C 21156 F

report
thüringen
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband
April 2008

ersatzkassen

Gravierender Fehler beim Gesundheitsfonds – dringender Handlungsbedarf angezeigt!

Am 1. Januar 2009 soll der Gesundheitsfonds starten. Damit verbunden ist die Festsetzung eines einheitlichen Beitragssatzes für alle Krankenkassen. Mittels eines im Detail umstrittenen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs sollen Milliarden-Beträge zwischen den Krankenkassen umverteilt und die Vergütungen (insbesondere für ambulante ärztliche Leistungen) grundsätzlich vereinheitlicht werden. Dieses in sich scheinbar logische Gefüge eines Krankenversicherungssystems, das offenbar seinen Weg in die Einheitsversicherung antreten soll, hat einen entscheidenden systematischen Fehler: Der Gesetzgeber hat (bewusst?) die zahnärztliche Vergütung von der allgemeinen Angleichung ausgespart. Während bei den ärztlichen Vergütungen die Nivellierung durch die Einführung einer einheitlichen Euro-Gebührenordnung auf der Basis von (bundeseinheitlichen) Orientierungswerten erfolgt, die als Referenzgröße für die Punktwertvereinbarungen in den Ländern dient, und bei den Krankenhäusern das DRG-System bereits vor einiger Zeit etabliert wurde, ist ähnliches für die zahnärztlichen Honorare nicht vorgesehen. Derweil wurde im Leistungsbereich Zahnersatz bereits 2005 ein bundesweites einheitliches Festzuschussmodell geschaffen. Die Untätigkeit des Gesetzgebers für den restlichen Versorgungsbereich der vertragszahnärztlichen Versorgung ist völlig unverständlich!

In dieser Ausgabe:

- Handlungsbedarf bei zahnärztlicher Vergütung
- Landesbasisfallwert 2008 vereinbart
- Transparenz in der Pflege
- Rettungsdienstgesetz in nächster Runde
- Die neue Selbsthilfeförderung

Regelungsdefizit trifft besonders Ersatzkassen

Von dem Regelungsdefizit sind die Ersatzkassen in besonderer Weise betroffen. Sie zahlen bundesweit höhere Vergütungen als andere Kassenarten.

vdak Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

So liegt beispielsweise der Punktwert der Ersatzkassen in Thüringen für konservierend-chirurgische Leistungen um mehr als fünf Prozent höher als der entsprechende AOK-Punktwert.

Prekäre Auswirkungen

Das Berliner Forschungsinstitut IGES hat im Zuge einer wissenschaftlichen Studie ermittelt, dass sich dies im gesamten Bundesgebiet für die Ersatzkassen auf Mehrkosten von annähernd 170 Mio. EUR summiert. Das ist ein unhaltbarer Zustand unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds und eines einheitlichen Beitragssatzes. Konkret bedeutet dies, dass die Ersatzkassen einen jährlichen Zusatzbeitrag von 10,81 EUR von jedem ihrer Versicherten erheben müssten: eine gravierende Wettbewerbsverzerrung zu Lasten der Ersatzkassen!

Mögliche Regelungsmechanismen

Das IGES hat in seiner Studie vier Lösungsoptionen zur Herstellung einer einheitlichen und wettbewerbsneutralen Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen aufgezeigt:

- Punktwertangleichung der Ersatzkassen-Punktwerte an das Niveau der Primärkassen-Punktwerte,
- Punktwertangleichung der Primärkassen-Punktwerte an das Niveau der Ersatzkassen-Punktwerte,
- bundeseinheitlicher durchschnittlicher Punktwert,
- regionaler durchschnittlicher Punktwert.

Alle vier Lösungsvorschläge sind ohne erheblichen Aufwand umsetzbar und würden zu Wettbewerbsgerechtigkeit führen. Es ist an der Politik, nunmehr zu handeln. Gerade in den neuen Bundesländern ist ein grundsätzliches Interesse der Politik zu vermuten, das Thema auch unter dem Aspekt der Angleichung der Lebens- und Vergütungsverhältnisse zu betrachten, was für ein bundeseinheitliches Punktwert-Modell spräche. Die Ersatzkassen streben vor allem eine kostenneutrale Lösung an, die sich am ehesten mit der Variante 4 erreichen ließe. Gleichwohl drängt das Problem – der 1. Januar 2009 steht vor der Tür.

