

report thüringen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

März 2010

ersatzkassen

Die neue politische Wertigkeit eines (un)gewollten Gesundheitssystems

Das Gesundheitswesen wird auch 2010 Reformbaustelle bleiben. Soviel steht fest.

Die im Koalitionsvertrag enthaltenen Absichten sollen danach in kurz-, mittel- und langfristigen Vorhaben sukzessive umgesetzt werden. Die kurzfristigen Maßnahmen liegen als Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vor. Mittelfristig sollen Neuregelungen die Bereiche private Krankenversicherung, Arzneimittel und die Gesundheitswirtschaft betreffend in Kraft treten. Langfristig angelegt, aber dennoch als dringende aller Vorhaben fest verankert, bleibt die Finanzierungsreform.

Ebenso gilt es, gerade in wirtschaftlich noch immer krisenungezeichneten Zeiten Kräfte, Erfahrungen und Kompetenzen zu bündeln. Rund 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte erwarten auch in Zukunft eine hochwertige Versorgung zu effizienten Bedingungen, bezahlbaren Preisen und gerechten Beiträgen.

In dieser Ausgabe:

- Reformbaustelle Gesundheitswesen
- Pflegenoten in Kritik
- Landesbasisfallwert vereinbart
- Neue Wege bei psychiatrischen Erkrankungen
- Gemeinsame Fachtagung

Die ersten Erhebungen des gesetzlich vorgeschriebenen kassenindividuellen Zusatzbeitrages lösten zu Unrecht einen empörten Schrei verantwortlicher Politiker aus. Denn diese Krankenkassen reagierten mit der Erhebung des Zusatzbeitrages konsequent auf Recht und Gesetz.

Hintergrund:

Die Finanzausstattung des Gesundheitsfonds war von Anfang an nicht kostendeckend. Die Krankenkassen haben diese Unterdeckung lediglich

durch Rücklagen kompensieren können. Die Auswirkungen des Gesundheitsfonds und des Morbi-RSA auf einzelne Krankenkassen sind sehr unterschiedlich. Der Finanzdruck und damit auch die Frage nach dem Zeitpunkt und der Höhe eines Zusatzbeitrages verteilen sich damit ungleich. Verwunderlich bleibt es allerdings, warum sich gerade Politiker über die Erhebung eines Zusatzbeitrages derart echauffieren.

Schließlich waren sie es, welche das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verabschiedeten – mit aller Konsequenz! Gelöst wird das Finanzproblem mit ihren irritierenden Aufforderungen nicht! Was bleibt ist ein bitterer Beigeschmack auf die Verlässlichkeit politischer Entscheidungen und eine finanzielle Lücke in der GKV – auch im Jahr 2010!

Es muss deshalb davon ausgegangen werden, dass weitere Erhebungen von Zusatzbeiträgen aufgrund finanzieller Notwendigkeit folgen müssen.

Auch die von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler vom Einkommen unabhängig geplante Beitragspauschale, welche er nach eigenen Angaben «mit kleinen Schritten» beginnen will, wird nicht zur erhofften finanziellen Stabilität in der GKV beitragen. Am Ende wird

GESUNDHEITSPOLITISCHES NEUJAHRS- SPRÄCH DER VDEK-LANDESVERTRETUNG



Die Teilnehmer des gesundheitspolitischen Neujahrsgesprächs verfolgen nicht nur sehr aufmerksam die Referate und Grußworte. In der sich anschließenden Diskussion diskutieren sie teilweise sehr umfangreich die Entwicklungsmöglichkeiten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Foto: Kerstin Keding

es einen neuen „Finanzierungsumverteilungsmechanismus“ geben. Die favorisierte Kopfpauschale ist nicht nur sozial ungerecht. Sie wird auch den hoch defizitären Staatshaushalt überfordern, erhöht darüber hinaus den Verwaltungsaufwand bei Krankenkassen und Arbeitgebern und kann Geschäftsinteressen der privaten Krankenversicherung verletzen.

