

report thüringen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Reform der Pflegeversicherung – Anspruch und Wirklichkeit

Eckpunktepapier, Referentenentwurf, Kabinettsbeschluss – die Pflegereform nimmt langsam aber sicher Form an. In der Kontinuität des Verfahrens kommt der erklärte Wille aller Beteiligten zum Ausdruck, spätestens Mitte nächsten Jahres ein weiterentwickeltes Pflegeversicherungsgesetz in Kraft zu setzen. Die Inhalte sind weitgehend definiert. Diskussionen machen sich aktuell nur noch an einzelnen Passagen fest, die jedoch die Gesamtreform nicht in Frage stellen.

Damit lohnt eine Bewertung des vorliegenden Entwurfes in Bezug auf Anspruch und Wirklichkeit: In der Koalitionsvereinbarung der Regierungsparteien ist verankert, dass der Reformbedarf in der Pflegeversicherung insbesondere

- auf die Verbesserung der Pflegeleistungen,
- auf die Anpassung der Leistungsbeträge und
- auf eine nachhaltige Sicherung der Finanzierung gerichtet ist.

Im nunmehr vorliegenden Kompromiss finden sich die ersten beiden Handlungsfelder wieder.

In dieser Ausgabe:

- Reform der Pflegeversicherung
- Krankenhausversorgung in Thüringen
- Hausärztliche Versorgung
- Die neue Selbsthilfeförderung

Pflegeleistungen werden ausgebaut

Der Grundsatz „ambulant vor stationär“ wird weiter gestärkt. Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz erhalten in größerem Umfang Leistungen aus der Pflegeversicherung. Es wird mehr Geld bereitgestellt. Die Leistungsbeträge werden anfangs stufenweise erhöht und zukünftig dynamisiert. Das dritte Element, die Finanzreform ist allerdings bis fast zur Unkenntlichkeit geschrumpft. Außer einer

– allerdings moderaten – Anhebung des Beitragsatzes ist nichts passiert. Alle im Vorfeld getätigten Überlegungen zur Notwendigkeit einer langfristigen Sicherung der Finanzierbarkeit des Systems Pflegeversicherung sind auf dem Altar der Bündnissicherung in der Regierung geopfert worden. Geblieben ist eine Berechnung, wonach das Geld aus dem erhöhten Beitragsaufkommen die nächsten sieben, acht Jahre reichen wird. Von Nachhaltigkeit keine Spur.

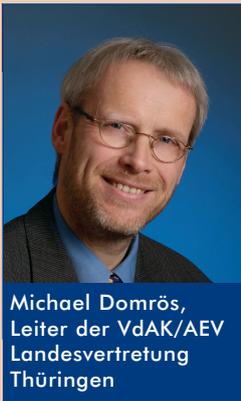
Kernelemente der Pflegeversicherung

Die Lücke Finanzreform wird allerdings durch weitreichende Strukturänderungen mehr als nur gefüllt. Das vorliegende Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wird nach einhelliger Meinung aller Experten die Pflegelandschaft strukturell völlig verändern. Kernelemente sind professionelle Pflegeberatung und Pflegestützpunkte, in denen die Beratungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden. Darüber hinaus werden auch die Rahmenbedingungen für die Qualitätssicherung bei der Leistungserbringung konkretisiert. Die Anwendung von Expertenstandards ist keine Ermessensfrage mehr, der Rhythmus von Qualitätsprüfungen wird auf regelmäßig drei Jahre festgelegt und die jährliche Prüfquote beträgt zukünftig mindestens 20 Prozent der zugelassenen Einrichtungen. Regelungen zur landläufig geforderten Verbesserung der Transparenz im Leistungsgesche-

hen runden das Gesamtbild ab. Summa summarum sind in der Pflege unter diesen Prämissen Wettbewerb und effiziente Versorgung neu definiert. Es bleibt spannend, wie sich mit den neuen Rahmenbedingungen die Pflegelandschaft in einigen Jahren präsentieren wird. Aus Sicht der Pflegebedürftigen ist auf jeden Fall ein weiterer Schritt zum Positiven zu erwarten.



Neue Versorgungsformen gefordert



Michael Domrös,
Leiter der VdAK/AEV
Landesvertretung
Thüringen

DER KOMMENTAR

Über zwölf Jahre ist es her, seit mit der Blümschen-Pflegeversicherung auf die veränderten Strukturen der Gesellschaft reagiert wurde. Nunmehr bedürfen die Inhalte dringend einer Anpassung, denn unsere Gesellschaft hat sich seit 1995 rasant verändert. Außerdem sind neue Erkenntnisse und Möglichkeiten in und um die Pflege mit einzubeziehen. Die Pflege ist damit zu einem echten, hart umkämpften Wettbewerbsmarkt geworden.