Michael Domrös, Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Thüringen

In eigener Sache

Deutschlands Krankenkassen und deren Spitzenverbände stehen schwere Zeiten bevor. Die weitreichende Organisationsreform bei Krankenkassen und Spitzenverbänden würfelt das derzeitig gut funktionierende System gehörig durcheinander. Verglichen mit Deutschlands letzten Orkanen Kyrill und Emma dürfte dieser Umstrukturierungsprozess im Krankenkassenlager weitaus stärker werden. Doch während der Großteil der gesetzlich Krankenkassenversicherten die tatsächlichen Auswirkungen der Neuregelungen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) erst im Jahr 2009 erfahren wird, haben sich die Ersatzkassen und ihre Verbände bereits weitestgehend auf die neue Situation eingestellt. Trotz grundsätzlicher Bedenken gegen die Neuorganisationsstrukturen haben sie bereits seit 2007 daran gearbeitet, diese Veränderungsprozesse vorzubereiten: Der neue Spitzenverband Bund wurde kontinuierlich und konstruktiv aufgebaut und die vorhandenen Strukturen der Ersatzkassenverbände werden derzeit angepasst. Darüber hinaus wurden von den Mitgliedskassen neue gesetzliche Regelungen wie Wahltarife oder die Regelung zur Versicherungspflicht schnell und unbürokratisch umgesetzt.

Ersatzkassenverbände auch künftig in Thüringen präsent

Der neue Spitzenverband Bund der Krankenkassen wird einen Großteil der bisherigen Aufgaben der Spitzenverbände zum 1. Juli 2008 übernehmen. Die Mitgliedskassen des VdAK und des AEV mussten von daher über die künftige Rolle des Verbandes auf Bundes- und Landesebene entscheiden. Sie haben dies im Sinne von Praktikabilität und Funktionalität getan. Neben notwendigen Veränderungsprozessen in Organisation und Ablauf bleibt die VdAK/AEV-Landesvertretung in Thüringen präsent. Die Ersatzkassen stellen damit weiterhin ortsnahe Ansprechpartner für Politik und Leistungserbringer.

Die Landesvertretungen der Ersatzkassen werden dabei ihre Rolle als Dienstleister noch stärker ausbauen und eine Vielzahl von Aufgaben im Auftrag ihrer Mitgliedskassen in den jeweiligen Bundesländern wahrnehmen.

Landesbasisfallwert 2008 vereinbart

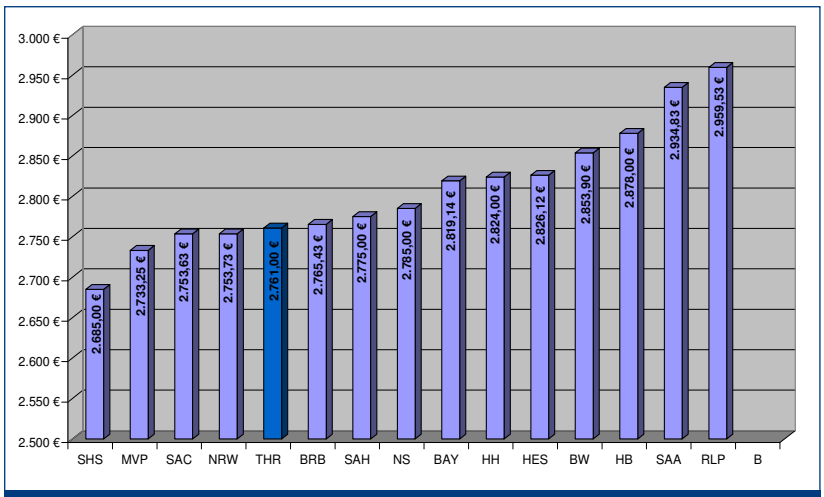
Der Landesbasisfallwert 2008 wurde mit der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen vereinbart und am 29. Februar 2008 durch die Landesaufsicht genehmigt. Mit dieser Vereinbarung wurde die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung in Thüringen trotz schwieriger Rahmenbedingungen erneut unter Beweis gestellt.

