

report thüringen

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2007

ersatzkassen

Was hat sich mit dem GKV-WSG geändert?

Sie gelingen nicht immer, die guten Reformen zur Umsetzung hehrer Ziele. In welche Richtung durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbes in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) tatsächlich Verbesserungen stattfinden werden, bleibt daher abzuwarten. Mit der Freigabe durch den Bundespräsidenten ist die Reform zum 1. April d. J. in Kraft getreten. Erstmals in der Geschichte des deutschen Gesundheitswesens wird damit so nachhaltig reformiert: Finanzierung, Organisation und Strukturen werden gründlich neu geordnet und das Verhältnis von gesetzlicher zu privater Krankenversicherung wird neu definiert.

Ärzte, Krankenhäuser, Krankenkassen und vor allem Versicherte müssen sich in einem fast unübersehbaren Umfang von den Gesetzestexten, mit teilweise gravierenden Änderungen vertraut machen.

Was bedeutet das im Einzelnen? Aber vor allem, für welche Zielgruppen des deutschen Gesundheitswesens wird sich in welchem Schritt durch das GKV-WSG was ändern?

In dieser Ausgabe:

- Änderungen mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz
- Zusätzliche Mittel für Thüringer Krankenhäuser
- Impulse für das Gesundheitswesen – Integrierte Versorgung
- Projekt Pflegeprozess

Zum **1. April 2007** trat die Pflicht zur Versicherung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft.

Die medizinische Versorgung für Versicherte wird durch zahlreiche Neueregungen neu definiert: so ist z. B. eine Ausweitung der ambulanten Versorgung durch Krankenhäuser vorgesehen, wird die Palliativversorgung ausgebaut, gehören Impfungen und Vater-/Mutter-Kind-Kuren nun zu den Pflicht-

leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und wird die betriebliche Gesundheitsförderung gestärkt. Darüber hinaus sollen die Übergänge vom Krankenhaus in die Rehabilitation und Pflege verbessert und Versicherte an den Folgekosten für medizinisch nicht indizierte Maßnahmen (Schönheitsoperationen) finanziell beteiligt werden. Integrierte Versorgung soll nunmehr flächendeckend und unter Einbindung der Pflegeversicherung erfolgen.

Bei den Arzneimitteln sind vor allem die Einführung von Kosten-Nutzen-Bewertungen sowie die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung neu geregelt. Darüber hinaus sind z. B. durch die Abgabe von einzelnen Tabletten an Patienten sowie die Weitergabe von nicht benutzten, zentral bevorrateten Betäubungsmitteln in Gemeinschaftseinrichtungen (Hospizen, Pflegeheimen) Kosteneinsparungen zu erwarten.

Ebenso werden neue Wahltarife für Versicherte für besondere Versorgungsformen, Selbstbehalte und Kostenerstattung eingeführt. Krankenkassen können seit dem **1. April 2007** kassenartenübergreifend fusionieren.

Zum **1. Juli 2007** ändert sich der Versicherungsschutz in der privaten Krankenversicherung.

Zum **1. Januar 2008** ändert sich vor allem für chronisch Kranke die bisherige Ein-Prozent-Regelung. Und zum **1. Juli 2008** sind für die Bundesverbände der Krankenkassen neue Strukturen vorgesehen. Zu diesem Zeitpunkt soll ein Spitzenverband Bund die bisherigen Spitzenverbände der Krankenkassenverbände ersetzen.

Zum **1. November 2008** sollen die Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung gesetzlich in Form eines allgemeinen, einheitlichen Beitragssatzes festgelegt werden.

Dieser wird dann ab dem **1. Januar 2009** gelten. Daneben startet zu diesem Zeitpunkt der Gesundheitsfonds und der neue Risikostrukturausgleich für Krankenkassen. Für alle gilt von diesem Tag an eine Versicherungspflicht.

Für Ärzte wird die neue Euro-Gebührenordnung in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt, ein vereinfachtes Honorierungssystem mit einer Gebührenordnung mit festen Preisen, die aber bei einer bestimmten Mengenüberschreitung abgestuft werden. Darüber hinaus erhalten Versicherte Wahltarife für den individuellen Krankengeldanspruch.