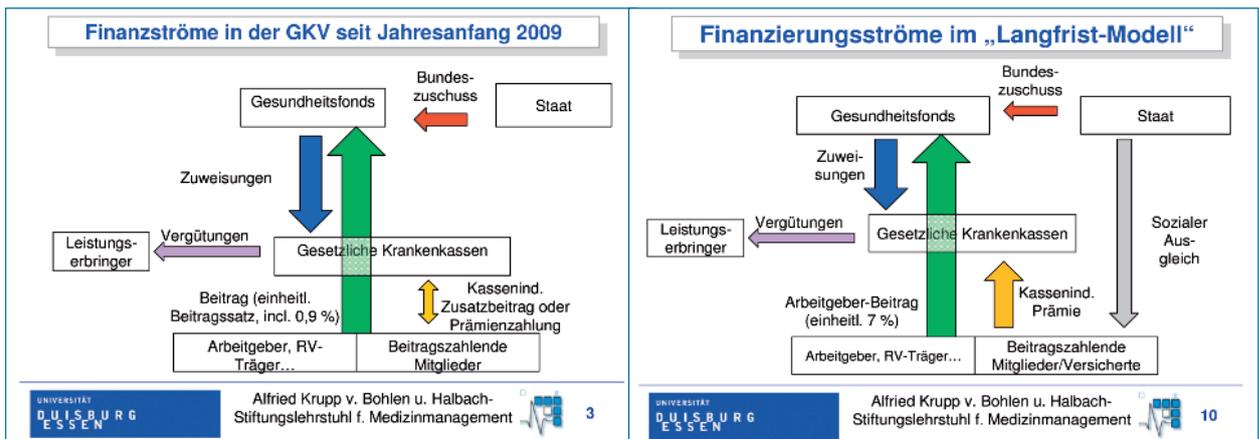


Michael Domrös,
Leiter der vdek-
Landesvertre-
tung Thüringen

DER KOMMENTAR

Wer muss und sollte im Dschungel des Gesundheitswesens und der Pflegeversicherung eigentlich geschützt werden: Leistungserbringer oder Patient? Ich spreche hier nicht von Rechten und Verantwortlichkeiten, es geht hier um Qualitätsnachweis und Transparenz von Leistungen. Kaum gibt es ein Instrument um Qualität in Ansätzen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen transparent zu gestalten, wird von (einigen) dagegen opponiert und zwar mit allen Mitteln der Kunst: Man fühlt sich als Pflegeheim nicht gerecht behandelt, nicht verstanden, über- oder unterbewertet, und wenn dies alles nichts mehr hilft, folgt das Argument, dass die Prüfung viel zu teuer sei usw. Keiner dieser Rädelsführer interessiert sich für den Versicherten, ob dieser für das neue Transparenzsystem dankbar sein könnte. Schließlich will man ja gerade ihn als Patient und ggf. als Bewohner gewinnen; da passt es so gar nicht ins Bild, wenn in einzelnen Aufgabenbereichen der Leistungserbringung die Schulnote „5“ sichtbar ist oder man mit einer Durchschnittsnote von „1,9“ knapp über den Durchschnittswert im Lande liegt. Denn wer will schon unter dem Durchschnitt liegen?

Im Klartext: Es geht vielen Einrichtungen nicht um Transparenz ihrer Pflegeleistung, es geht ihnen um Selbstdarstellung und Werbemöglichkeiten – und die hat nun einmal immer positiv zu sein. Denn jeder weiß und akzeptiert es ansonsten, dass es als mathematisch normal gegeben ist, dass es da, wo Durchschnittsbenotungen und -bewertungen stattfinden, immer eine Streubreite geben muss und zwar zwischen den Besten und den Schlechtesten. Wenn ich früher in der Schule eine „5“ erhalten habe, halfen letztendlich nie Proteste und Anschuldigungen an die Lehrer und Eltern, sondern es galt, sich auf den Hosenboden zu setzen und mit Fleiß und Einsatz wieder zu einer besseren Note zu kommen. So sind auch die Pflegenoten für die Einrichtungen zu verstehen. Man sollte alles daran setzen, besser zu werden. Im Interesse des Pflegebedürftigen und deren Angehörigen kann man nur hoffen, dass sich hier nicht die falschen Lobbyisten mit ihren eigensinnigen Interessen durchsetzen können.



Zur Weiterentwicklung der Finanzierung des Gesundheitswesens sprach Prof. Dr. Jürgen Wasem anlässlich des gesundheitspolitischen Neujahrsgespräches am 20. Januar 2010. Ein Vergleich zwischen aktuellem Stand der Finanzströme in der GKV und in der Zukunft lässt die finanzpolitische Instabilität erkennen. Grafik: Prof. Dr. Wasem

Bevor die von der Bundesregierung angestrebte nächste Gesundheitsreform kommt, bleibt es den Krankenkassen unbenommen zu entscheiden, wie sie die derzeitige Ausgabenunterdeckung ausgleichen wollen. Zusatzbeiträge und weitere Kassen-

fusionen werden deshalb auch weiter auf der Tagesordnung stehen... Ob dies am Ende tatsächlich zu Spareffekten für den Versicherten führt, bleibt abzuwarten, ist aber wohl eher unwahrscheinlich.