Der Landesbasisfallwert 2008 beträgt 2.751,00 EUR (nach Kappung) und bildet den Zielwert für die Verhandlungen mit den Krankenhäusern in Thüringen.

Durch die Erhöhung des Landesbasisfallwertes um ca. 0,7 Prozent erhalten die Thüringer Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel zur Behandlung ihrer Patienten.

Die gesetzliche Veränderungsrate 2008 in Höhe von 0,64 Prozent wurde zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser in Thüringen leicht überschritten.

In ca. acht Monaten – ab 2009 – ist die Zeit der krankenhausindividuellen Basisfallwerte vorbei und jedes Thüringer Krankenhaus muss dann grundsätzlich den Landespreis (Landesbasisfallwert) multipliziert mit dem Schweregrad der Erkrankung abrechnen. Ab dann gilt in jedem Bundesland der Grundsatz: Gleiches Geld für gleiche Leistung (z. B. für eine Blinddarmoperation).



Landesbasisfallwert 2008 vor Kappung und ohne Ausgleiche

Der Landesbasisfallwert ohne Kappung und Ausgleiche 2008 beträgt 2.761,00 EUR und bildet die Ausgangsgröße für 2009. In den anderen Bundesländern (Grafik) sind die Verhandlungen bzw. Schiedsstellenverfahren bis auf Berlin abgeschlossen.

Die Werte der einzelnen Bundesländer nähern sich im vierten Jahr in Folge allmählich an. Lag noch im Jahr 2005 der Abstand zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Landesbasisfallwert bei 449,77 EUR, ist er in 2008 auf 274,53 EUR gesunken.

Die gegenwärtig geführte politische Diskussion über einen bundeseinheitlichen Landesbasisfallwert sehen die Ersatzkassen in Thüringen als verfrüht an. Noch ist der Prozess der Etablierung des DRG-Systems nicht abgeschlossen. Die vorgenommenen Veränderungen im DRG-Katalog werden durch das InEK – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH – zwar jährlich weniger, doch müssen die länderspezifischen Katalogeffekte weiterhin über die Landesbasisfallwerte berücksichtigt werden. Sonst würden regionale Besonderheiten (z.B. Alter, Geschlecht, besondere Krankheitsbilder und Einrichtungen) im bundeseinheitlichen Basisfallwert so gut wie unberücksichtigt bleiben.

Zusätzlich zu den DRG-Vergütungen zahlen die Kassen noch eine Vielzahl von anderen Entgelten. Dieser Bereich wird als Nicht-DRG-Bereich (insbesondere Zusatzentgelte, sonstige Entgelte und neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) bezeichnet.

Die Summe der Erlöse hierfür ist nicht nur in jedem Krankenhaus sehr verschieden, sondern auch in den einzelnen Bundesländern sehr uneinheitlich. In Thüringen haben sich die Erlöse dieses Bereiches, die Einfluss auf die Höhe des Landesbasisfallwertes haben, seit Einführung des DRG-Systems mittlerweile fast vervierfacht.

An diesen Beispielen wird deutlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt eine sachgerechte Entscheidung der Frage, inwieweit ein bundeseinheitlich geltender Basisfallwert eingeführt werden soll, noch nicht möglich ist.

Vielmehr sollte nach dem Ende der Konvergenzphase eine wissenschaftliche Begleitforschung zum Bundesbasisfallwert erfolgen.

Ziel der Ersatzkassen in Thüringen bleibt es weiterhin eine gute und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten.

Abschlussveranstaltung zum Modellprojekt „Pflegebudget“ in Erfurt

Das Modellprojekt „Personenbezogenes Pflegebudget“ startete im Jahr 2004 mit einer Förderung über die Spitzenverbände der Pflegekassen als neues Angebot der Pflegeversicherung. Über einen Zeitraum von vier Jahren erhielten pflegebedürftige Menschen ein Budget zum Einkauf von Pflegeleistungen. Die finanziellen Mittel sollten eigenverantwortlich verwendet und verwaltet werden. Zusätzlich standen den aktiven Teilnehmern im Modellprojekt Case-ManagerInnen unterstützend und begleitend zur Seite. Die Stadt Erfurt war eine von sieben Regionen in der Bundesrepublik, in denen verschiedene Budgetansätze auf Praxistauglichkeit getestet wurden.