Ich denke, der vorliegende Gesetzesentwurf reagiert auf vieles angemessen und gut, auch wenn er im Detail selbstverständlich noch diskutiert werden muss. Zu den positiven Ansätzen gehört, die bessere Einbeziehung von demenzkranken Bürgern und die Akzeptanz von Veränderungen der Lebensgewohnheiten im Alter, wie z. B. von Wohnungsgemeinschaften. Auch die neuen Herausforderungen zur Qualitätssicherung sind letztendlich notwendig, um

den „Pflegemarkt“ nicht zu einem Ausbeutungsmarkt der Bedürftigen werden zu lassen. Allerdings sei angemahnt, die Angemessenheit und die Realisierbarkeit zwingend mit zu berücksichtigen. Als äußerst kritisch ist jedoch in dem Pflegeversicherungsgesetz zu sehen, dass neben dem eigentlichen Versprechen der Endbürokratisierung an anderer Stelle neue bürokratische Hürden und Instanzen ins Leben gerufen werden sollen. Es ist nicht erklärbar, warum die bestehenden Strukturen in Begleitung, Beratung und Koordination nicht weiter ausgebaut werden können, um potentiell von der Pflegebedürftigkeit betroffene Personen und deren Angehörige zu beraten. Stattdessen sollen Pflegestützpunkte neu aufgebaut werden. Ich bin davon überzeugt, dass dieses an den Notwendigkeiten und Bedürfnissen Betroffener vorbeigeht. Es muss doch viel mehr darum gehen, bestehende Beratungsinstanzen und -stellen auszubauen und entsprechend zu qualifizieren. Bei der Reform der Pflegeversicherung müssen wir auch anpassen, dass wir uns nicht an der falschen Stelle „überverwalten und überorganisieren“. Letztendlich geht es auch hier um Praktikabilität und um das effektive Einsetzen der Versichertenbeiträge.

Neue Möglichkeiten für Hausärzte in Thüringen (Teil I)

Bereits seit Jahren macht die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen (KVT) geltend, die Versorgung mit Ärzten sei schon in wenigen Jahren nicht mehr sicherzustellen. Der Gesetzgeber hat für derartige Klagen, die auch aus anderen neuen Bundesländern kommen, ein offenes Ohr gezeigt. Schon bislang gab es die Möglichkeit, in Teilen eines Planungsbereiches (Landkreise bzw. kreisfreie Stadt) Maßnahmen zu ergreifen, wenn Unterversorgung mit Ärzten "unmittelbar" droht. Durch das sogenannte GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde deren Betrachtungshorizont modifiziert, da die Unterversorgung nunmehr "in absehbarer Zeit" eintreten könnte. Außerdem wurden die Finanzierungsregelungen umgestaltet. Waren bisher KVT und Krankenkassen gemeinsam gehalten, Maßnahmen zur Behebung von Sicherstellungsproblemen zu finanzieren, sind ab diesem Jahr die Kosten allein von den Krankenkassen zu tragen.

Eine bestehende Überversorgung festzustellen, ist auf Grundlage der geltenden rechtlichen Bestimmungen relativ einfach. Auf der Basis vorgegebener Verhältniszahlen für die Relationen von Einwohnern und Arzt ist der Versorgungsgrad für einzelne Planungsbereiche eindeutig berechenbar. Dabei ergibt sich insgesamt ein recht positives Bild. Bei den Fachärzten besteht überwiegend mathematisch-statistisch eine Überversorgung, einzelne Fachgruppen sind thüringenweit flächendeckend für Neuzulassungen gesperrt. Auch bei Hausärzten besteht derzeit nirgendwo in Thüringen eine Unterversorgung, in 16 Planungsbereichen wurde gar eine Sicherstellungssituation von über 100 % festgestellt. Trotzdem ist in der Zukunft bei der hausärztlichen Versorgung am ehesten mit Engpässen zu rechnen.

Was wurde bisher gegen drohende Unterversorgung unternommen?