IM FOKUS: ZUSATZBEITRAG

■ Das Gesetz

§ 242 SGB V Kassenindividueller Zusatzbeitrag

„Soweit der Finanzbedarf einer Krankenkasse durch die Zuweisungen aus dem Fonds nicht gedeckt ist, hat sie in ihrer Satzung zu bestimmen, dass von ihren Mitgliedern ein Zusatzbeitrag erhoben wird.“

■ Der Kurzkomentar

Zusatzbeiträge sind eine gesetzlich verankerte und politisch gewollte Säule zur Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland. Die durch den Gesetzgeber angelegte Finanzarchitektur des Fonds hat zur Konsequenz, dass die meisten Krankenkassen im Laufe des Jahr 2010 Zusatzbeiträge nicht vermeiden können.

■ Die Chronologie: Juli 2008

Noch vor dem Start des Gesundheitsfonds sorgt dieser bei Versicherten und Krankenkassen für Unruhe. Krankenkassen informieren ihre Versicherten über den künftigen Einheitsbeitragssatz. Im Juli 2008 kann noch keine Aussage gemacht werden, welche Krankenkasse eventuell wann einen Zusatzbeitrag und in welcher Höhe erheben muss... Versicherte werden gebeten, einen eventuellen Kassenwechsel sorgfältig abzuwägen...

■ August 2008

Der Ersatzkassenverband wehrt sich gegen den Aufruf der damaligen Gesundheitsministerin zum Kassenwechsel. Im August 2008 ist noch immer völlig unklar, wie die komplizierte und folgeschwere Konstruktion des Gesundheitsfonds wirken wird und welche Kassen Zusatzbeiträge erheben müssen...

■ Oktober 2008

Der vdek appelliert nochmals an die Politik, den Zusatzbeitrag im Interesse der Versicherten zu vermeiden. Im Oktober 2008 liegen die Ergebnisse des Schätzerkreises vor: Ein einheitlicher Beitragssatz von 15,5 Prozent wird nicht ausreichen, um die medizinische Versorgung sicherzustellen. Zusatzbeiträge drohen allein aufgrund der fehlenden Ausgabendeckung. Rein rechnerisch klafft eine Lücke von 3 Mrd. EUR. Der Ersatzkassenverband warnt anlässlich einer im Bundestag einberufenen Anhörung zum Gesundheitsfonds nochmals eindringlich vor dem zu knapp bemessenen Einheitsbeitragssatz...

Pflegenoten – ein guter Anfang und ein bitteres Ende?

Auch wenn sich die Meldungen in Thüringer Medien teilweise drastisch voneinander unterscheiden, das öffentliche Interesse an den Pflegenoten war, ist und wird groß bleiben.

Mit Spannung haben nicht nur die Verbraucher – die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen – auf die Veröffentlichung der ersten Pflegenoten gewartet. Auch bei den Thüringer Pflegekassen war das Interesse groß.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz aus dem Jahre 2008 wurde die rechtliche Grundlage geschaffen. Diese ermöglicht den Landesverbänden der Pflegekassen die von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität im Internet zu veröffentlichen. Als Ersatzkassen und ebenso zuständige Pflegekassen haben wir diese Qualitätsoffensive ausdrücklich begrüßt und nachhaltig unterstützt. Am Ende erwarten wir, dass durch die vergleichende Darstellung der Qualität bzw. Pflegenoten ein Qualitätswettbewerb zwischen den Einrichtungen angestoßen wird. Dieses soll sich insbesondere für die Pflegebedürftigen positiv auswirken.

Pflegenoten als Vergleich

Die Grundlage für die Pflegenoten sind die Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Künftig wird jede ambulante und stationäre Pflegeeinrichtung in Deutschland einmal im Jahr unter die Lupe genommen, ggf. auch mehrmals, wenn ein konkreter Anlass besteht (z. B. eine Beschwerde). Dabei werden 82 Einzelnoten bei Pflegeheimen bzw. die 49 Qualitätskriterien bei ambulanten Pflegediensten erhoben.