Zum Ende des Modellzeitraumes wurde am 20. März 2008 im Rahmen einer Abschlussveranstaltung Bilanz gezogen. Seitens der Projektleitung wurde insbesondere zu den Erfolgsfaktoren Stellung genommen. Dazu gehört in erster Linie der Nachweis, dass die Abkoppelung der Pflege vom Verrichtungsbezug gemäß § 14 SGB XI sowie die damit mögliche stärkere Ausrichtung des Leistungsspektrums auf die tatsächlichen Bedürfnisse der Betroffenen eine Option für Pflege in der eigenen Häuslichkeit ist. In Bezug auf das Case-Management erfüllten sich die zu Projektbeginn geäußerten Erwartungen ebenfalls. Aktive Fallbegleitung stellt eine wichtige Assessment-Funktion bei der Zusammenstellung individueller Pflegearrangements dar und steht auch für die Sicherung der Pflegequalität unter Budgetbedingungen.

Von Seiten der Pflegekassen wurde die weit hinter den Erwartungen zurückgebliebene Teilnahme kritisch bewertet. Trotz ausführlicher Information der Versicherten über Inhalte und Möglichkeiten des zu erprobenden Konzeptes entschieden sich in Erfurt über vier Jahre hinweg nur 49 Menschen für eine aktive Mitwirkung. In der für die Evaluation wichtigen Vergleichsgruppe waren insgesamt 37 Teilnehmer eingeschrieben. Das zurückhaltende Interesse begründete sich einerseits darin, dass die Leistungen von Angehörigen nicht über das Pflegebudget finanziert werden konnten. Andererseits wurde ein Beteiligungsverzicht auch mit der Aussage begründet, dass das bestehende Pflegearrangement bereits den Bedürfnissen entspricht.

In der Abschlussveranstaltung wurde von den anwesenden Budgetnehmern zwar bekräftigt, dass für sie eine erhoffte Verbesserung der Pflegesituation auch tatsächlich eingetreten ist, jedoch blieb der qualifizierte Nachweis in Erfurt aus, dass von dieser subjektiv wahrgenommenen Verbesserung auch wirklich Pflegebedürftige allgemeingültig profitieren würden.

Die Ergebnisse aus dem Modellstandort Erfurt gehen in die Gesamtbewertung des Projektes ein, die Mitte des Jahres erwartet wird. Es zeichnet sich allerdings bereits jetzt schon ab, dass auch bundesweit das Pflegebudget nicht als Hauptoption für die konkrete Ausgestaltung der Pflege steht.

Reform der Pflegeversicherung

Mit Beschluss des Deutschen Bundestages vom 14. März 2008 wurden die entscheidenden Weichen für das Inkrafttreten des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes zur Jahresmitte gestellt. Die vom Parlament verabschiedete Pflegereform verbessert die Leistungen für die Versicherten, enthält Regelungen zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegelandschaft und zielt auf die Verbesserung der Pflegequalität ab.

Im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist der Reformentwurf aus dem Oktober vorigen Jahres in einigen wesentlichen Punkten geändert worden. Besonders hervorzuheben sind die überarbeiteten Regelungen zu Pflegestützpunkten und Pflegeberatung, da hiermit zwei der wesentlichen Dissenspunkte zur Pflegereform ausgeräumt werden konnten.

