

report rheinland-pfalz

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Jan. 2008

ersatzkassen

Bundesgesundheitsministerin gibt Startschuss für Erprobung von Pflegestützpunkten

Modellprojekt in Ingelheim unter Federführung der Ersatzkassen

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt hat den Ersatzkassen den Auftrag erteilt, in Ingelheim am Rhein ein Modell zur Erprobung von Pflegestützpunkten mit integrierter Pflegebegleitung zu starten. Ausschlaggebend für diese Entscheidung war insbesondere die Tatsache, dass Rheinland-Pfalz mit einem landesweiten Netz an Beratungs- und Koordinierungsstellen bereits ideale Voraussetzungen für den Aufbau von Pflegestützpunkten bietet.

Als Partner für das Modellprojekt hat das rheinland-pfälzische Sozialministerium die Beratungs- und Koordinierungsstelle (BEKO-Stelle) Ingelheim vorgeschlagen. Der Kreis der Modellpartner wird nun Zug um Zug erweitert. Ziel ist, dass die unterschiedlichen Kostenträger – Pflege- und Krankenversicherung, Kommune und Sozialhilfeträger – die Organisation ihrer Hilfen und die individuelle Begleitung von Pflegebedürftigen unter einem Dach anbieten.

In dieser Ausgabe:

- Neues Versorgungsangebot für Kinder mit ADHS
- Prävention (k)eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe?
- Kassenartenübergreifende Selbsthilfeförderung ab 01.01.2008

Innerhalb des in Ingelheim geplanten Pflegestützpunktes soll ein Beratungs- und Hilfenetzwerk realisiert werden, das bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit offene Fragen von Betroffenen und ihren Angehörigen klärt, bei der Suche nach einem Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung hilft und

auf Wunsch ein individuelles Versorgungsarrangement zusammenstellt. Ziel ist, die Versorgung multimorbider und pflegebedürftiger Menschen so zu verbessern, dass sie möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können. Darüber hinaus sollen die Selbsthilfekräfte des Kranken bzw. Pflegebedürftigen und seiner pflegenden Angehörigen aktiviert und stabilisiert werden.

Mit der steigenden Zahl hochaltriger Menschen in unserer Gesellschaft steigt das Risiko von Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit. Parallel dazu nehmen die „Selbsthilfekräfte“ der betroffenen Familien ab: Ehepartner, aber auch Kinder sind häufig selbst schon im fortgeschrittenen Alter und körperlich nicht (mehr) in der Lage, Pflege- und Versorgungsleistungen zu erbringen. Ebenso hindern Berufstätigkeit und eigene familiäre oder sonstige Anforderungen Töchter, Söhne oder Enkelkinder an der (pflegerischen) Versorgung ihrer Eltern bzw. Großeltern.

Mit der Errichtung des Pflegestützpunktes wird eine individuelle Pflegebegleitung etabliert, die die zielgerichtete Unterstützung des einzelnen Pflegebedürftigen

sicherstellen und gegebenenfalls für eine Anpassung des Versorgungsarrangements an veränderte Bedarfe sorgen soll.

Für die Realisierung eines integrierten Beratungs- und Versorgungskonzeptes spricht, dass Angehörige von kranken oder pflegebedürftigen Menschen über unzureichende Hilfe beim Aufbau eines individuell ausgerichteten Pflegearrangements klagen. Gesundheits-, Pflege- und Sozialsystem bieten ihnen eine Vielzahl von Hilfen. Diese Hilfen agieren jedoch in der Regel unverbunden neben- bzw. nacheinander. Sie ergänzen sich häufig nicht, sondern beeinträchtigen eher einander. Über-, Unter- und Fehlversorgung von multimorbiden und pflegebedürftigen Menschen sind die (vermeidbaren) Folgen hiervon.

Als Federführer des Modellvorhabens in Ingelheim wollen die Ersatzkassen darauf hinwirken, dass Kostenträger und Leistungsanbieter im Gesundheits- und Pflegewesen ihre Kompetenzen bündeln und sich auf eine faire Partnerschaft im Interesse von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen verständigen. Bereits vorhandene Strukturen sollen dazu genutzt werden.