Diese Kriterien für die Veröffentlichung wurden vom GKV-Spitzenverband mit den Verbänden der Leistungserbringer vereinbart. Jedes Kriterium wird dabei vom Prüfer einzeln bewertet. Aus den Einzelnoten ergeben sich die Bereichsnoten, zum Beispiel für die Pflege und medizinische Versorgung des Versicherten oder für den Umgang mit Demenzkranken. Die Teilnoten ergeben wiederum die Gesamtnote der Pflegeeinrichtung.

THÜRINGER PRESSESPIEGEL

5. Januar 2010: dpa

- Gute Pflegenoten für Thüringer Heime

5. Januar 2010: Thüringer Allgemeine

- Viel zu gute Noten beim Heim-TÜV

5. Januar 2010: Mitteldeutscher Rundfunk, Internet

- Gute Noten für Thüringer Pflegeheime

6. Januar 2010: Thüringische Landeszeitung

- Wettbewerb der Pflegeheime
- Qualitätsprüfungen überwiegend gut
- Gute Noten für Pflegeheime

6. Januar 2010: Thüringer Allgemeine

- Noten mit Mängeln
- Pflege-TÜV: Warum es auf dem Papier bald nur noch gute Altenheime geben wird
- Pflegeergebnisse – kein Geheimnis

6. Januar 2010: Ostthüringer Zeitung

- Zeugnisnoten für Pflegeheime
- Krankenversicherer stellen Prüfergebnisse für jedermann sichtbar ins Internet – gute Zensuren überwiegen
- Fast ausschließlich gute Schüler
- Benotung Thüringer Pflegheime vermittelt zunächst ein beunruhigendes Bild – zu Recht?

6. Januar 2010: Freies Wort und Südthüringer Zeitung

- Gute Noten für Thüringer Pflegeheime
- Oft zu wenig Plätze, aber die mit guten Noten

6. Januar 2010: Bild

- Gute Noten für Heime in Thüringen

23. Januar 2010: Freies Wort

- Fünfer nach Aktenlage trüben das Bild

Vergleichbarkeit und Transparenz

Um die Pflegenoten zu veröffentlichen, hat der federführende Verband der Ersatzkassen gemeinsam mit den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene eine bundesweit einheitliche Datenbank, die sogenannte DatenClearingStelle (DCS) aufgebaut. Mithilfe dieser Datenbank sammeln die Landesverbände der Pflegekassen die Ergebnisse aller Qualitätsprüfungen durch die Medizinischen Dienste online ein.



Für den 5. Januar 2010 hatten die Thüringer Pflegekassenverbände zu einer ersten gemeinsamen Pressekonferenz geladen. Rede und Antwort stand dabei auch Michael Domrös, Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen
Foto: Jürgen Frühauf

Mithilfe einer Suchmaschine erhalten Interessierte alle wichtigen Informationen über alle ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland.

Darüber hinaus wollen wir als Ersatzkassen noch einen Schritt weiter gehen: Der vdek wird die Prüfergebnisse in Form der Pflegenoten gezielt auswerten und die gewonnenen Erkenntnisse dazu einsetzen, defizitäre Pflege noch schneller zu erkennen und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu veranlassen.

Gute bis sehr gute erste Noten in Thüringen

Insgesamt erhielten Thüringer Pflegeeinrichtungen und ambulante Dienste bei der ersten Gesamtbewertung in deutlich über 80 Prozent gute bis sehr gute Pflegenoten.

Warum sich einige der Thüringer Medien vor den Karren sogenannter Pflegeexperten spannen ließen,

die die Abschaffung der Pflegenoten fordern, ist nicht nachvollziehbar: Schließlich sollten einseitige Interessen der Pflegenotengegner keine Bewertungsgrundlage bilden dürfen.

Schnelle und einfache Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung

Für Interessierte bietet die Pflege-Gesamtnote den Vorteil der Vergleichbarkeit der unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen.

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen erhalten auf diesem Weg eine weitere wichtige Hilfestellung bei der Auswahl einer geeigneten Pflegeeinrichtung.

Die Ersatzkassen werden sich deshalb auch weiterhin für eine zügige und umfassende Veröffentlichung der Pflegenoten einsetzen.