Die ursprüngliche Intention des Gesetzgebers, den Pflege- und Krankenkassen die alleinige Verantwortung für einen flächendeckenden Aufbau von Pflegestützpunkten zu übertragen, wurde im Koalitionskompromiss Ende Februar auf dem Petersberg fallen gelassen. Nunmehr sind die Länder in der Mitverantwortung. Sie sollen zukünftig – unter Berücksichtigung der bereits vorhandenen Beratungsstrukturen – den Bedarf an Pflegestützpunkten im jeweiligen Land bestimmen. Mit dem Verzicht auf die Schaffung von flächendeckenden Strukturen zugunsten eines bedarfsgerechten Stützpunktnetzes kann auch die ursprünglich zum Aufbau wohnortnaher Anlaufstellen eingeplante Anschubfinanzierung um 20 Mio. EUR geringer ausfallen. Diese Mittel stehen jetzt anderen Leistungsbereichen zur Verfügung. Im Gegenzug werden die Pflege- und

Krankenkassen an der Finanzierung der laufenden Kosten für die Pflegestützpunkte beteiligt.

In Bezug auf die Pflegeberatung finden sich die anfänglichen Überlegungen, den Pflegeberatern in den Pflegestützpunkten die Kompetenz für Leistungsentscheidungen zu übertragen, in der jetzigen Gesetzesfassung ebenfalls nicht wieder. Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten konzentriert sich zukünftig hauptsächlich auf Auskunft und Beratung im eigentlichen Sinne, Koordinierung der notwendigen Hilfs- und Unterstützungsangebote und – soweit von den Betroffenen gewünscht – Entgegennahme und Weiterleitung von Leistungsanträgen. Die Leistungsentscheidung selbst bleibt weiterhin der zuständigen Pflege- und Krankenkasse oder weiteren Leistungsträgern wie z. B. Sozialhilfeträger vorbehalten.

Die abschließende Lesung im Bundesrat ist auf den 25. April terminiert. Es ist davon auszugehen, dass die Gesetzesvorlage wie vorliegend bestätigt wird und das Gesetz zum 1.Juli 2008 in Kraft treten wird.

Transparenz in der Pflege – Erfahrungsbericht über eine Initiative des Thüringer Landespflegeausschusses

Der Thüringer Landespflegeausschuss beschäftigt sich regelmäßig mit den Ergebnissen der Qualitätsprüfungen gemäß § 115 SGB XI in Thüringer Pflegeeinrichtungen. Das Thema stand zuletzt in der Oktobersitzung 2007 auf der Tagesordnung. Im Verlauf der Diskussion regten die Landesverbände der Pflegekassen an, die Ergebnisse aus den Qualitätsprüfungen in Verbindung mit einer verbraucherorientierten Information über die Leistungen in den Pflegeeinrichtungen zu veröffentlichen. Mit Blick auf den bereits vorliegenden Referentenentwurf zur Pflegereform sollten die Voraussetzungen geschaffen werden, zeitnah und auf freiwilliger Basis Transparenzdaten, die die Suche nach einer Pflegeeinrichtung erleichtern, zur Verfügung zu stellen. Seitens der Leistungserbringerverbände wurde angesichts der mit der Pflegereform zu erwartenden bundeseinheitlichen Regelungen zur Pflegetransparenz die Notwendigkeit einer vorgeschalteten regionalen Initiative deutlich hinterfragt.

Im Ergebnis wurde durch Beschluss eine Arbeitsgruppe mit Vertretern aus den Verbänden der Pflegekassen und Leistungserbringer, des Medizinischen Dienstes (MDK) und des Seniorenbeirats gebildet, die den Auftrag erhielt, unter Leitung des Thüringer Sozialministeriums ein Konzept zu erarbeiten und dieses zur Entscheidung in den Landespflegeausschuss einzubringen. Es war festzulegen, welche Informationen Pflegebedürftige und ihre Angehörigen zukünftig auf einer Internetplattform des Thüringer Sozialministeriums als Entscheidungshilfe bei der Auswahl eines Pflegeheimes abrufen können. Neben Angaben der Einrichtung zu Lage, Ausstattung, Leistungsspektrum und Preis sollten auch Daten zur Qualifikation des Fachpersonals, zur Anwendung von Expertenstandards und Leitlinien in der Pflege sowie Feststellungen zur Ergebnisqualität aus der letzten Prüfung des Medizinischen Dienstes ins Netz gestellt werden. Dem Verbraucher sollte die vergleichende Betrachtung mehrerer Pflegeheime unkompliziert ermöglicht werden.