DER KOMMENTAR

In Deutschland steigt die Zahl der älter werdenden Menschen. Die höchsten Zuwächse verzeichnen wir derzeit in der Gruppe der über 80-Jährigen. Diese Altersgruppe zählt aus Sicht der Kranken- und Pflegekassen zu den „treuesten“ Mitgliedern. In der Regel haben diese Menschen ihr (Arbeits-)Leben lang Beiträge an die Kranken- und Pflegeversicherung entrichtet und damit Solidarität praktiziert. Ungeachtet der gesetzlichen Leistungsansprüche gebietet es die gegenseitige Solidarität, diesen Senioren und Seniorinnen im Falle von Multimorbidität und/oder Pflegebedürftigkeit eine „optimierte“ Versorgung anzubieten.

Damit sind nicht besondere „Zuwendungen“ oder gar Leistungsausweitungen gemeint, sondern ein qualifiziertes, bedarfsorientiertes, individuelles Versorgungsmanagement, das den spezifischen Krankheits-, Pflege- und Versorgungsbedürfnissen des Einzelnen gerecht wird.

Aufgrund ihrer potenziellen Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit ist insbesondere die Gruppe der Hochaltrigen prädestiniert für Über-, Unter- und Fehlversorgung: Häufig sind sie zu oft, zu früh oder zu lange im Krankenhaus und Dauerkunden bei Haus- und/oder Fachärzten. Sie haben einen hohen Medikamentenverbrauch und einen vielfältigen Leistungsbedarf bei Heil- und Hilfsmittelerbringern sowie Pflegediensten. All dies geschieht in der Regel unsystematisch und unkoordiniert – mit (vermeidbarem) Mehraufwand. Durch die individuelle Beratung und Hilfestellung eines Pflegeberaters kann die Versorgungsqualität und -kontinuität der Betroffenen verbessert und die Wirtschaftlichkeit der Gesamtversorgung leichter sichergestellt werden.

Die Pflegereform bietet die Chance zu Investitionen, die nicht nur mehr Lebensqualität für Kranke und Pflegebedürftige sondern auch weniger Leistungsverwundung bewirken können. Diese Chance müssen wir nutzen.



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

Integrierte Versorgung „Aktiv mit allen Sinnen“

Neues Behandlungsangebot für Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung

„Aktiv mit allen Sinnen“ heißt ein neues integriertes Versorgungskonzept zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS), das von den Ersatzkassen BARMER, DAK, TK, KKH, HMK, GEK, und HZK gemeinsam mit der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung, der Gemeinschaft der Kinder- und Jugendärzte Rheinland-Pfalz und der Gemeinschaft der zugelassenen Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten entwickelt wurde.

Das Behandlungsprogramm richtet sich an Ersatzkassenversicherte unter 18 Jahren, die länger als ein halbes Jahr und in mehr als einem sozialen Bezugssystem (z.B. Familie, Kindergarten, Schule) an den typischen Symptomen einer AD(H)S leiden. Die Ausprägung der spezifischen Symptome (z.B. auffällige Vergesslichkeit bei Alltagstätigkeiten, Schwierigkeiten, ruhig zu spielen oder sich mit Freizeitaktivitäten ruhig zu beschäftigen) muss dabei über das hinausgehen, was durch Alter und Entwicklungsstand erklärbar wäre.

STICHWORT AD(H)S:

Kinder und Jugendliche mit ADHS sind häufig un aufmerksam, unruhig, impulsiv und haben einen erhöhten Bewegungsdrang. Es gibt Fälle, bei denen lediglich die Aufmerksamkeitschwäche auffällig ist und keine Anzeichen für eine auffällige motorische Unruhe (Hyperaktivität) oder allzu große Impulsivität besteht. In diesen Fällen spricht man von einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung (ADS). Das Krankheitsbild AD(H)S führt häufig zu bedeutsamen Beeinträchtigungen beim Zusammenleben der Familie oder im Umgang des Betroffenen mit Gleichaltrigen in Kindergarten und Schule. Deshalb zielt das neue Versorgungsangebot darauf ab, Betroffenen eine frühzeitig einsetzende Behandlung anzubieten, sie schnellstmöglich zu stabilisieren und die Integration in ihr soziales Umfeld, wie Familie, Kindergarten oder Schule, (wieder) sicherzustellen.