Seit 2004 unternehmen die Krankenkassen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen Anstrengungen, um künftige Unterversorgungen im hausärztlichen Bereich zu lokalisieren und Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Dafür wurde analysiert, wie sich in den nächsten vier Jahren unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzte, der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung und der prognostizierten Neuzulassungen die Situation bei der Sicherstellung mit Hausärzten entwickeln würde. Betrachtungsgegenstand war nicht nur der Planungsbereich, sondern die Struktur der Altkreise vor der Gebietsreform Anfang der 90er Jahre. Prognostizierte man ursprünglich im Jahr 2004, dass im Jahr

2008 in 15 Altkreisen Unterversorgung drohe, blieben nach den prospektiven Berechnungen für 2009 nur noch zehn, für 2010 lediglich vier Altkreise übrig.

In den entsprechend identifizierten Regionen besteht die Möglichkeit, Eigeneinrichtungen zu etablieren, in denen niederlassungswillige Ärzte zunächst im Anstellungsverhältnis wertvolle Erfahrungen für eine spätere selbstständige Niederlassung sammeln können – was in Ohrdruf übrigens vorbildlich funktioniert – sowie Sicherstellungsassistenten zu finanzieren.

Obwohl sich bei großflächiger Betrachtung immer weniger Anhaltspunkte für akute Sicherstellungsprobleme mit Hausärzten finden ließen, ist dennoch zugleich erkennbar, dass in einzelnen Gegenden in den nächsten Jahren durchaus spürbare Engpässe bei der hausärztlichen Versorgung befürchtet werden müssen. Damit wächst die Notwendigkeit, die vom Gesetzgeber eingeräumten Möglichkeiten exakter auf konkrete Problemregionen zu fokussieren. Die KVT hatte die Idee aufgebracht, hierbei jede einzelne Verwaltungsgemeinschaft bzw. gar Gemeinde zu betrachten. Auf Vorschlag der Krankenkassen wurde dieser Gedanke im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen dahin weiterentwickelt, dass nunmehr Verbünde von Verwaltungsgemeinschaften betrachtet werden, die in der Regel einen Einzugsbereich mit einem Radius von zehn Kilometern abbilden. Dadurch können zufällige Verwerfungen in der Versorgungsstruktur sachgerecht nivelliert werden.

Bei dieser Betrachtung ist in absehbarer Zeit (vier Jahre) eine drohende Unterversorgung in folgenden Gebieten zu erwarten:

- Eichsfeld (VG Ershausen/Geismar, Dingelstädt, Westerwald-Obereichsfeld),
- Greiz (VG Kraftsdorf, Münchenbernshausen, Bad Köstritz, Wünschendorf/Elster), Hildburghausen (VG Themar, St. Kilian, Schleusingen, Feldstein),
- Ilmkreis (VG Ichttershausen, Riechheimer Berg, Arnstadt),
- Nordhausen (VG Hohenstein, Werther, Hainleite, Sollstedt, Bleicherode).

In diesen Gebieten stehen nunmehr zusätzliche weitreichende Möglichkeiten zur Stimulierung von Niederlassungen von Hausärzten bzw. zur Weiterführung von bestehenden hausärztlichen Praxen zur Verfügung:

Fortsetzung Teil II auf Seite 6

Reform der Pflegeversicherung - die neuen Pflegestrukturen

Mit dem Pflegereformgesetz baut der Gesetzgeber die Rahmenbedingungen für die Stärkung der ambulanten Versorgung weiter aus. Dies vor dem Hintergrund, dass Betroffene immer deutlicher den Wunsch nach möglichst langem Verbleib in der eigenen Häuslichkeit artikulieren. Mit den Kernelementen der Pflegereform – Pflegeberatung und Pflegestützpunkt – werden Strukturen neu geschaffen, die genau diesen Bedarf aufgreifen und einen effizienten Ansatz für die zielgerichtete und angemessene Unterstützung der hilfebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld bieten.

Pflegeberatung durch Fallmanagement

Der neu im Gesetz implementierte Anspruch auf professionelle Beratung und Unterstützung in Form des Fallmanagements zielt insbesondere darauf ab, dem Pflegebedürftigen im Bedarfsfall individuelle Hilfestellung bei der Auswahl und Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten zu geben. Über ein mehrstufiges Verfahren soll sichergestellt werden, dass ein passgenaues und auf den Einzelfall zugeschnittenes Leistungspaket geschnürt wird, und die Betroffenen und ihre Angehörigen in die Lage versetzt werden, dieses auch in Anspruch zu nehmen. Dabei ist die Pflegeberatung als Angebot zu verstehen, welches in Anspruch genommen werden kann. Es ist keine verpflichtende Leistung, da nicht jeder Pflegebedürftige der über einer üblichen Beratung hinausgehenden Betreuung bedarf.