Pflege: Neue Versorgungsformen und deren Akzeptanz

Das dem Landespflegeausschuss vorgelegte und zwischenzeitlich auch beschlossene Konzept spart allerdings einen für eine umfassende Verbraucherinformation wesentlichen Part aus. Aussagen zur direkten Qualität in der Pflege finden sich hier vorläufig nicht. Der interessierte Nutzer der Internetplattform wird nach dem Willen der Leistungserbringerverbände vorerst keine Angaben darüber finden, was der MDK in punkto sachgemäßem Umgang z. B. bei der Pflege von BewohnerInnen mit Inkontinenz, Schmerzzuständen, Sturzrisiko oder Dekubitusgefahr in seiner letzten Qualitätsprüfung festgestellt hat. Dies wird der Bürger auf der Suche nach einem Pflegeheim auch weiterhin bei jeder Einrichtung selbst erfragen müssen. Ein mühseliger und zeitaufwendiger Weg, um an umfassende Informationen zu gelangen, bleibt ihm also auch weiterhin nicht erspart. Einen Lichtblick gibt es aber, der Gesetzgeber hat mit der Pflegereform auch die Verpflichtung zur umfassenden Veröffentlichung von Ergebnissen der MDK-Qualitätsprüfungen ins Gesetz geschrieben. Die Zeit der leistungserbringergesteuerten Transparenz geht also – hoffentlich bald – dem Ende entgegen.

Rettungsdienstgesetz in der nächsten Runde – Änderungen erforderlich!

Mit der 1. Lesung zum neuen Thüringer Rettungsdienstgesetz wurde deutlich, dass dieses Gesetz in absehbarer Zeit in Kraft treten soll. Doch spätestens bei der Anhörung der Beteiligten durch den Innenausschuss des Thüringer Landtages am 14. März 2008 zeichnete sich Nachbesserungsbedarf ab.

Aus Sicht der Ersatzkassenverbände ist mit dem Gesetzentwurf die Chance vertan worden ein modernes Regelungswerk auf den Weg zu bringen, welches Anreize zur Effizienz und Wirtschaftlichkeit setzt. Stattdessen wurde ein umfangreiches Kostendeckungsprinzip statuiert, das den Trägern des Rettungsdienstes wenige Anreize zu Sparsamkeit bietet. Die Lastenverteilung zu Ungunsten der Krankenkassen ist dabei augenscheinlich.

Die folgenden Punkte sollten deshalb „nachgebessert" werden:

1. Zentrale Leitstellen in Thüringen

Es existieren derzeit 14 Leitstellen für den Rettungsdienst, was weit über dem Bedarf und den Relationen in anderen vergleichbaren Bundesländern liegt. Die Ersatzkassenverbände fordern deshalb die Einrichtung von vier zentralen Leitstellen, die eine effektive Koordinierung des Rettungsdienstes im gesamten Freistaat ermöglichen. Indem das neue Rettungsdienstgesetz den Status quo von 14 Leitstellen festschreiben will, wird „Kirchturmpolitik" betrieben, die zwar den Eitelkeiten mancher Landräte gerecht werden mag, aber den Gegebenheiten eines modernen Rettungswesens in keiner Weise entspricht. Die Forderung nach vier zentralen Leitstellen ist kein Selbstzweck, sondern dient zwangsläufig der Qualitätsverbesserung und der Kosteneffizienz.

2. Benutzungsentgelte für die notärztliche Versorgung

Die Sicherstellung für die notärztliche Versorgung im Rettungsdienst obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen, was grundsätzlich zu begrüßen ist. Die Bereitstellung von Notärzten erfolgt nach den Vorstellungen des Landesgesetzgebers in erster Linie durch die Krankenhäuser. Allerdings sollen die Kosten für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenhäusern ohne wirkliches Mitspracherecht der Kassen vereinbart werden bzw. im Falle der Nichteinigung entscheidet eine Schiedsstelle. Die Kassen können dem praktisch nur noch zustimmen oder werden per Satzung zur Kostentragung verpflichtet.