Kinder und Jugendliche, die an AD(H)S leiden, brauchen eine individuell ausgerichtete und fachübergreifend abgestimmte Versorgung durch ein multiprofessionelles Team. Kern des neuen Versorgungsangebotes bildet deshalb die medizinische und therapeutische Versorgung in regionalen Netzwerken aus Kinder- und Jugendärzten, Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugend-

psychotherapeuten. Fallspezifisch kann dieses Behandlungsteam erweitert werden, z.B. durch Ergotherapeuten, Logopäden oder Vertreter sozialer und pädagogischer Beratungsstellen.

Name und Anschrift der in den verschiedenen regionalen Netzwerken aktiven Leistungserbringer erhalten interessierte Versicherte auf Nachfrage bei ihrer Ersatzkasse. Für weitergehende Information und zur diagnostischen Abklärung, ob eine AD(H)S überhaupt vorliegt, kann sich der Patient dann an ein Netzwerkmitglied seiner Wahl wenden. Bestätigt dieses den Krankheitsverdacht wird der Patient – sofern er es wünscht – in das neue Behandlungsprogramm aufgenommen. Die Behandlungsdauer beträgt in der Regel 24 Monate, bei Bedarf ist eine Verlängerung möglich. Die Programmteilnahme ist freiwillig und kann jeder Zeit von Seiten des Patienten abgebrochen werden.

Der Arzt/Psychotherapeut, der die Programmeinschreibung durchführt, ist während der gesamten Behandlungsdauer fester Ansprechpartner des Patienten und aller an der Behandlung beteiligten Partner. Er leitet, koordiniert und überwacht die Behandlung des Patienten. Unter seiner Federführung stellen die Netzwerkpartner den Gesamtbehandlungsplan auf und legen – in enger Abstimmung mit dem Patienten und dessen engen Bezugspersonen – die Behandlungsziele fest. Zu den Behandlungsmaßnahmen zählen in der Regel pädiatrische, psychiatrische, sowie psychotherapeutische und psychoedukative Maßnahmen, gegebenenfalls auch eine medikamentöse Therapie.

Für eine erfolgreiche Behandlung der jungen Patienten ist es dringend erforderlich, die Eltern und gegebenenfalls weitere Bezugspersonen aktiv einzubeziehen und zu unterstützen. Die Bezugspersonen erhalten deshalb die Möglichkeit, an einem speziellen Training teilzunehmen, um sich umfassend über AD(H)S zu informieren und unter Anleitung von Experten Strategien für den alltäglichen Umgang mit dem erkrankten Kind oder Jugendlichen zu erarbeiten und einzuüben.

ANSPRECHPARTNER IN:

Janine Poth-Schwindling, VdAK/AEV
Tel.: 06 81/ 9 26 71-26

Ersatzkassen fördern sozialmedizinische Nachsorge von schwerstkranken Kindern

Vertrag mit der Villa Kunterbunt am Trierer Krankenhaus Mutterhaus der Borromäerinnen

Bei chronisch kranken und schwerstkranken Kindern ist die häusliche Versorgungssituation nach der Entlassung aus einem Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung oft sehr schwierig. Eltern und Betreuungspersonen fühlen sich in dieser Situation überfordert. Hilfe zur Selbsthilfe kann in diesen Fällen die sog. sozialmedizinische Nachsorge bieten.



Schwer kranke Kinder und ihre Familien brauchen eine spezielle Unterstützung.