ÄNDERUNGEN BEI DEN ERSATZKASSEN

Bereits zum Jahreswechsel gab es eine Reihe von Großfusionen unter den gesetzlichen Krankenkassen. Mit der Vereinigung von BARMER und GEK ist mit 6,5 Mio. Mitgliedern die größte Krankenkasse Deutschlands, die BARMER GEK, entstanden. Mit der Vereinigung von DAK und HMK zur DAK entstand die drittmittgliederstärkste Ersatzkasse mit rund 4,9 Mio. Mitgliedern nach der Techniker Krankenkasse mit 5,06 Mio. Mitgliedern.

Neue Wege in der Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen

Im Jahr 2009 stellten sich die Ersatzkassen in Thüringen dem ständig steigenden Bedarf an psychiatrischer Behandlung mit einer neuen Form der Versorgung. Gemeinsam mit anderen Krankenkassen wurde ein neuer Weg in der medizinischen Versorgung von Patienten mit psychiatrischer Behandlung mit dem Südharz-Krankenhaus Nordhausen vereinbart.

Nach den ersten Daten wurde das Kernstück des neuen Konzepts – eine verbesserte Abstimmung und Durchlässigkeit zwischen den ambulanten und stationären Angeboten der Klinik – erreicht. Durch die Flexibilität bei der Entscheidung der Klinik, ob die Behandlung des Patienten entweder stationär, teilstationär oder in der Institutsambulanz durchgeführt wird, kann die Behandlung besser auf den

Patienten abgestimmt werden. Hierfür hat das Südharz-Krankenhaus seine Arbeitsabläufe grundlegend umstrukturiert. Dadurch fand auch die erwartete Verlagerung von der vollstationären Behandlung hin zur tagesklinischen bzw. ambulanten Behandlung statt.

Da die Thüringer Ersatzkassen und auch alle anderen Krankenkassenverbände das neue Konzept „Regionales Psychiatricbudget – RPB“ als lernendes System sehen, ist zur Weiterentwicklung eine weitergehende systematische Untersuchung der Ergebnisse vereinbart worden. Die dafür erforderlichen Parameter werden in einer Lenkungsgruppe zwischen den Krankenkassenverbänden und dem Südharz-Krankenhaus Nordhausen abgestimmt. Mit

dieser Untersuchung soll einerseits die Qualität der Behandlung besser dargestellt werden und andererseits der Vergleich der Ergebnisse mit der Behandlung in anderen psychiatrischen Krankenhäusern ermöglicht werden.

Aufgrund der positiven Erfahrungen und zur weiteren Verbesserung der sektorenübergreifenden Behandlung (vollstationär-tagesklinisch-psychiatrische Institutsambulanz) wurde eine Fortführung dieses Modells um mindestens zwei Jahre (bis Ende 2011) vereinbart.

Nach dem ersten Jahr kann ein erstes Fazit gezogen werden. Eine an den Bedürfnissen der Patienten angepasste Behandlung mit einem ökonomischen Anreiz für die Klinik ist nach diesem Modell möglich. Dadurch können Patienten bedarfsorientierter behandelt werden. Mögliche weitere Erkrankungsepisoden können damit vermieden werden.

SOZIALVERSICHERUNGSTAMMTISCH TAGTE



Quo vadis GKV? Unter diesem Motto trafen sich Fachleute und Experten vorwiegend aus dem Thüringer Gesundheitswesen Anfang Februar 2010 zu einem Sozialversicherungstammtisch. Referent an diesem Abend war Michael Domrös, Leiter der vdek-Landesvertretung Thüringen. Dieser trug mit gleichlautendem Referat zur regen und sehr ausführlichen Diskussion des Abends bei. Von A wie „Anfang der GKV“ bis Z wie „zusätzlichen Beitrag“ beantwortete der Ersatzkassenvertreter Fragen rund um das Fortbestehen der gesetzlichen Krankenversicherung. Die finanzielle Situation in der GKV stand dabei ebenso im Fokus der Diskussion, wie Fragen der demografischen Entwicklung und wirtschaftlicher Auswirkungen auf die GKV.

Foto: Kerstin Keding

Die Thüringer Krankenhauspreise (Landesbasisfallwert) 2010

Die Ersatzkassen haben mit der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen einen gemeinsamen Landesbasisfallwert für 2010 vereinbart, der zum 1. Februar 2010 vom Land genehmigt wurde.

Der Landesbasisfallwert 2010 beträgt 2.834,23 EUR (mit Ausgleichen) und 2.867,40 EUR ohne Ausgleiche.