Die Pflegeberatung im Sinne eines Fallmanagements setzt bei der Analyse des Hilfebedarfes an. Dies geschieht im direkten Kontakt und im Einvernehmen mit dem Hilfesuchenden, seinen Angehörigen und allen an der Pflege, Versorgung und Betreuung Beteiligten. Nach Klärung der sozialrechtlichen Ansprüche wird darauf aufbauend ein auf den Einzelfall zugeschnittener Versorgungsplan erstellt und somit im Sinne einer Weichenstellung geklärt, ob die Aufnahme in ein Pflegeheim erforderlich ist oder über die Organisation ambulanter Hilfen der bestehende Bedarf gedeckt werden kann. Bei der Planung der Versorgung ist der Fokus nicht nur auf die Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch zu richten, sondern es sind auch angrenzende Bereiche einzubeziehen. Dies betrifft beispielsweise Prävention, Rehabilitation und häusliche Krankenpflege als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung genauso wie Leistungen nach dem Zwölften Sozialgesetzbuch und Selbstzahlerleistungen wie Essen auf Rädern. Wichtigste Aufgabe wird dabei die Abstimmung zwischen den einzelnen Kostenträgern und mit den betroffenen Leistungserbringern sein. Anschließend ist für die Umsetzung des Versorgungsplanes zu sorgen sowie für dessen Anpassung bei Änderung der Bedarfslage.

Die Fallsteuerung selbst wird durch Pflegeberaterinnen und Pflegeberater durchgeführt. Diese sind bei den Pflegekassen angestellt. Die Zahl der Fallmanager will der Gesetzgeber so bemessen sehen, dass

die vorgenannten Aufgaben im Interesse der Hilfesuchenden zeitnah und umfassend wahrgenommen werden können. Wenn in der Gesetzesbegründung eine Betreuungsrelation von 1:100 benannt ist, so kann dies nur eine Orientierungsgröße sein, die in Abhängigkeit des konkreten Bedarfes regional unterschiedlich umzusetzen ist. Der mündige Bürger soll auch weiterhin in eigener Zuständigkeit die Pflege ausgestalten können. Ist er jedoch nicht oder nicht mehr in der Lage, notwendige Betreuung selbst zu organisieren und zu koordinieren, dann stehen ihm professionelle Case-Manager – ggf. auch nur zeitweise und/oder für bestimmte Aufgaben – zur Seite.

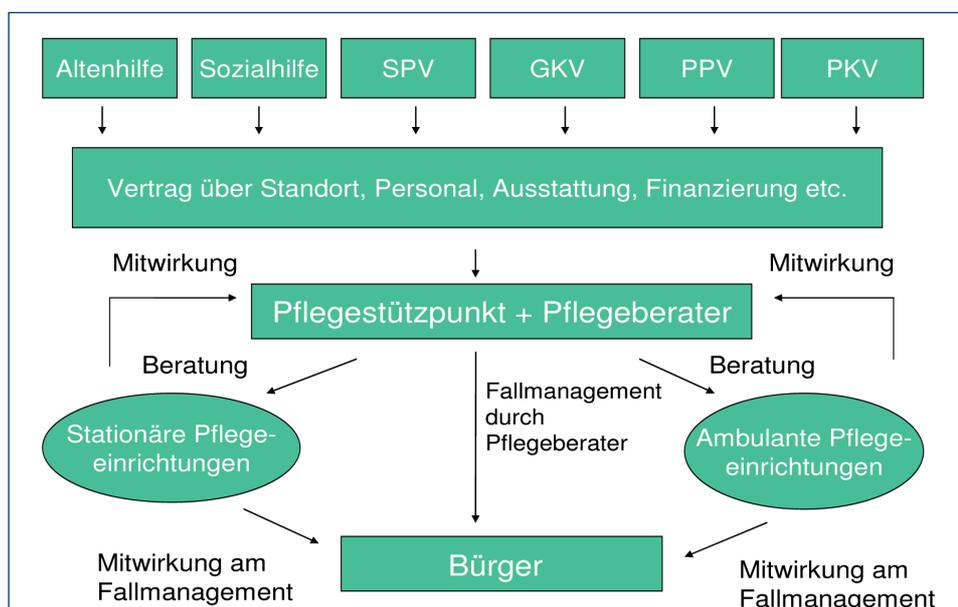


Abb. 1: Wohnortnahe integrierte Versorgung – Aufbau und Struktur
Quelle: Die Ersatzkasse 10/2007