Um betroffene Kinder und ihre Familien beim Übergang von der stationären Versorgung nach Hause zu unterstützen haben die Ersatzkassenverbände und die Landesverbände der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz mit dem Verein Villa Kunterbunt an der Krankenanstalt Mutterhaus der Borromäerinnen in Trier

einen Vertrag über die Erbringung und Förderung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen abgeschlossen. Diese umfassen beispielsweise die Vermittlung von Kontakten zu weiterbehandelnden Vertragsärzten und sonstigen Leistungserbringern oder die Koordinierung der ambulanten ärztlichen, medizinisch-therapeutischen, medizinisch-technischen und pflegerischen Versorgung des Kindes. Darüber hinaus zielt das neue Versorgungsangebot darauf ab, das schwer erkrankte Kind und seine Familie bei der Bewältigung alltagsbezogener Anforderungen und krankheitsbezogener Versorgungsaufgaben zu motivieren und zu unterstützen.

Zum Team der Villa Kunterbunt gehören eine Kinderärztin, Psychologinnen, Kinderkrankenschwestern und Pädagogen. Sie erbringen ihre Leistungen sowohl in der Villa Kunterbunt als auch aufsuchend, z.B. im Elternhaus der jungen Patienten.

Ein wichtiges Ziel der sozialmedizinischen Nachsorge ist, die ambulante ärztliche Versorgung des erkrankten Kindes soweit zu sichern, dass weitere stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.

Auszeichnung für die Qualitätssiegel Geriatrische und Neurologische Rehabilitation



Der Ende letzten Jahres verliehene rheinland-pfälzische Innovationspreis sozialAKTIV 2007 war innovativen Produkten und Dienstleistungen in der Gesundheitswirtschaft gewidmet. Im Rahmen der Preisverleihung erhielten die

Anerkennungsurkunde der rheinland-pfälzischen Landesregierung

beiden Qualitätssiegel Geriatrische und Neurologische Rehabilitation eine Anerkennung. Die Qualitätssiegel dienen der Zertifizierung und Akkreditierung geriatrischer und neurologischer Rehabilitationseinrichtungen. Die Träger der Siegel bringen zum Ausdruck, dass sie eine an definierten Qualitätsstandards orientierte rehabilitative Versorgung geriatrischer bzw. neurologischer Patienten gewährleisten. Zu den Initiatoren des Qualitätssiegels zählen neben den Ersatzkassen, die AOK Rheinland-Pfalz, die BKK-IKK-LKK Arbeitsgemeinschaft, der MDK Rheinland-Pfalz und Rehabilitationseinrichtungen in Rheinland-Pfalz.

Prävention (k)eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe?

Kommt das Präventionsgesetz oder kommt es nicht? Die Frage bleibt spannend, denn auch nach Vorlage des Referentenentwurfs gibt es Stimmen, die das Gesetzesvorhaben in dieser Legislaturperiode als gescheitert betrachten.

Die Eckpunkte, die die Ministerin im September vorgestellt hatte, waren beim Koalitionspartner auf herbe Kritik gestoßen. Hauptstreitpunkt war die Frage nach der Organisation und Finanzierung von Prävention. Die von der SPD favorisierte nationale Stiftung, die verbindliche Präventionsziele und Qualitätsstandards festlegt, geeignete Projekte auswählt und bundesweite Modellvorhaben und Aufklärungskampagnen realisieren sollte, wurde von der Union als undurchsichtig und bürokratisch abgelehnt.

Neuer Wein in alten Schläuchen

Statt einer Präventionsstiftung wird im Referentenentwurf ein nationaler Präventionsrat vorgeschlagen. Die neue Begrifflichkeit kann nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Bundesgesundheitsministerin am Aufbau neuer bürokratischer Strukturen festhält. Hier wäre es ratsam, zu überprüfen, inwiefern etablierte Institutionen und Strukturen zur Realisierung der unbestreitbar positiven Gesetzesziele genutzt werden können. Die Aufgaben eines nationalen Präventionsrates sollten sich demgegenüber auf die Entwicklung von Gesundheitszielen, die Qualitätssicherung und die Koordination von Präventionsmaßnahmen konzentrieren. Zur Weiterentwicklung der Präventionsarbeit ist es dringend erforderlich, Qualitätsstandards sowie Verfahren der Qualitätssicherung und Evaluation trägerübergreifend zu vereinbaren und umzusetzen.