Diese einheitliche Vergütungsstruktur gilt grundsätzlich für alle Thüringer Krankenhäuser seit dem 1. Januar 2010. Damit erhält jedes Thüringer Krankenhaus erstmalig für die gleiche Leistung (zum Beispiel eine Blinddarm-OP) das gleiche Geld.

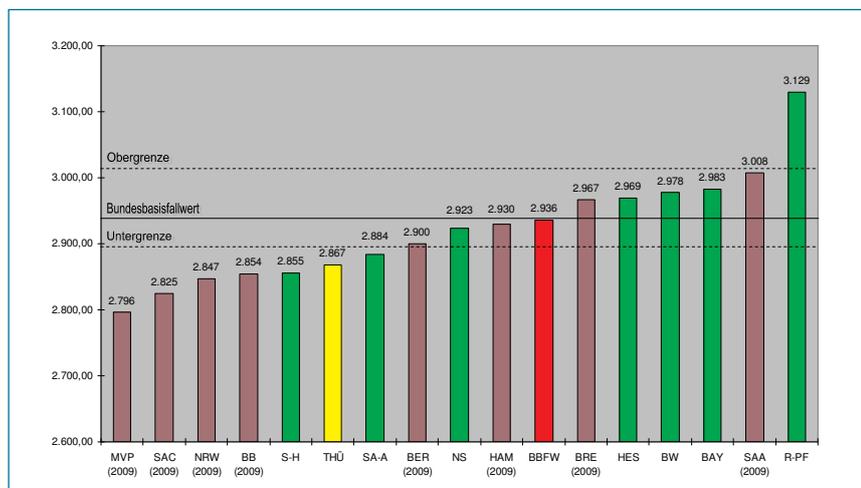
Auf Wunsch der alten großen Koalitionsregierung aus CDU und SPD soll es langfristig einen Bundesbasisfallwert geben, der zu einem bundeseinheitlichen Preissystem führen soll. Der nach § 10 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetz vereinbarte Bundesbasisfallwert für das Jahr 2010 beträgt 2.935,78 EUR.

Jeweils zum 1. Januar der Jahre 2010 bis 2014 werden die Landesbasisfallwerte in fünf gleichen Schritten im Rahmen einer Konvergenzphase in Richtung des Bundesbasisfallwertkorridors angepasst. Im Krankenhausreformfinanzierungsgesetz –

Jahr	Abgerechnete Landesbasisfallwert	Abweichung in EUR	Abweichung in Prozent
2006	2.722,50 EUR		
2007	2.731,00 EUR	+ 8,50	+ 0,31
2008	2.751,00 EUR	+ 20,00	+ 0,73
2009	2.831,14 EUR	+ 80,14	+ 2,91
2010	2.834,23 EUR	+ 3,09	+0,11

Entwicklung der vereinbarten Landesbasisfallwerte in Thüringen in den Jahren 2006 – 2010

KHRG wurde die Obergrenze für den Bundesbasisfallwertkorridor auf 2,5 Prozent über dem Bundesbasisfallwert und die Untergrenze auf 1,25 Prozent unter dem Bundesbasisfallwert festgelegt. Deshalb beginnt der maßgebliche Bundesbasisfallwertkorridor für das Jahr 2010 bei einem Bundesbasisfallwert von 2.935,78 EUR bei 2.899,08 EUR und endet bei 3.009,17 EUR. Durch diese Asymmetrie unterscheiden sich die Budgetvolumina, zwischen Gewinner-Ländern und Verlierer-Ländern, welches nicht bei der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes ausgabenneutral berücksichtigt wurde. Zum Schutz der Bundesländer mit einem Landesbasisfallwert, der über dem oberen Grenzwert des Bundesbasisfallwertkorridors liegt, erfolgt zusätzlich eine jährliche Begrenzung des Angleichungsbetrages (Abschmelzung) auf maximal 0,3 Prozent des Basisfallwertes des laufenden Kalenderjahres. Diese Systematik orientiert sich an der bisherigen Praxis der Kappungsregelungen für das Budget der Krankenhäuser. Die Asymmetrie der Angleichungsprozente bei Gewinner- und Verlierer-Ländern, sowie die Kappungsregelung für Verlierer-Länder führt zu systembedingten Ausgabesteigerungen, die den finanziellen Druck auf die Kassen und damit die Option auf die Refinanzierung über die sogenannten Zusatzbeiträge erhöhen. Aus Sicht der Ersatzkassen sind diese beiden Systemfehler bei der Ermittlung des Bundesbasisfallwertes zukünftig korrigierend zu berücksichtigen.