Eine solche Regelung ist für die Krankenkassen nicht hinnehmbar. Hier sollen Kosten zwischen zwei Parteien zu Lasten einer Dritten vereinbart werden. Die Krankenkassen müssen an der Entscheidung zur Höhe der Finanzierung gleichberechtigt beteiligt werden. Die Kostenverhandlungen müssen auf der Basis der notwendigen Arztgestellung unter Beteiligung der Krankenkassen mit vollem Stimmrecht erfolgen. Die Bereitschaft der Kassenseite, notwendige Kosten mitzutragen, wenn deren Wirtschaftlichkeit gegeben ist, ist unstrittig.

3. Uneinbringliche Forderungen und Fehleinsätze

Ein wesentlicher Makel des Rettungsdienstgesetzes in der vorliegenden Form ist es, dass den Krankenkassen in rechtswidriger Weise Kosten für uneinbringliche Forderungen und Fehleinsätze zugewiesen werden. Es ist nicht Aufgabe der Solidargemeinschaft Kosten zu tragen, die eine nicht versicherte Privatperson (z.B. bei Verkehrsunfällen mit internationaler Beteiligung) nicht bezahlt. Keine Krankenkasse ist verpflichtet, für die persönliche Schuld eines anderen einzustehen. Ebenso sind die Krankenkassen nicht verpflichtet, umfassend die Kosten des Rettungsdienstes bei Fehleinsätzen zu übernehmen, sondern ihre Leistungspflicht beschränkt sich auf ihre Versicherten. Diese Positionen sind durch Rechtsprechung gesichert. Die vorliegende Version des Rettungsdienstgesetzes schafft somit bewusst Rechtsunsicherheit und provoziert geradezu Klagen.

Die Ersatzkassen sind jederzeit zu einer konstruktiven Diskussion bereit. Dabei geht es ihnen nicht darum, die notwendige Novellierung eines fast 16 Jahre alten Gesetzes zu verhindern. Notwendig ist vielmehr eine sachgerechte Lösung der komplexen Materie, die Modernität mit Wirtschaftlichkeit des Rettungsdienstes verbindet. Auch wenn wesentliche Pfosten des Gesetzes eingeschlagen sind, darf die Chance nicht vertan werden, noch notwendige Änderungen bei wichtigen Einzelpunkten vorzunehmen.

Früherkennung und Frühförderung

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen haben gemeinsam mit den Kommunalen Spitzenverbänden auf der Grundlage der Frühförderverordnung (FrühV) eine Rahmenvereinbarung für den Freistaat Thüringen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (FrühV) mit Wirkung zum 1. Januar 2008 abgeschlossen.

Momentaufnahme aus der Frühförderung

Gegenstand dieser Vereinbarung ist der Zugang zu allen Leistungen der Früherkennung und Frühförderung nach § 30 SGB IX. Damit können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und heilpädagogische Leistungen als interdisziplinäre Komplexleistung erbracht werden. Schädigungen oder Störungen in der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Entwicklung von Kindern sollen frühzeitig erkannt, verhindert, geheilt oder in ihren Auswirkungen gemindert werden.

Das Angebot der Komplexleistung Frühförderung richtet sich an noch nicht eingeschulte behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder.

Auf der Grundlage des individuellen Bedarfes zur Förderung und Behandlung werden die erforderlichen medizinisch-therapeutischen und heilpädagogischen Leistungen in Zusammenarbeit mit den Erziehungsberechtigten in einem interdisziplinär entwickelten Förder- und Behandlungsplan schriftlich zusammengestellt. Der Förder- und Behandlungsplan führt die Ergebnisse der Diagnostik beider Leistungsbereiche zusammen.

Ziel der Komplexleistung ist es, die Leistungserbringung aus einer Hand zu ermöglichen. Diese erfolgt in anerkannten interdisziplinären Frühförderstellen und sozialpädiatrischen Zentren unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Kindes. Dadurch können Eltern sowie ihre behinderten und von Behinderung bedrohten Kinder das zeitintensive Aufsuchen verschiedener Fachdisziplinen und Einrichtungen vermeiden.

Zur Umsetzung der Landesrahmenvereinbarung Frühförderung führen die Ersatzkassenverbände seit dem Jahr 2007 Gespräche mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen. Dabei geht es um die Sicherstellung diagnostischer Leistungen und das Aufstellen des Förder- und Behandlungsplanes unter Beteiligung der Kinderärzte in Thüringen.