Michael Domrös
Leiter der VdAK/AEV
Landesvertretung
Thüringen

DER KOMMENTAR

Die Politik hat sich durchgesetzt. Mit dem 1. April d. J. ist das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) mit seiner ersten Stufe in Kraft getreten. Weitere werden folgen. Die lautstarken Kritiker sind vorerst verstummt, sie arbeiten – pflichtgemäß an der Umsetzung. Das GKV-WSG bringt es mit sich, nichts bleibt wie es ist. Dies betrifft auch die Erwartungen an die Leistungsvergütung. Hoffnungen der Leistungserbringer, also der Ärzte, Krankenhausträger, Physiotherapeuten usw., künftig für ihre Leistungen weiter verbesserte Rahmenbedingungen und vor allem höhere Honorare erzielen zu können, sind spätestens mit dem GKV-WSG kaum noch zu erfüllen.

Die Krankenkassen sind nunmehr einem grenzenlosen Wettbewerb ausgesetzt. Der Gesetzgeber will, dass ab dem Jahr 2009 ein einheitlicher Beitragssatz für alle Krankenkassen gelten soll. Jede Krankenkasse, die – warum auch immer – mit diesem zugewiesenen Betrag aus dem Gesundheitsfond nicht auskommt, muss von ihren Versicherten einen Zusatzbeitrag einfordern. Dies ist ruinös für das System, denn welcher Versicherte will schon „freiwillig“ einen Zusatzbeitrag aufbringen. Die Krankenkassen müssen befürchten, dass ihnen dann Mitglieder davon laufen. Hier wird man nicht fragen, welche Zusatzleistungen und besondere Qualitätsanforderungen eine Kasse für ihre Versicherten für diesen Betrag vereinbart hat, sondern der Abbuchungsbetrag auf dem Gehaltszettel wird bestimmend sein. Dies hat zur Konsequenz, dass Krankenkassen neben dem Wettbewerb um die Versicherten, insbesondere auch auf der Ausgabenseite, also den Honoraren, den Rahmenbedingungen und den Qualitätsanforderungen, engste Maßstäbe anlegen müssen.

Hoffentlich wissen alle dann noch, wer ihnen diese Suppe eingebrockt hat und zeigen dann zu Recht mit dem Finger auf „diese Politiker“ und nicht auf die Krankenkassen. Vielleicht sind integrierte Versorgungsverträge ein Ausweg aus dieser Misere? Aber auch dieser Weg gibt nicht neue Mittel frei, sondern setzt voraus, dass mit den vorhandenen Ressourcen mehr Leistung und mehr Qualität für die Versicherten sicher gestellt werden.

Ich bin sehr gespannt, ob uns dies in naher Zukunft auch wirklich gelingen wird.

Zusätzliche Mittel für Thüringer Krankenhäuser – Landesbasisfallwert 2007 vereinbart

Der Landesbasisfallwert (LBFW) 2007 konnte erneut mit der Landeskrankenhausesellschaft Thüringen vereinbart werden. Dieses beweist die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung in Thüringen trotz schwieriger Rahmenbedingungen erneut.

Der Landesbasisfallwert 2007 beträgt 2.731,00 EUR (nach Kappung) und bildet den Zielwert für die Verhandlungen mit den Krankenhäusern in Thüringen. In den anderen Bundesländern (siehe Grafik) sind die Verhandlungen bzw. Schiedsstellenverfahren abgeschlossen.

Durch die Erhöhung des Landesbasisfallwertes erhalten die Thüringer Krankenhäuser zusätzliche finanzielle Mittel zur Behandlung ihrer Patienten.

Wie viele zusätzliche Mittel das einzelne Krankenhaus davon erhält, hängt davon ab, wie hoch der krankenhauseigene Basisfallwert ist, da durch gesetzliche Vorschriften alle Krankenhäuser ihre hausindividuellen Basisfallwerte bis 2009 an den lan-

desweiten Basisfallwert im Rahmen einer Übergangsphase angleichen müssen.

Ab 2009 gilt dann der Grundsatz: gleiches Geld für gleiche Leistung (z. B. für eine Blinddarmoperation) in jedem Thüringer Krankenhaus.