Vereinbarte Landesbasisfallwerte 2010 ohne Ausgleiche mit einheitlichen Basisfallwertkorridor

Jeder achte gesetzlich Versicherte profitierte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen

Wenn die gesetzlichen Krankenkassen in einem Jahr neun Millionen Menschen mit präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen erreichen, wird sichtbar, dass diese Präventionsmaßnahmen bei den Versicherten auch angekommen sind.

Das belegt der Ende 2009 erschienene Präventionsbericht 2009. Nach diesem profitierte jeder achte gesetzlich Versicherte von Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten der Krankenkassen.

Insgesamt gaben die Krankenkassen für Primärprävention und Gesundheitsförderung in Betrieben im Jahr 2008 knapp 340 Mio. EUR aus. Das waren 40 Mio. EUR mehr als noch im Jahr 2007.

Laut Präventionsbericht haben sich die Krankenkassen mit ihren Präventionsangeboten nicht nur am gesundheitlichen Bedarf der Bevölkerung orientiert, sondern dabei auch an maßgeblichen Expertenstandards. Die Angebote haben sich mit ihren Maßnahmen an unterschiedliche Zielgruppen gerichtet.

Als Beispiel nannte er Präventionsmaßnahmen in Kindergärten.

Innerhalb von zwei Jahren sollten Bewegungs- und Ernährungsmaßnahmen bei drei- bis sechsjährigen Kindern in Kindertagesstätten um 20 Prozent gesteigert werden. Den Kindern sollten nicht nur spielerisch neue Verhaltensmöglichkeiten aufgezeigt werden, sondern in der jeweiligen Einrichtung sollte auch ein gesundheitsförderlicher Rahmen entstehen. Diese Vorgaben wurden in vielen Bereichen mehr als deutlich übertroffen:

Konnten 2007 rund 156.000 Kinder erreicht werden, waren es 2008 bereits rund 274.000, ein Zuwachs um 76 Prozent.

Die nachlesbaren Präventionsergebnisse zeigen damit auf, dass die Projekte und die Gelder der Krankenkassen gezielt, effizient und erfolgreich eingesetzt werden.

Der vollständige Präventionsbericht ist im Internet auf der Seite des vdek unter www.vdek.com veröffentlicht.

Unser Veranstaltungshinweis

Fachtagung Suchtprävention: Shisa-Tabak, Alkohol, Mischkonsum und Präventionsprojekte

Zu einer gemeinsamen Fachtagung laden die Thüringer Koordinierungsstelle Suchtprävention, die Landeshauptstadt Erfurt und die vdek-Landesvertretung Thüringen am 16. März 2010 in das Haus der Sozialen Dienste nach Erfurt ein.

Die Fachtagung, welche innerhalb der 18. Thüringer Gesundheitswoche stattfindet, ist ein weiteres Ergebnis der Thüringer Gesundheitsziele, insbesondere der Arbeitsgruppe „Suchtmittelmissbrauch reduzieren“.

Mit der Veranstaltung, welche durch das Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gefördert wird, greifen die Veranstalter insbesondere auch das Problem der zunehmenden Krankenhauseinweisungen von Kindern und Jugendlichen mit Alkoholmissbrauch auf. So wurden allein in Thüringen

laut Statistischem Landesamt im Jahr 2008 insgesamt 85 Jugendliche im Alter von 10 bis 15 Jahren und 439 Jugendliche zwischen 15 und 20 Jahren wegen einer Alkoholvergiftung in eine Thüringer Klinik eingewiesen. Das waren damit elf Prozent mehr als noch im Jahr 2007, Tendenz steigend! Das Krankheitsbild psychische Störung und Verhaltensstörung durch Alkohol war damit die bundesweit am zweithäufigsten genannte Diagnose für einen stationären Krankenhausaufenthalt (s. auch www.destatis.de)

Interessierte sind herzlich eingeladen. Die Veranstaltung beginnt 13.30 Uhr und endet voraussichtlich gegen 17.45 Uhr.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung des vdek Thüringen
Lucas-Cranach-Platz 2 · 99099 Erfurt
Telefon: 03 61 / 44 25 20 · Telefax: 03 61 / 44 25 228
Verantwortlich: Michael Domrös · Redaktion: Kerstin Keding