Gesamtgesellschaftliche Aufgaben gemeinsam lösen

Das mit dem Referentenentwurf verfolgte Ziel, Präventionsleistungen insbesondere in sog. Lebenswelten (z.B. Kindergarten, Schule) auszubauen und dabei vor allem die Gruppe der sozial Benachteiligten zu berücksichtigen, ist unterstützenswert. Der Weg, über den dieses Ziel erreicht werden soll, ist hingegen fragwürdig. Statt ein gesamtgesellschaftliches Vorgehen zu initiieren, nimmt der Referentenentwurf ausschließlich die Sozialversicherungen in den Blick. Notwendig ist aber, dass all diejenigen, die auf dem Feld der Prävention Verantwortung tragen, ihre Aktivitäten an gemeinsamen Zielen und Qualitätsstandards ausrichten,

sie untereinander koordinieren und ausweiten. Zu den Verantwortlichen zählen dabei nicht nur die Sozialversicherungsträger, sondern auch die Gebietskörperschaften auf allen föderalen Ebenen, die Träger der für die Prävention wichtigen Lebenswelten (z.B. Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen) und die private Kranken- und Pflegeversicherung.

Gemeinsam entscheiden und finanzieren

Zur Finanzierung von Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Prävention in Lebenswelten sollen die Sozialversicherungsträger – mit Ausnahme der Arbeitslosenversicherung – pro Versicherten einen gesetzlich festgelegten Betrag aufbringen. Diese einseitige Zuweisung von Finanzierungsverantwortung wird der gesamtgesellschaftlichen Dimension von Gesundheitsförderung und Prävention nicht gerecht. Neben der Einbeziehung der Träger der Arbeitsförderung muss eine verbindliche Verantwortlichkeit und Festlegung von finanziellen Beiträgen des Bundes und der Länder zur Prävention erfolgen. Es ist positiv, dass laut Referentenentwurf auch die Unternehmen der privaten Krankenversicherung (PKV) mit einer Sonderabgabe ihren Beitrag zur Prävention leisten sollen. Gerecht wäre, den Finanzierungsbeitrag der PKV – ähnlich wie bei den Sozialversicherungsträgern – exakt zu quantifizieren und auch die private Pflegeversicherung in die Pflicht zu nehmen.

Vorhandene Strukturen zum Vorbild nehmen

Derzeit unterstützen die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) in Rheinland-Pfalz gemeinsam mit dem Land zwei lebensweltbezogene Präventionsprojekte in Trier und Mainz. An dem Projekt „Regionaler Knoten – Kindergesundheit Rheinland-Pfalz“ beteiligen sich neben GKV und Land weitere Partner aus dem Sozial- und Gesundheitswesen. Allen Projekten ist gemein, dass sich neben den genannten Finanziers Institutionen, Vereine und Organisationen vor Ort gemeinsam dafür einsetzen, die gesundheitlichen Chancen von Menschen in sozialen Brennpunkten zu verbessern. Und genau dieses Zusammenspiel – das zeigen aktuelle Untersuchungen – ist eine notwendige Bedingung, um Präventionsprojekte zum Erfolg zu führen. Es wäre wünschenswert, wenn die Bundesgesundheitsministerin noch einmal einen Blick auf die Präventionsarbeit in den Ländern wirft, bevor der Kabinettsentwurf formuliert wird. Dabei wird sie bewährte Strukturen vorfinden und feststellen, dass die geplanten Präventionsräte Land entbehrlich sind.

Feldtest in der eGK-Testregion Trier gestartet

Unter Beteiligung der Ersatzkassen BARMER, DAK, TK, KKH und GEK starteten im Herbst vergangenen Jahres in Trier der Feldtest zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK). Trier zählt zu den sieben Regionen, in denen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte erprobt wird.