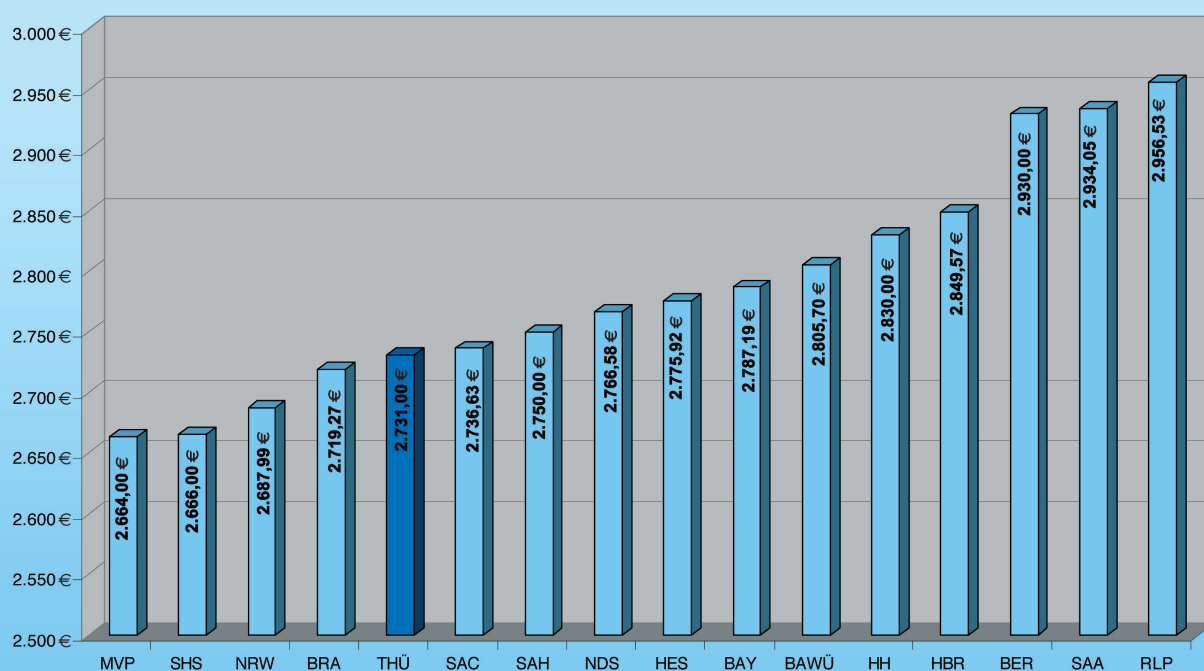
Die Höhe der Kappung für 2007 wurde abschließend mit 12,00 EUR vereinbart.



Ralf Gommermann
Referatsleiter stationäre Einrichtungen

Der Landesbasisfallwert ohne Kappung und Ausgleich 2007 beträgt 2.743,00 EUR und bildet die Ausgangsgröße für 2008. Die Werte der einzelnen Bundesländer nähern sich dem dritten Jahr in Folge allmählich an. Lag im Jahr 2005 noch der Abstand zwischen dem höchsten und dem niedrigsten LBFW bei 414,81 EUR, ist er in 2007 auf 292,53 EUR gesunken.

Landesbasisfallwerte 2007 nach Kappung



Thüringen im Vergleich zu den übrigen Bundesländern

Integrierte Versorgung:

Impulse für das Gesundheitswesen

Integrierte Versorgung steht für ein einfaches und sinnvolles Konzept. Bereits im Jahr 2000 mit den Regelungen in § 140a ff. des Fünften Sozialgesetzbuches eingeführt, erhält es mit dem GKV-WSG eine neue Gewichtung.

Der Aufbau und auch der Ausbau Integrierter Versorgungsformen ist somit eine Schlüsselinnovation für die zukunftsfähige Gestaltung des deutschen Gesundheitswesens. Denn vor allem im Hinblick auf eine bessere Kooperation und Koordination zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen bietet das deutsche Gesundheitswesen noch immer beachtliche Wirtschaftlichkeitsreserven.

Mit einer übergreifenden Patientenversorgung sowie einem schlüssig aufeinander abgestimmten Behandlungskonzept soll eine vernetzte durchgängige Patientenbetreuung erzielt werden.