Reform der Pflegeversicherung – Pflegeberatung

Vernetzung durch Pflegestützpunkte

Mit dem Ziel, auf der wohnortnahen Ebene vorhandene Versorgungsangebote so in ein Netzwerk einzubinden, dass eine abgestimmte Versorgung und Betreuung von hilfebedürftigen Menschen im Rahmen eines Gesamtkonzeptes ermöglicht wird, sind quartiersbezogene Pflegestützpunkte zu bilden. Dahinter steht der Gedanke, Sozialleistungen, die regelmäßig von Pflegebedürftigen benötigt werden und bisher kaum miteinander verzahnt sind, zu verflechten und sie aus einer Hand anzubieten. Insbesondere Leistungen der offenen kommunalen Altenhilfe und der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII sollen mit denen der sozialen Pflege- und Krankenversicherung vernetzt und erbracht werden.

Der Handlungsauftrag zur Errichtung der Pflegestützpunkte geht an die Pflege- und Krankenkassen im jeweiligen Bundesland gemeinsam. Sie haben Verträge zu schließen, die den Aufbau und Betrieb der Pflegestützpunkte gewährleisten. Vertragspartner sind nach Landesrecht zu bestimmende Stellen für die wohnortnahe Betreuung im Rahmen der örtlichen Altenhilfe und die Hilfe zur Pflege nach SGB XII, zugelassene Pflegeeinrichtungen sowie die im Bundesland tätigen privaten Kranken- und Pflegeversicherer. Im Ergebnis sollen durch das gemeinsame Vorgehen der Vertragspartner Schnittstellen weitgehend beseitigt und Synergien freigesetzt wer-

den. Weiterhin erwartet der Gesetzgeber, dass Wirtschaftlichkeitsreserven von erheblichem Umfang durch die Verzahnung und Vernetzung der unterschiedlichen Ansprüche und Leistungen gehoben werden können. Im Rahmen der finanziellen Förderung in der Aufbauphase werden auch gezielt Anreize gesetzt, um die Selbsthilfe und ehrenamtlich tätige Personen und Organisationen zur Mitarbeit im Pflegestützpunkt zu gewinnen. Über die Verknüpfung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe im regionalen Stützpunkt erwartet der Gesetzgeber einen weiteren Beitrag zur Verbesserung der Situation und Versorgung von Betroffenen. Soweit in der Gesetzesbegründung angeregt wird, auch Verbraucherzentralen und -beratungsstellen zu integrieren, lässt das Gesamtkonzept den Willen erkennen, die Stellung der hilfebedürftigen Menschen auch als Verbraucher nachhaltig zu stärken.

Pflegestützpunkte haben in erster Linie die Aufgabe, Informationen zu vermitteln und zu beraten. Als zweites und mit gleicher Priorität sollen über die dort tätigen Pflegeberater der Kassen und die Mitarbeiter weiterer Leistungsträger die nötigen Entscheidungen für eine umfassende Versorgung des Ratsuchenden getroffen werden, sofern er dies wünscht. Drittens sollen von dieser Stelle aus alle in Betracht kommenden Hilfs- und Unterstützungsangebote koordiniert werden. Dabei ist das gesamte Spektrum der medizinischen, pflegerischen und sozialen Angebote einzubeziehen, angefangen von der Gesundheitsförderung, über Prävention, Rehabilitation bis hin zur kurativen und pflegerischen Versorgung. Hilfestellung ist nicht nur bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu geben sondern auch bei deren Abwicklung und ggf. Bezahlung anzubieten.

Insgesamt stellt das Konzept der Vernetzung von Angebot und Entscheidungskompetenz in einer Institution ein Novum in Bezug auf alle bisher realisierten Versorgungsansätze dar und bietet zukünftig die Gewähr dafür, dass wohnortnah pflegerelevante Bedürfnisse ganzheitlich angegangen und verwirklicht werden können. Der konkrete Bedarf für solche neuen Strukturen ist verschiedentlich signalisiert worden. Inwieweit das Angebot auch tatsächlich im prognostizierten Umfang angenommen wird, wird die Praxis zeigen. Flächendeckende Strukturen sind gesetzgeberisch gewollt. Ob jedoch eine Versorgungsregion von 20.000 Einwohnern je eines Pflegestützpunktes bedarf, darf an dieser Stelle schon bezweifelt werden.