Im Vergleich zu anderen Testregionen wird in Trier die Teilnahmebereitschaft von Versicherten und Leistungserbringern als sehr positiv beschrieben. Die Verantwortlichen gehen davon aus, dass sich bis zu 10.000 Versicherte an dem Feldversuch beteiligen werden. Auf Seite der Leistungserbringer engagieren sich zwei Krankenhäuser, 25 Ärzte und 15 Apotheken.

Zu den einzelnen Testbausteinen zählen das Einlesen der Versichertendaten in Praxis und Krankenhaus, die Ausstellung elektronischer Rezepte und die Speicherung von Notfalldaten (z. B. Arzneimittelunverträglichkeiten).

Die Testergebnisse sollen dazu dienen, etwaige Schwachstellen aufzudecken und zu beheben, damit die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte möglichst reibungslos erfolgt.

Zu einem späteren Zeitpunkt wird die eGK um weitere sog. freiwillige Anwendungen ergänzt werden. Hierzu zählt beispielsweise die elektronische Patientenakte, in die insbesondere Diagnosen, Röntgenbilder oder Untersuchungsergebnisse aufgenommen werden können.

Selbsthilfeförderung wird ab 01.01.2008 neu geregelt

Im Zuge der Gesundheitsreform wird die Selbsthilfeförderung durch die gesetzlichen Krankenkassen neu geregelt: Ab dem 01. Januar 2008 verausgaben die Krankenkassen zur Selbsthilfeförderung einen gesetzlich festgelegten Betrag. Bezogen auf das Referenzjahr 2006 werden die Ausgaben auf 0,55 Euro je Versicherten festgesetzt. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

Darüber hinaus hat der Gesetzgeber zwei separate Förderstränge beschlossen: die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung und die krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung. Mindestens 50 Prozent der jährlichen Fördermittel sind für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung bereit zu stellen. Die übrigen maximal 50 Prozent der Fördermittel verbleiben den einzelnen Krankenkassen für die krankenkassenindividuelle Selbsthilfeförderung.

Die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung wird von den Krankenkassen und ihren Verbänden auf allen drei Förderebenen (Bundesebene, Landesebene und örtliche Ebene) durchgeführt und berücksichtigt dabei Selbsthilfeorganisationen auf Bundes- und Landesebene, Selbsthilfekontaktstellen sowie regionale Selbsthilfegruppen.

Mit Blick auf das Verfahren zur kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung in Rheinland-Pfalz haben sich die Krankenkassenverbände darauf verständigt, das sog. Ein-Ansprechpartner-Modell zu realisieren. Das heißt, die Krankenkassenverbände bestimmen jährlich aus ihrer Mitte heraus einen Ansprechpartner, an den die Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen und -gruppen in Rheinland-Pfalz ihre Anträge auf Pauschalförderung richten können. Im Jahr 2008 fungiert die VdAK/AEV Landesvertretung als Ansprechpartner für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung.

Die Frist für die Antragstellung 2008 endet am 31. März 2008, damit soll gewährleistet werden, dass der Selbsthilfe in der Anlaufzeit der Neuregelung keine Nachteile entstehen. Es liegen Formulare vor, auf denen Selbsthilfekontaktstellen, Selbsthilfeorganisationen und regionale Selbsthilfegruppen eine Förderung für das Jahr 2008 beantragen können.

ANSPRECHPARTNER IN

Heike Stammer
VdAK/AEV LV Rheinland-Pfalz
Tel.: 0 61 31/9 82 55 37
FAX: 0 61 31/83 20 15
E-Mail: Heike.Stammer@vdak-aev.de

6. Schengener Forum der Vereinigung der interregionalen Presse

Journalisten diskutierten mit Gesundheitsexperten

Die Zukunft des Gesundheitswesens stand im Mittelpunkt des 6. Schengener Forums der Vereinigung der interregionalen Presse (IPI) in Trier, an dem rund 100 Journalisten und Gesundheitsexperten teilnahmen.