Beispiel palliativmedizinische Betreuung

Auch wenn in Deutschland 92 Prozent der Patienten zu Hause sterben möchten, kann lediglich 25 Prozent der Patienten dieser Wunsch erfüllt werden. Die Palliativmedizin stellt eine umfassende, aktive und angemessene Behandlung von schwerkranken Patienten im Finalstadium ihrer Erkrankung dar. Das Behandlungsziel einer schweren, zum Tode führenden Erkrankung besteht nicht mehr in der Heilung der Grunderkrankung, sondern in der Erhaltung der Lebensqualität und in der Linderung der zumeist vielfältigen Krankheitsbeschwerden und Symptome sowie der mit der Erkrankung verbundenen psychosozialen Probleme von Patienten und Angehörigen. Die Palliativmedizin ist wohl die älteste Aufgabe der Ärzteschaft. Erfahrungen aus verschiedenen palliativmedizinischen und -pflegerischen Modellprojekten zeigen Optimierungsmöglichkeiten in der Versorgung dieser Patienten.

Die Thüringer Ersatzkassen haben für ihre Versicherten deshalb im Rahmen der Integrierten Versorgung zum 1. Dezember 2006 einen Vertrag zur Optimierung der ambulanten palliativmedizinischen Betreuung mit dem Universitätsklinikum in Jena abgeschlossen. Ziel des Vertrages ist eine effektive und fachlich angemessene, qualitätsgesicherte Versorgung von Palliativpatienten in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung. Der Einzugsbereich dieser Integrierten Versorgung umfasst das Stadtgebiet Jena sowie die angrenzenden Landkreise Saale-Holzland-Kreis und Saale-Orla-Kreis. Die offene Auseinandersetzung mit der Krankheit und dem nahen Tod, die

Integration des Kranken in die Gemeinschaft sowie die Unterstützung der Angehörigen sind dabei wichtige Voraussetzungen. Ein sogenanntes Palliativ-Care-Team (PCT) der Universitätsklinik Jena koordiniert die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten, Kliniken und sonstigen Leistungserbringern. Das PCT besteht aus palliativmedizinisch qualifizierten Ärztinnen und Ärzten aus dem stationären und ambulanten Bereich sowie palliativmedizinisch qualifizierten Krankenpflegerinnen und -pflegern. Durch Prävention und Behandlung von Schmerzen und anderen belastenden medizinischen Symptomen sowie der Berücksichtigung der biosozialen und spirituellen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie soll die Wahrung der Selbstbestimmung und die Verbesserung der Lebensqualität im Mittelpunkt stehen.

Im Bereich der medizinisch-pflegerischen und anderer medizinisch indizierter Interventionen, wie Schmerztherapie und Symptomkontrolle, erfolgt eine Abstimmung und Anpassung mit den teilnehmenden Leistungserbringern, mit den Patienten und deren Angehörigen. Um bei nicht vorhersehbaren Krisen und Entwicklungen ausreichend palliativmedizinisch oder -pflegerisch intervenieren zu können, ist vom PCT eine telefonische Beratung von Angehörigen in der häuslichen Versorgung sichergestellt.

Oftmals sind die einzelnen Leistungserbringer sehr engagiert, agieren jedoch isoliert. Durch die frühzeitige Koordination von beteiligten Ärzten, Pflegediensten, der FSU und weiteren Leistungserbringern bietet der Integrationsvertrag „Optimierte Palliativversorgung“ eine verbesserte palliativmedizinische Versorgung von schwerkranken Menschen.

Weitere Thüringer Vorhaben

Die vom Gesetzgeber geschaffenen Möglichkeiten einer echten Durchbrechung der sektoralen Grenzen und damit eine Verbesserung der Versorgungsstruktur für die Versicherten wurden bislang kaum umgesetzt. Dennoch leistet die Etablierung von Integrierten Versorgungsstrukturen in Deutschland einen wesentlichen Beitrag zu einer Bewusstseinsveränderung der Beteiligten im Gesundheitswesen in Richtung Effizienz und Ganzheitlichkeit der Betrachtung von Krankheitsverläufen. Hierbei sind die Krankenkassen in hohem Maße auf die Innovationsbereitschaft der Leistungsanbieter im Gesundheitswesen angewiesen.

Neben einer Vielzahl von Integrationsverträgen der einzelnen Mitgliedkassen verfügen die Thüringer

Ersatzkassen mittlerweile mit dem Integrationsvertrag „Optimierte Palliativversorgung“ über einen weiteren ersatzkassenübergreifenden Vertrag zur Integrierten Versorgung. Der Integrationsvertrag mit der orthopädischen Fachklinik Marienstift in Arnstadt wurde Ende 2005 abgeschlossen und war der landesweit erste Integrationsvertrag zur Versorgung von Patienten mit Totalendoprothesen für Knie- und Hüftgelenke. Die enge Vernetzung der Behandlung von Hausärzten, Orthopäden, stationären und ambulanten Rehaeinrichtungen, Physiotherapeuten sowie Sanitätshäusern und die Behandlung durch Spezialisten auf dem Gebiet der orthopädischen

Erkrankungen der Knie- und Hüftgelenke, führen zu optimal abgestimmten Diagnose- und Behandlungsschritten.