Hier wird es darum gehen, mit Augenmaß regional orientierte Konzepte und Lösungen zwischen allen Beteiligten zu finden, damit die im Gesetzesentwurf enthaltenen zaghafte Regelungen zum Bürokratieabbau nicht durch neue Verwaltungsmonster überkompensiert werden.

Fortsetzung von Seite 3

Neue Möglichkeiten für Hausärzte in Thüringen (Teil II)

- fallzahlabhängige Stützung der Patientenbetreuung in Höhe von 8,75 EUR pro Quartal für jeden Behandlungsfall, der über die Fallzahl der Fachgruppe pro Quartal im gesamten Bundesgebiet (!) liegt,
- Förderungen von Praxisneugründungen und Übernahmen bestehender Vertragsarztsitze in Form einer Investitionspauschale von max. 30.000 EUR; bei Neugründungen besteht zusätzlich Anspruch auf Zahlung eines einmaligen Sicherstellungszuschlages mit Rückzahlungsverpflichtung in gleicher Höhe,
- Förderung von Zweigpraxen durch Zahlung einer Investitionspauschale, deren Höhe vom Umfang der angebotenen Sprechzeiten abhängt,
- Fördermöglichkeit bestehender Praxen über das durchschnittliche Aufgabealter hinaus auf Antrag des Arztes.

Was hat der gemeinsame Landesausschuss für Ärzte und Krankenkassen beschlossen?

Mit diesen Beschlüssen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen wird eine völlig neue Qualität bei dem zur Verfügung stehenden Instrumentarium zur Bekämpfung von hausärztlichen Versorgungslücken erreicht. Es ist zu erwarten, dass die

von den Krankenkassen gezahlten Beträge (die gegenwärtig noch nicht exakt bezifferbar sind) in den entsprechenden Regionen zu einem enormen Honorarschub führen werden. Kombiniert mit den Niederlassungshilfen können deutliche Anreize für die hausärztliche Tätigkeit geschaffen werden.

Die Verantwortung dafür, die neuen Möglichkeiten auch wirklich zu nutzen, liegt im Rahmen des gesetzlichen Sicherstellungsauftrages für die vertragsärztliche Versorgung nunmehr bei der KVT. Sie hat in der Vergangenheit immer wieder beklagt, dass die Möglichkeiten fehlen, die erforderlichen Sicherstellungsanreize setzen zu können. Das Bild hat sich nun jedoch völlig verändert. Die Zeit des Wehklagens der ärztlichen Standesvertreter sollte jetzt endgültig der Vergangenheit angehören.

Da die getroffenen Regelungen in wesentlichen Punkten über das hinausgehen, was in anderen neuen Bundesländern im Rahmen der Niederlassungsförderung möglich ist, erwarten die Ersatzkassen im Gegenzug für ihr großes finanzielles Engagement auch entsprechende Ergebnisse, denn ab sofort steht die KV Thüringen in der Pflicht!

Herbsttour führte in ausgewählte medizinische Einrichtungen des Landes Thüringen

Von Ende Oktober bis November begab sich die Landesvertretung der Ersatzkassenverbände in ausgewählte Einrichtungen des Thüringer Gesundheitswesens. Nach einem vier Wochen umfassenden Programm wurden elf vor Ort-Besuche in Thüringer Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Hospize und Rehabilitationskliniken durchgeführt.

Im Mittelpunkt der Gespräche in Thüringer Krankenhäusern standen neben allgemeinen Fragen der medizinischen Versorgung auch Fragen der zukünftigen

Krankenhausversorgung und deren Weiterentwicklung.

Thüringens Krankenhausversorgung auf gutem Weg

Mit dem 5. Thüringer Krankenhausplan 2006 begann der Wechsel von einer quantitativen

Planung hin zu einer qualitativen Planung. Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz wurde die rechtliche Möglichkeit geschaffen, landesspezifische Qualitätsstandards in die Krankenhausplanung zu integrieren. Das Thüringer Sozialministerium beabsichtigt, diese neuen Instrumente zur Sicherung und Weiterentwicklung der stationären Krankenhausversorgung für alle Einwohner einzusetzen.