Auf die Frage, ist Gesundheit noch finanzierbar, erläuterte Armin Lang, Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Rheinland-Pfalz, das deutsche Gesundheitswesen habe kein Ausgaben- sondern ein Einnahmeproblem. Der Abbau sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze, die Zunahme geringfügiger Beschäftigungsverhältnisse, eine sinkende Lohnquote, aber auch politisch veranlasste Verschiebepunkte zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hätten die Einnahmeseite negativ beeinflusst. Eine Verbreiterung der Einnahmeseite, z.B. durch das Heranziehen weiterer Einkunftsarten, sei daher dringend geboten. Lang betonte, die GKV gewährleiste als Teil der sozialen Sicherungssysteme persönliche Absicherung, was Voraussetzung für Flexibilität, Mobilität und Konsumentenscheidung der Arbeitnehmer sei.

Der kaufmännische Direktor des Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Trier, Andreas Latz, forderte statt einer isolierten Diskussion der Kostenfrage stärker die Prozess- und Ergebnisqualität medizinischer Leistungen in den Blickpunkt zu rücken. Der FDP-Europapolitiker Dr. Jorgo Chatzimarkakis vertrat die Ansicht im Gesundheitswesen habe der Trend zur Liberalisierung begonnen. Gefordert sei der mündige Patient, der sich selbst durch das System lotet. Die Politik

müsse dafür Sorge tragen, dass der Patient, Zugang zu den Informationen erhält, die er braucht, um die Lotsenfunktion erfolgreich ausüben zu können.

Rainer Thimmel, Gesundheitsexperte der Arbeitskammer des Saarlandes mahnte angesichts der demographischen Entwicklung und einer steigenden Zahl chronisch Kranker müsse der Bereich der gesundheitlichen Prävention endlich zu einer eigenständigen Säule im Gesundheitswesen ausgebaut werden.

Wortbeiträge von Journalisten und Gesundheitsexperten aus den Nachbarländern Frankreich, Luxemburg und Belgien machten deutlich, dass das deutsche Gesundheitswesen besser ist als sein Ruf. So erläuterte der Vorsitzende der Luxemburger Patientenvertretung, dass Deutschland über deutlich bessere medizinische Standards verfüge als Luxemburg. Aus diesem Grund kaufe man sich ärztliche Spezialisten aus Deutschland ein.

Die kaufmännische Direktorin der grenznahen Winterberg-Kliniken in Saarbrücken, Dr. Susann Breßlein, wünschte, dass endlich auch in punkto Gesundheitsversorgung die Ländergrenzen fallen. Sie berichtete von Fällen, in denen Angehörige schwer kranke Herzpatienten aus Lothringen nach Saarbrücken bringen und dort den Notarzt rufen, damit die Patienten in den Winterberg-Kliniken behandelt werden können. Die grenzüberschreitende Notfallversorgung sei mittlerweile gut geregelt. Ansonsten stehe die grenzüberschreitende medizinische Zusammenarbeit noch vor großen bürokratischen Hürden.

GLOSSE

Der Ärztemangel ist im Osten Deutschlands bereits Realität und im Westen steht er vor der Tür, klagen diverse Ärzteverbände und fordern die Politik zum Handeln auf. Die Klagen stießen bei Gesundheitsministerin Dreyer auf offene Ohren. Gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz, der Landesärztekammer und dem hiesigen Hausärzteverband entwickelte sie einen breit angelegten Masterplan. Der soll die Niederlassungsbereitschaft der Mediziner fördern und bei Abiturienten und Studenten das Interesse am (Haus-)Arztberuf wecken. Noch bis vor wenigen Wochen hatten Ärzteverbände alles daran gesetzt, den potenziellen Nachwuchs von der Wahl des Arztberufs abzuhalten. Von unmenschlichen Arbeitszeiten, mieser Bezahlung, viel Schreibtischarbeit und wenig Zeit für den Patienten war landauf, landab zu lesen und zu hören. Wenn wundert es, dass angesichts solcher Meldungen frisch gebackene Mediziner lieber das Weite suchten als einen Job in einer deutschen Klinik oder Praxis. Verständlich auch, dass mancher Abiturient, der als junger Gymnasiast noch von einer Karriere in weiß geträumt hatte, statt Kittel Anzug oder Robe wählte. Diejenigen, die sich das Medizinstudium nicht verleiden ließen, sehen sich nun in ihrer Berufswahl bestätigt. Sie werden von Ärzteschaft und Politik mit einem Masterplan umgarnt und finden ein auswahlfähiges Stellenangebot vor, von dem andere Akademiker nur träumen können. Was lernen wir daraus: Den Mutigen gehört die Berufswelt.