Aussichten

Die Thüringer Ersatzkassen werden sich im Jahr 2007 intensiv mit der Möglichkeit einer flächendeckenden Vereinbarung zur Versorgung sogenannter Volkskrankheiten (Rheuma, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane) auseinandersetzen.

Unser Interview zur Integrierten Versorgung Rundum gut betreut

Bereits Ende 2005 haben die Thüringer Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag für Patienten mit einer Totalendoprothese Knie/Hüfte mit dem Marienstift Arnstadt geschlossen. Wir sprachen mit dem 77-jährigen Diethelm Muusz. Im letzten Jahr unterzog er sich gleich zwei Hüftoperationen.

▼ Herr Muusz, Sie haben sich bei der Operation Ihrer rechten Hüfte für eine Teilnahme an der Integrierten Versorgung im Marienstift Arnstadt entschieden. Warum?

▲ Mein Arzt wies mich auf die besonderen Vorteile einer Operation im Rahmen der Integrierten Versorgung hin und hat mir das Marienstift Arnstadt empfohlen. Dieses Haus genießt einen guten Ruf als orthopädisches Fachkrankenhaus.

▼ Was hat Ihnen am besten in diesen vielen Behandlungsetappen gefallen?



Marienstift Arnstadt

▲ Ich musste mich um nichts kümmern. Die Sozialarbeiterin Frau Abend regelte alles mit meiner Ersatzkasse, der Rehaklinik und den Physiotherapeuten. Eine interessante Erfahrung war auch die computergestützte

Gang-Analyse. Mein behandelnder Orthopäde Herr Dr. Bernsdorf erzählte mir, dass diese Methode deutschlandweit nur von sehr wenigen Krankenhäusern angeboten wird.

▼ Stichwort

„Gang-Analyse“: Diese sollen helfen, Komplikationen zu vermeiden und dem vorzeitigen Verschleiß der Prothese entgegenzuwirken. Messen Sie dieser Methode einen besonderen Wert bei?

▲ Mit modernster Technik wurde mein Gangbild analysiert und die Prothese darauf abgestimmt. Damit kann eine optimale Versorgung ermöglicht werden. Die zweite Gang-Analyse findet in einem Jahr statt. Dann werde ich sehen, wie die Ergebnisse ausfallen. Insgesamt habe ich aber ein gutes Gefühl.

▼ Herr Muusz, Sie sind derzeit noch in der Nachbehandlungsphase?

▲ Ich erhalte physiotherapeutische Behandlungen im Nachbarort, um das Behandlungsergebnis zu sichern. Das Marienstift hat dafür Sorge getragen, dass ich zu meinen Nachbehandlungen nicht soweit fahren muss und die Behandlung wohnortnah durchführen kann. Das spart viel Zeit.

▼ Würden Sie die Integrierte Versorgung empfehlen?

▲ Alles war gut durchorganisiert und verlief reibungslos. Ich kann jedem Betroffenen eine Teilnahme an dieser Integrierten Versorgung nur empfehlen. Danke noch einmal an das Team des Marienstift Arnstadt für die hervorragende Behandlung und natürlich an meine Ersatzkasse, die mich umfassend unterstützt hat.

Das Interview führte Kerstin Keding.



Fallmanagerin Gabriele Abend und Diethelm Muusz Foto: K. Keding

Pflegeprozess

Ist-Analyse liegt vor

Die Landesverbände der Pflegekassen in Thüringen haben zum Jahresbeginn 2006 gemeinsam mit der Fachhochschule Jena sowie den Trägervereinigungen der Leistungserbringer das Projekt Pflegeprozess gestartet. Mit dem Projekt verfolgen die Beteiligten das Ziel, die Anwendung des Pflegeprozesses in der Praxis zu erleichtern und diesen adäquat, insbesondere in der Pflegedokumentation abzubilden. Der Fokus liegt auf der Verbesserung des methodischen Zuganges zum Pflegeprozess und dessen Umsetzung. Als Gegenstand der Untersuchungen ist die Qualitätsverbesserung in der Versorgung der Pflegebedürftigen zu nennen.

