstellen, die zusammen mit dem Arzt die Therapie, die Beratung und die Betreuung der Familien durchführen.

▼ Diese sogenannte Sozialpsychiatrievereinbarung ist Ende 2008 gekündigt worden. Warum?

▲ Es ging nie darum, dieses spezielle Versorgungsangebot für Kinder und Jugendliche auslaufen zu lassen. Vielmehr hat es die Neuregelung der ärztlichen Vergütung im Jahr 2009 erforderlich gemacht, die Vereinbarung anzupassen. Problematisch war außerdem, dass sich nicht alle Kassenarten in Rheinland-Pfalz gleichermaßen für die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen engagiert haben. Dies hat dazu geführt, dass die Ersatzkassen und andere an der Vereinbarung beteiligten Krankenkassen den Aufbau der Infrastruktur finanziert haben, die dann den Versicherten aller Kassenarten zur Verfügung stand.

▼ Inzwischen hat sich diese Situation geändert. Wie sieht der aktuelle Sachstand aus?

▲ Im ersten Quartal 2009 haben einige Krankenkassen, so auch die Ersatzkassen, die bisherige Vereinbarung weiterhin gegen sich gelten lassen. Paral-

lel hat sich die vdek-Landesvertretung gemeinsam mit dem Gesundheitsministerium dafür stark gemacht, dass die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Rheinland-Pfalz kassenartenübergreifend gesichert ist. Mit dem Erfolg, dass nun alle rheinland-pfälzischen Krankenkassen dem Abschluss einer Sozialpsychiatrievereinbarung zugestimmt haben.

▼ Welchen Inhalt hat die neue Vereinbarung?

▲ Die grundlegenden Regelungen zur speziellen sozialpsychiatrischen Versorgung sind gleich geblieben: Nach wie vor können Kinder und Jugendliche bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres an diesem Versorgungsangebot teilnehmen. Voraussetzung ist, dass sie wegen ihrer seelischen Erkrankung eine intensive medizinische Behandlung benötigen. Sofern es sich um Zusatzleistungen handelt, die nicht mit der psychiatrischen Behandlung innerhalb der Regelversorgung abgegolten sind, erhalten die teilnehmenden Ärzte hierfür bis zu einer bestimmten Fallzahl pro Kassenart eine zusätzliche Pauschale.

▼ Ist diese Vereinbarung zeitlich befristet?

▲ Ja. Sie gilt als Übergangvereinbarung für das zweite Quartal, bis durch eine bundesweite Anschlussvereinbarung die sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen einheitlich geregelt ist. Die gesetzliche Grundlage hierfür soll zum 1. August in Kraft treten, so dass eine bundesweite Regelung im dritten Quartal greifen kann. Ziel ist es, die ambulante kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung langfristig sicherzustellen.

▼ Ist damit eine lückenlose sozialpsychiatrische Versorgung auch über das zweite Quartal hinaus sichergestellt?

▲ Die jungen Versicherten und auch die Kinder- und Jugendpsychiater brauchen Planungssicherheit. Deshalb wird sich die vdek-Landesvertretung auch weiterhin aktiv dafür einsetzen, dass – über alle Kassenarten hinweg – eine lückenlose Versorgung garantiert werden kann, bis die bundesweiten Vorgaben verabschiedet worden sind.

Die Fragen stellte Dr. Tanja Börner.

Neues aus der vdek-Landesvertretung

Neuer Name, neues Design

Zum 01.01.2009 haben sich alle acht Ersatzkassen im „Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)“ zusammengeschlossen. Damit sind die Ersatzkassen im Bund wie in Rheinland-Pfalz die größte Kassenart. Gleichzeitig präsentiert sich der vdek mit einem neuen Erscheinungsbild, das auch der modernisierten Organisationsstruktur des Verbandes Rechnung trägt. Der neue frische Blauton kombiniert mit einem seriösen Silbergrau in der Bildmarke drückt den Dienstleistungs- und Servicecharakter des Verbandes aus. Die neue Bildmarke symbolisiert die acht Mitglieder des Verbandes.

Neue Pressesprecherin

Seit 01.01.2009 ist Dr. Tanja Börner als Leiterin des Referats „Grundsatzfragen, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit“ in der vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz tätig. Zuvor hatte die promovierte Ökonomin über acht Jahre in der Verbandsgeschäftsstelle des vdek in Siegburg gearbeitet.



Dr. Tanja Börner

KURZ NOTIERT

- **Konjunkturprogramm II:** In Rheinland-Pfalz stehen insgesamt 210 Mio. Euro für den Förderschwerpunkt Infrastruktur zur Verfügung. Davon sollen mehr als 80 Mio. Euro für Einrichtungen für behinderte Menschen, für den Krankenhausbau und die Krankenhaussanierung sowie für Krankeneinrichtungen verwandt werden. Damit bietet sich jetzt die Chance, schnell und wirksam gegen den Investitionsstau im Krankenhausbereich vorzugehen.
- **Abrechnungsmanipulationen:** Die vdek-Landesvertretung Rheinland-Pfalz plant, in enger Abstimmung mit der vdek-Landesvertretung Saarland eine kassenartenübergreifende Kooperationsvereinbarung zur Wahrnehmung der Aufgaben bei Bekämpfung von Abrechnungsmanipulationen für Rheinland-Pfalz und das Saarland zu schließen. Neben dem Erfahrungs- und Informationsaustausch geht es dabei insbesondere auch darum, modellhaft die Auswirkungen einer solchen regelhaften Kooperation zu erproben.
- **GKV-Selbsthilfeförderung:** Mit mehr als 800.000 Euro unterstützt die gesetzliche Krankenversicherung in Rheinland-Pfalz in diesem Jahr die Selbsthilfe im Land im Rahmen der pauschalen Förderung. Davon gehen über 280.000 Euro an die Selbsthilfegruppen, rund 218.000 Euro bekommen die Landesorganisationen der Selbsthilfe und weitere rund 307.000 Euro erhalten die Selbsthilfekontaktstellen. Die GKV erweist sich damit einmal mehr als verlässlicher Partner der Selbsthilfe.
- **Organspenden:** Die Region Mitte – Hessen, Rheinland-Pfalz und das Saarland – bildet das Schlusslicht bei der Anzahl der Organspender pro Region und Bundesland. Das geht aus dem Jahresbericht 2008 der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) hervor. Während in Deutschland durchschnittlich pro eine Million Einwohner 14,6 Organspender zu verzeichnen waren, lag die Organspenderate in 2008 in der Region Mitte lediglich bei 10,8 Organspendern pro eine Million Einwohner.

BITTE VORMERKEN

Am 07.07.2009 ab 10.00 Uhr findet das diesjährige Ersatzkassenforum gemeinsam mit der vdek-Landesvertretung Saarland in der „alten Patrone“ in Mainz statt. Zum Thema „Qualität und Transparenz in der Pflege“ werden die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, der Wissenschaftliche Geschäftsführer des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld, Dr. Klaus Wingenfeld, sowie der Vorstandsvorsitzende des vdek, Thomas Ballast, referieren. Ministerin Malu Dreyer wird ein Grußwort sprechen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Rheinland-Pfalz des vdek
Göttelmannstr. 17 · 55130 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 9 82 55-0
Telefax: 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail: LV-Rheinland-Pfalz@vdek.com
Redaktion: Dr. Tanja Börner
Verantwortlich: Armin Lang