KURZ GEMELDET

■ Rheinland-pfälzischer Selbsthilfepreis der Ersatzkassen 2008

Die Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz stiften auch im Jahr 2008 einen mit 2.500 Euro dotierten Selbsthilfepreis. Die Selbsthilfeorganisationen und -gruppen im Land werden rechtzeitig über die Teilnahmebedingungen und die Bewerbungsfrist informiert werden. Im Jahr 2007 zeichneten die Ersatzkassen den Kreuzbund Daun e.V. aus, eine Selbsthilfe- und Hilfsgemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige, die in ihrer Arbeit vor allem Jugendliche im Blick hat. Der zweite Preis ging an den Förderverein gemeindenaher Psychiatrie im Kreis Neuwied e.V.. Dieser Verein arbeitet mit und für seelisch kranke Menschen und ist Ansprechpartner für ihre Angehörigen.

■ Ersatzkassen behaupteten in 2007 Position als stärkste Krankenkassenart in Rheinland-Pfalz

Mit einem Marktanteil von rd. 36 Prozent behaupteten die Ersatzkassen im Jahr 2007 ihre Position als mitgliederstärkste Krankenkassenart in Rheinland-Pfalz. Die Mitgliederzahl konnte im Vergleich zum Jahr 2006 gesteigert werden. Zum Stichtag 01.07.2007 waren rund 867.000 Menschen in Rheinland-Pfalz Mitglied einer Ersatzkasse, deren mitversicherte Familienangehörige hinzugerechnet, zählten die Ersatzkassen rund 1,22 Millionen Versicherte. Die positive Entwicklung spricht für die Leistungsqualität und Kundenorientierung der Ersatzkassen.

■ Ersatzkassen beteiligen sich an HIV/AIDS-Vereinbarung in Rheinland-Pfalz

2006 verzeichnete das Robert Koch Institut deutschlandweit 2.600 HIV-Neuinfektionen, so viele wie noch nie seit Beginn der Erfassung im Jahr 1993. Auch wenn Rheinland-Pfalz die niedrigste Inzidenzrate aller Bundesländer hat, erfordert die Situation einerseits eine Verstärkung der Präventionsmaßnahmen, andererseits muss den Infizierten eine adäquate Betreuung durch qualifizierte Ärzte geboten werden. Letzterem trägt die sog. HIV/AIDS-Vereinbarung Rechnung, die zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung und den Krankenkassenverbänden in Rheinland-Pfalz geschlossen wurde. Ziel ist, die Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Erkrankter in den unterschiedlichen Stadien der Infektion qualitativ und strukturell zu verbessern. Neben einer umfassenden medizinischen Behandlung wird auch die psychosoziale Betreuung der Betroffenen sichergestellt.

■ Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs wird GKV-Leistung

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat beschlossen, dass die standardisierte Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen für Versicherte ab dem 35. Lebensjahr im Zwei-Jahres-Rhythmus übernommen wird. Die Untersuchung kann nach entsprechender Fortbildung von Hautärzten und hausärztlich tätigen Fachärzten für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktischen Ärzten durchgeführt werden. Besteht ein Verdacht auf Hautkrebs, wird dieser immer durch einen Hautarzt abgeklärt, zunächst durch die visuelle Untersuchung und gegebenenfalls durch eine Gewebeentnahme. Der Beschluss des G-BA wurde dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vorgelegt und tritt nach erfolgter Nichtbeanstandung und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Viel Glück im Neuen Jahr

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

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: Sabine Schreiner