An dem Projekt beteiligen sich 338 Pflegeeinrichtungen, also mehr als die Hälfte der Thüringer Pflegeheime und ambulanten Dienste. Von diesen Einrichtungen wurden zum Stichtag 31. Dezember 2005 insgesamt ca. 20.500 Personen betreut, davon rund 79 % mit einer Pflegestufe. Damit ist die Repräsentativität der Untersuchungsergebnisse schon jetzt sichergestellt.

Die Ist-Analyse der Abbildung des Pflegeprozesses in den teilnehmenden Pflegeeinrichtungen konnte zwischenzeitlich abgeschlossen werden. Neben ei-

ner quantitativen Erhebung von Einrichtungsstruktur- und Prozessdaten wurden Fragebögen mit qualitativen Aussagen zu ausgewählten Themenbereichen analysiert. Die Auswertung zeigte, dass die Verknüpfung von theoretischem Fachwissen und Praxishandeln nicht durchgängig ist. Zu den Punkten Pflegeprozess/Pflegeplanung wird am häufigsten Weiterbildungsbedarf signalisiert.

Darüber hinaus wurden im Rahmen eines Pre-Tests auch Pflegedokumentationen in Hinblick auf deren Informationsgehalt bewertet. Es blieb festzustellen, dass aus lediglich 49 % der überprüften Pflegedokumentationen ein umfassender Überblick zum aktuell notwendigen Pflegebedarf gewonnen werden kann.

Aus diesen Erkenntnissen heraus wird derzeit das Soll-Konzept entwickelt und zwischen den Projektpartnern abgestimmt. Die Umsetzung mit begleitender Evaluation ist ab September 2007 in 30 Modell-einrichtungen geplant.

Die vollständigen Ergebnisse der Ist-Analyse werden der interessierten Öffentlichkeit am 24. April 2007 mit einer Präsentation im Thüringer Landtag vorgestellt.

Ein Projekt gefördert durch die Spitzenverbände der Pflegekassen

Pflegebudget

Erfahrungen nach zwei Jahren Projektlaufzeit am Modellstandort Erfurt

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird sich seriösen Schätzungen zufolge bis zum Jahr 2050 auf ca. vier Millionen nahezu verdoppeln. Gleichzeitig sinkt in diesem Zeitfenster die Zahl potenzieller Pflegepersonen deutlich. Prognosen gehen davon aus, dass durch gesellschaftlichen Wandel nur noch ca. 60 % des gegenwärtigen Standes erreicht wird. Das zurückgehende Potenzial pflegender Angehöriger erklärt sich insbesondere durch sinkende Geburtenzahlen, steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie damit einhergehend den größer werdenden Anteil alleinlebender und pflegebedürftiger Menschen. Als direkte Folge wird sich der Bedarf an Pflegearrangements ändern. Als ein Szenario könnte sich die Zahl der nachgefragten Heimplätze nahezu vervierfachen.

Vor diesem Hintergrund startete im Jahr 2004 das

Modellprojekt „Pflegebudget“ mit folgenden Zielstellungen:

- Stabilisierung der häuslichen Pflege – Verhinderung des „Heimsogs“,
- flexiblere Bedarfsdeckung durch Angebot neuer Pflegearrangements,
- Verringerung der Belastungen von pflegenden Angehörigen,
- Anregung neuer Angebote und Infrastrukturen.

Die Stadt Erfurt ist eine von sieben Modellstandorten im Bundesgebiet. Damit kann der Projektfortschritt sozusagen hautnah mit verfolgt werden. Regelmäßige Informationsveranstaltungen des Erfurter Projektbüros geben Aufschluss über aktuelle Entwicklungen – bundesweit sowie in der Region. Anfang Februar dieses Jahres wurden den Thüringer Pflegekassen ausgewählte Ergebnisse der wissenschaftlichen Be-

gleitforschung präsentiert. Hierbei handelt es sich um erste, bereits jetzt – ein Jahr vor Ende des Projektzeitraumes – erkennbare Tendenzen.