Zurzeit werden deshalb im Krankenhausplanungsausschuss Qualitätsstandards für den Bereich der Thoraxchirurgie, Kardiologie, Traumatologie/Orthopädie, Pneumonie und Geriatrie erarbeitet. Ersatzkassen und Krankenhausträger sind sich darüber einig, dass sowohl die Hochleistungsmedizin, die Innovation und die flächendeckende Versorgung in Thüringen besonders zu berücksichtigen sind. Unterschiedlich gesehen wird dabei, mit welchen Vorgaben dieses Ziel erreicht werden kann. Die Ersatzkassen setzen sich vor allem dafür ein, dass die Qualitätsvorgaben eine gute Krankenhausversorgung sicherstellen. Dazu möchten die Ersatzkassen alle im Planungsprozess beteiligten Institutionen einbinden, um eine noch höhere qualitative Krankenhausversorgung in Thüringen sicherzustellen.



v.l.n.r.: Ralf Gommermann, Referatsleiter stationäre Einrichtungen, Rudolf Kruse, kaufmännischer Vorstand, Universitätsklinikum Jena, Michael Domrös, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Thüringen

So sagte beispielsweise das Universitätsklinikum Jena zu, seine umfangreichen Erfahrungen in der Patientenversorgung bei der Erarbeitung von Qualitätsstandards weiterzugeben. Ebenso werden sich andere regionale und überregionale Krankenhäuser an der Erarbeitung von Qualitätsstandards in Thüringen beteiligen. Gerade die Teilnahme von unterschiedlichen Krankenhausträgern mit unterschiedlichen Krankenhausgrößen ist für ein Konzept der flächendeckenden Versorgung wichtig. Die erfolgte Einbindung der Landesärztekammer Thüringen in den Planungsprozess stellt die Umsetzung der Vorgaben der Thüringer Weiterbildungsordnung für Ärzte sicher.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind die Thüringer Krankenhäuser insgesamt modern und gut ausgestattet, sodass die Rahmenbedingungen für eine Weiterentwicklung der Versorgungssituation gut sind. Die Ersatzkassen setzen sich für verbindliche Qualitätsstandards ein. Diese sollen mit Hilfe eines Stufenmodells erarbeitet werden.

Fachleute werden nun darüber entscheiden, mit welchen und wie vielen Fachärzten sowie mit welcher Gerätetechnik die medizinische Versorgung in den Thüringer Krankenhäusern zukünftig sicherzustellen ist.

Schlichtungsverfahren in Thüringen entscheidet für die Kassen

Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen die Möglichkeit eröffnet, an Stelle von Einzelfallprüfung im Krankenhaus eine Stichprobenprüfung in Auftrag zu geben. Die Basis dafür bildet der § 17 c des Krankenhausfinanzierungsgesetzes. In Thüringen wurde deshalb durch die Krankenkassenverbände der Medizinische Dienst der Krankenversicherung beauftragt, die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung im Rahmen einer Stichprobenprüfung in einem Krankenhaus zu überprüfen. Das Ergebnis

der Prüfung ergab, dass für eine Vielzahl von Fällen eine ambulante Behandlung ausreichend gewesen wäre.

Da sich das Krankenhaus und die Krankenkassen über das Ergebnis der Prüfung nicht einigen konnten, wurde der Schlichtungsausschuss angerufen, der einen Vorschlag zur Einigung unterbreiten soll. Der Schlichtungsausschuss bestätigte das Prüfergebnis des MDK Thüringen uneingeschränkt.

Sicherstellung der Ausbildung in den Krankenhäusern Thüringens

Über 1500 Auszubildende werden derzeit in den Berufen Gesundheits-, Kranken-, Kinderkrankenpfleger/in und Krankenpflegehelfer/in in den Thüringer Krankenhäusern ausgebildet.

Um diese Ausbildung zu finanzieren, vereinbaren die Krankenkassen mit den ausbildenden Krankenhäusern ein Ausbildungsbudget und einen Ausbildungszuschlag. Dieser Ausbildungszuschlag sollte pro Krankenhausfall an die ausbildenden Krankenhäuser durch die Krankenkassen gezahlt werden. Das wiederum hätte zur Folge, dass Krankenhäuser mit Ausbildung den Krankenhäusern ohne Ausbildung schlechter gestellt wären. Um diese Benachteiligung gar nicht erst entstehen zu lassen und die Ausbildung auch in Zukunft sicherzustellen, vereinbarten die Ersatzkassenverbände mit den anderen Verbänden der Krankenkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen für das Jahr 2008 auf der Landesebene erstmals einen Ausgleichsfonds für die Ausbildung.