Darüber hinaus fand am 31. Januar 2008 im Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit gemeinsam mit den Krankenkassenverbänden und den Kommunalen Spitzenverbänden eine Informationsveranstaltung für die LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Thüringen, die Thüringer Vereinigung für Interdisziplinäre Frühförderung e.V. und die Träger der Frühförderstellen statt.

Die Ersatzkassenverbände in Thüringen sind zuversichtlich, mit der neuen Landesrahmenvereinbarung eine zukunftsorientierte Basis geschaffen zu haben, mit der die hohe Qualität der Frühförderung gesichert wird.

Unterschiedliche Behandlungsmethoden individuell erfasst.

Die neue Selbsthilfeförderung

Bereits in unserer letzten Ausgabe des Thüringer Ersatzkassenreportes haben wir an dieser Stelle einen Beitrag über die Änderungen in der Selbsthilfeförderung ab dem 1. Januar 2008 veröffentlicht. Seither haben sich die Thüringer Krankenkassen und ihre Verbände auf ein gemeinsames Konzept zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung verständigt.

Die Thüringer Krankenkassen und ihre Verbände stellen im Bereich der Gemeinschaftsförderung der Selbsthilfe in Thüringen für das Jahr 2008 einen Betrag von ca. 468.000 EUR zur Verfügung. Zur Förderung von Selbsthilfeprojekten werden der Selbsthilfe durch die Thüringer Krankenkassen in gleicher Höhe zusätzliche Fördergelder zur Verfügung gestellt.

Für die Gemeinschaftsförderung wurden von 860 Thüringer Selbsthilfegruppen Anträge gestellt. Von den Landesverbänden und Organisationen der Selbsthilfe in Thüringen konnten 39 Anträge sowie 18 Anträge von Thüringer Selbsthilfekontaktstellen registriert werden. Das Gesamtantragsvolumen von ca. 1,1 Million EUR übersteigt die für die Pauschalförderung im Jahr 2008 zur Verfügung stehenden Finanzmittel somit beachtlich.

Allein daraus wird ersichtlich, wie schwer sich die Verteilung der Fördergelder entsprechend der Antragslage praktizieren lässt. Auf Grund des enormen Antragsvolumens wurden mit den Vertretern der Selbsthilfe entsprechende Förderkriterien abgestimmt, die die originäre Selbsthilfearbeit im Jahr 2008 ermöglichen und eine Arbeitsfähigkeit sicherstellen. Derzeit arbeiten die Krankenkassenverbände an einer Umsetzung und Aufteilung der Förderung.

Auf Wiedersehen Lothar Braune

Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern kennen ihn als Pionier der ersten Stunde. Seit März 1992 war Lothar Braune für die BARMER Ersatzkasse auch in Thüringen unterwegs, zuletzt als zuständiger Landesbereichsgeschäftsführer für Sachen-Anhalt und Thüringen. Nach über 33 Arbeitsjahren ist Lothar Braune zum 31. März 2008 aus seinem Dienst ausgeschieden.

Wir möchten uns an dieser Stelle bei ihm bedanken. Wir danken ihm, dass er die Ersatzkassengemeinschaft stets mit Rat und Tat und seinem diplomatischen Geschick begleitete. Wir danken ihm für sein unermüdliches Wirken und wir sagen: „Auf Wiedersehen, lieber Lothar Braune!"

Lothar Braune
Foto: Kerstin Keding

(v.l.n.r.) Peter Schneider (KKH), Petra Recke, Michael Domrös, Simone Krypczyk, Mario Grothe
Foto: Kerstin Keding

Für eine gute Sache am Start

Auch die Kolleginnen und Kollegen der VdAK/AEV-Landesvertretung Thüringen ließen es sich nicht nehmen, beim diesjährigen KKH-Herz-Kreislauf am 3,2 km-Firmenlauf teilzunehmen.

Gemeinsam gingen sie an den Start.

Impressum

Herausgeber:
Landesvertretung des VdAK/AEV 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