Flexible Budgets – eine Option zur Stärkung der häuslichen Pflege

Die erhobenen Daten zeigen, dass sich bundesweit die Ausgestaltung der häuslichen Pflegearrangements individualisiert. In der Gruppe der Budgetnehmer geht die von pflegenden Angehörigen investierte Zeit deutlich zurück – zugunsten verstärkter Einbindung kommerzieller Anbieter wie Ich-AGs, Haushaltshilfen, Menüdienste etc. in die Pflege. Die wöchentlich geleisteten Stunden professioneller Helfer, wie ambulante Pflegedienste, bleiben allerdings auch unter Budgetbedingungen nahezu konstant. Die Befürchtung der Pflegedienste, dass mit dem Angebot neuer Möglichkeiten in der häuslichen Versorgung etablierte Strukturen im Markt zurückgedrängt werden, bestätigt sich nicht.

In der parallel beobachteten Vergleichsgruppe – Pflegebedürftige, die außerhalb des Budgetansatzes weiterhin Sach- und/oder Geldleistungen erhielten – nahm dagegen die von pflegenden Angehörigen aufgewendete Zeit signifikant zu, während dessen sowohl Pflegedienste als auch sonstige Anbieter tendenziell rückläufig an der Pflege beteiligt wurden.

Ich will kein Budget – Gründe für die Ablehnung

Die Besonderheit am Modellstandort Erfurt besteht in der Option, dass auch Bezieher von Pflegegeld zum Pflegebudget wechseln können. Der gleiche Ansatz wird darüber hinaus nur noch am Standort

Neuwied (Rheinland-Pfalz) verfolgt. Die Entwicklung der Teilnehmerzahlen differiert zwischen beiden Regionen stark. Während sich in Neuwied die Hälfte der interessierten Pflegebedürftigen nach Beratung auch für das Budget entschieden, waren es in Erfurt lediglich rund 10 Prozent. Die Ursachen für Ablehnungen sowie die auffällige Diskrepanz in der tatsächlichen Beteiligung an beiden Standorten wurden untersucht.

Die mangelnde Akzeptanz des Budgetansatzes beruht hauptsächlich auf wirtschaftlichen und finanziellen Erwägungen der Leistungsbezieher. Insbesondere die fehlende Möglichkeit zur Finanzierung der pflegenden Angehörigen oder wirtschaftlich prekäre Situationen (Pflegegeld fungiert als Teil des Haushaltseinkommens) begründen die Ablehnung. Weitere Argumente bezogen sich auf die derzeit optimale Versorgung und den Wunsch, die Pflege auch weiterhin ohne Hilfe „von außen“ zu organisieren.

Die überraschend hohe Ablehnungsquote in Erfurt erklärt sich sowohl durch die deutlich höhere Anzahl der Haushalte, die auf das Pflegegeld zur Finanzierung des Lebensunterhaltes angewiesen sind, als auch mit einer spürbaren Reserviertheit gegenüber neuen Versorgungsformen. Die Präferenz für etablierte Leistungsangebote ist hier sehr ausgeprägt. Die ausgeschlossene Finanzierung von Leistungen Angehöriger wird in beiden Regionen anteilig nahezu gleich oft bemängelt, wenngleich auch in diesem Punkt eine stärkere Gewichtung hin zu Erfurt besteht.

Erstes Fazit und Ausblick

Schon nach etwas mehr als zwei Jahren Projektlaufzeit wird deutlich, dass die Akzeptanz neuer Leistungsformen nicht im Selbstlauf passiert. Die vorgebrachten Gründe für Ablehnungen sind ernst zu nehmen und bei der Ausgestaltung von neuen Angeboten zu berücksichtigen. Sollen aber Anreize für den Erhalt der Pflege in häuslicher Umgebung auch unter dem eingangs prognostizierten Wandel geschaffen werden, ist die Bereitstellung flexibler Budgets eine sinnvolle Ergänzung der jetzigen Regelungen im SGB XI.

Am Ende steht der Ausblick auf noch zu erwartende Erkenntnisse aus der wissenschaftlichen Begleitforschung. Neben der Untersuchung von wirtschaftlichen und fiskalischen Auswirkungen des Pflegebudgets sollen auch Aussagen zur Verweildauer in der häuslichen Pflege unter Budgetbedingungen getroffen werden. Im Weiteren werden die Effekte für die Situation pflegender Angehöriger analysiert sowie Strukturen und Veränderungen von Pflegearrangements dokumentiert.