Basis hierfür bildet ein Rahmenvertrag zur Regelung des Verfahrens für die Errichtung und Verwaltung

des Ausgleichsfonds und eine Vereinbarung über die Höhe des landesweit geltenden Ausbildungszuschlages.

Aufgrund der Vereinbarung des Ausgleichsfonds stellt ab 2008 jedes Krankenhaus einen Ausbildungszuschlag den Krankenkassen in Rechnung und führt diesen an den Ausgleichsfonds ab. Die ausbildenden Krankenhäuser erhalten aus diesem Ausgleichsfonds die mit den Krankenkassen vereinbarten notwendigen Mittel zur Finanzierung ihrer Ausbildung.

Zur Ermittlung des Finanzbedarfs des Ausgleichsfonds wurden die Ausbildungsbudgets aller Krankenhäuser in Thüringen zusammengeführt. Der Ausbildungszuschlag pro Fall wurde in Höhe von 33,90 EUR vereinbart.

Durch diese Vereinbarungen auf Landesebene wurden die Voraussetzungen geschaffen, die Ausbildung auch weiterhin unter den sich verändernden Bedingungen für die Krankenhäuser sicherzustellen.

Selbsthilfeförderung ändert sich

Krankenkassenübergreifende Pauschalförderung

Für die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe treten zum 1. Januar 2008 neue rechtliche Grundlagen zur Förderung in Kraft. Danach sind von den Krankenkassen und ihren Verbänden mindestens 50 Prozent der jährlichen Fördermittel für die kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung bereit zu stellen. Die übrigen maximalen 50 Prozent der Fördermittel verbleiben den Krankenkassen für die kassenindividuelle Selbsthilfeförderung.

In Thüringen haben sich die Vertreter der Krankenkassenverbände gemeinsam mit den Vertretern der Selbsthilfe auf eine Förderung gemäß der neuen Fördervoraussetzungen verständigt. Die Inhalte werden in einer landesweiten Kooperationsvereinbarung geregelt. Diese kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung berücksichtigt die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen sowie die finanzielle Förderung von Organisationen und Landesverbänden der Selbsthilfe in Thüringen. Gefördert wird entsprechend der „Rahmenvorgaben der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung nach § 20c SGB V vom 17. September 2007“.

Die Förderung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im Rahmen der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung erfolgt als Pauschalförderung. Dadurch leisten die Krankenkassen und ihre Verbände neben der öffentlichen Hand ihren Beitrag zur Basisfinanzierung der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe auf Landesebene.

Alle Anträge aus den Bereichen der Selbsthilfe auf Pauschalförderung werden gemeinsam und einheitlich von der Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe be-

arbeitet. Die Förderentscheidungen werden unter Mitberatung der Vertreter der Selbsthilfe getroffen. Für die Pauschalförderung ist pro Jahr nur ein Antrag zu stellen.

Kassenindividuelle Förderung

Neben der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung fördern die einzelnen bundes- und landesweiten Krankenkassen die gesundheitsbezogene Selbsthilfe im Rahmen der krankenkassenindividuellen Förderung.

Bei der Projektbeantragung soll der Antrag Ausführungen zu den Projektzielen (inhaltliche, strukturelle und methodische Ziele), zu den Erfolgsindikatoren (Gewinn des Projekte), zur Weiterführung nach Ende der Projektführung, zu den Projektbeteiligten und ggf. Kooperationspartnern, zum Projektaufbau und zur Projektdurchführung, den Zielgruppen, Laufzeit und zu den Kosten (Finanzplanung inkl. Eigenanteil und Beiträge anderer Partner) enthalten.

Nähere Informationen zur kassenindividuellen Förderung erhalten Sie bei den Geschäftsstellen der Ersatzkassen.

Aufgrund der geänderten Gesetzlichkeiten haben sich die Thüringer Krankenkassen und ihre Verbände dafür ausgesprochen, bereits gestellte Anträge an die Antragsteller zurückzuschicken. Jeder Antragsteller soll damit die Möglichkeit einer neuen Antragstellung (pauschaler und-/oder projektbezogener Antrag) erhalten. Die neuen Anträge sollten bis spätestens 31. Januar 2008 bei den entsprechenden Antragstellen eingegangen sein.

Weitere Informationen sind auch über entsprechende Internetadressen abrufbar.



*Wir wünschen all unseren Lesern
ein frohes und besinnliches
Weihnachtsfest und für das Jahr 2008
alles Gute.*

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