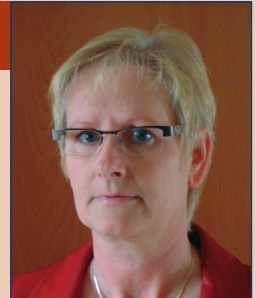


Pflege: Neue Versorgungsformen und deren Akzeptanz

DER KOMMENTAR

Modellprojekte dienen dem Experimentieren und führen oftmals zu überraschenden Ergebnissen. Dazu sind sie schließlich da. Im Pflegebudget überrascht die Ablehnungsquote. Vor die Wahl gestellt, entscheiden sich Betroffene offensichtlich dann für traditionelle, etablierte Leistungen, wenn in der konkreten Situation der Pflegebedürftigkeit kein Platz mehr für Experimente ist. Möglicherweise ist das neue Leistungsangebot auch nur für bestimmte Konstellationen bei Pflegebedürftigkeit interessant. Gleichmaßen lässt anfängliches Interesse an neuen Versorgungsformen rasch nach, wenn die Rahmenbedingungen den Erwartungen der Betroffenen nicht entsprechen. Hinzu kommt das Problem alles Neuen – gut Ding will Weile haben. Letzteres lehrt die Erfahrung aus anderen Ländern. Neuen Angeboten wird vielfach mit Skepsis begegnet. Akzeptanz baut sich eben in Zeiträumen auf, die weit über die Dauer eines Modellprojektes hinausreichen.

All diese Aspekte sind für die jetzt an Fahrt gewinnende Diskussion um die Reform der Pflegeversicherung interessant. Der Bedarf an neuen Leistungspaketen ist unbestritten. Der Budgetansatz ist eine Option, um dem Ruf nach mehr Flexibilität zu entsprechen. Seine inhaltliche Ausgestaltung sowie die Rahmenbedingungen sollten aber konsequent an den Präferenzen der Pflegebedürftigen ausgerichtet werden. Anbieterinteressen stehen auch hier erst an zweiter Stelle.



Angelika Hohlfeld,
Referatsleiterin
Pflege

Förderung Thüringen – Selbsthilfekontaktstellen

Wie in den vergangenen Jahren unterstützen die Ersatzkassen und ihre Verbände die Thüringer Selbsthilfekontaktstellen.

Insgesamt stellen die Krankenkassenverbände in diesem Bereich für 2007 Fördermittel in Höhe von 168.000 EUR zur Verfügung.

Eingesetzt werden diese Mittel im Rahmen der Aufklärungs- und Betreuungstätigkeit für die mehr als 1200 Selbsthilfegruppen chronisch Kranker in Thüringen.

Einen weiteren und wichtigen Schwerpunkt bilden Projekte der Öffentlichkeitsarbeit, die Betroffene auch zur Gründung neuer Gruppen anregen sollen.

Wie auch in den vorangegangenen Jahren appellieren die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Zusammenhang erneut an die übrigen Sozialversicherungsträger und die private Krankenversicherung, ihrer Verantwortung bei der Unterstützung der Selbsthilfe als Gemeinschaftsaufgabe ebenso im vollen Umfang nachzukommen.

ANGEMERKT

95 Jahre VdAK

Als am 20. Mai 1912 in Eisenach der „Verband kaufmännisch eingeschriebener Hilfskassen“ gegründet wurde, war dies ein wichtiges Ereignis in der Geschichte der Ersatzkassen. Das diesjährige 95-jährige Jubiläum sollte uns deshalb ein Anlass sein, auf die besondere Rolle der Ersatzkassen und ihrer Verbände in der Geschichte der Krankenversicherung hinzuweisen. Gerade in einem Jahr, in dem die soziale Krankenversicherung in einem bisher unbekannten Maße nachhaltig reformiert wird und sich deren Strukturen und Organisation maßgeblich ändern soll, stehen die Ersatzkassen und Verbände wieder einmal vor einer reizvollen Herausforderung. Wie komplex und gravierend die neueste Gesundheitsreform in welchen Ausmaßen wirken wird, lässt sich nicht zuletzt an deren Hauptarbeitsfeldern wie Gesundheitsfonds und Zusatzbeitrag, Spitzenverband Bund und gemeinsamer Bundesausschuss, Vergütungssystem der Ärzte und Wettbewerb zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung erkennen.

Die Ersatzkassengemeinschaft wird auch in den nächsten Jahren ein aktives und zielorientiertes Engagement für eine solidarische Krankenversicherung an den Tag legen und sich für ihre Versicherten entsprechend einsetzen.

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