

report sachsen-anhalt

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2008

ersatzkassen

Höhere Vergütung bei ambulanter Behandlung – mehr Transparenz?

Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz hat mit Wirkung zum 01.01.2009 die ärztliche Vergütung reformiert. Die Umstellung der Vergütung erfolgt auf eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung mit Pauschalen, die in einer bundeseinheitlichen Euro-Gebührenordnung festgelegt werden.

Damit ist ein Honorarausgabenzuwachs für die gesetzlichen Krankenkassen in Sachsen-Anhalt von rund 122 Millionen Euro verbunden, was immerhin eine Steigerung um rund 17 Prozent zum Vorjahr bedeutet.

Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt und die Krankenkassen auf Landesebene haben sehr zügig an der Ausgestaltung der Honorarreform gearbeitet. Dabei gliederten sich die Verhandlungen zum einen in die regionale Umsetzung der Beschlüsse in Form einer sogenannten Honorarverteilung und zum anderen in die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen.

In dieser Ausgabe

- Höhere Vergütung bei ambulanter Behandlung – mehr Transparenz?
- Demografie und Globalisierung – Die GKV im Jahr 2020
- Zahnärztervergütung per Schiedsspruch
- Grünes Licht vom Sozialministerium
Vernetzte Pflegeberatung
- Selbsthilfe 2008 – Der Blick nach vorn

Die Vertragspartner einigten sich größtenteils über die Festsetzung der Regelleistungsvolumina je Arztpraxis. Die detaillierte Zuweisung und Berechnung der Regelleistungsvolumina an die Arztpraxis obliegt weiterhin der KV Sachsen-Anhalt. Die Gesamtvertragspartner haben jedoch

gemeinsam und einheitlich die Kriterien zur Anpassung der Regelleistungsvolumina, wie z.B. Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten, vereinbart. Als Kompromiss für mehr Transparenz konnte ein Kontrollelement verankert werden, welches die KVSA dazu verpflichtet, den Krankenkassen monatlich die Anpassung bei den Regelleistungsvolumina mitzuteilen. Wenn für mehr als 30 % einer Arztgruppe Ausnahmeregelungen entstehen, soll es zwischen den Vertragspartnern zu weiteren Abstimmungen über Ursachen und daraus abzuleitenden Maßnahmen kommen.

Beim dem Vertrag zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2009 nach § 87c Abs. 3 und Abs. 4 SGB V konnte als zentrales Element der bundesweite Orientierungspunktwert von 3,5001 ohne Zu- und Abschläge Anwendung finden.

Während der intensiv geführten Verhandlungen erzielten die Vertragspartner bezüglich einer

Gegenleistung der KVSA (Forderungskatalog mit qualitätsverbessernden Maßnahmen) für die 17-prozentige Vergütungsanhebung, die Ausbudgetierung von Leistungen, die Verwendung von Zuschlägen und zum Zeitpunkt der Abschlagszahlungen allerdings keine Einigung. Am 03. November 2008 setzte schließlich das Landesschiedsamt für die vertragsärztliche Versorgung die Abrechnungsg Grundlagen auf Basis der Beschlüsse des erweiterten BA für die vertragsärztliche Vergütung in Sachsen-Anhalt fest. Die vereinbarte Vergütungssumme enthält nun auch ein kassenartenübergreifendes Teilbudget, welches ausschließlich für die Vergütung von Wegepauschalen Anwendung findet. Zur Aufrechterhaltung des Vergütungsniveaus beim Mammographie-Screening wurde ein Aufschlag festgesetzt. Zudem fand eine Anpassung der Bewertung von Impfleistungen in der Impfvereinbarung statt. Im Vergleich zu anderen Bundesländern kann festgestellt werden, dass in Sachsen-Anhalt ein praktikables Ergebnis erzielt wurde.

DER KOMMENTAR



Dr. Klaus Holst,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Money is a veil

Geld ist ein Schleier und hat auf die Veränderung realer Größen wie Beschäftigung und Investitionen langfristig keinen Einfluss – so argumentierten die Monetaristen um Milton Friedman Ende der 70er Jahre, als es um die Relevanz expansiver Geldpolitik für die Steuerung der Konjunktur ging. Heute sehen wir, dass die Dinge auch hier weit komplexer sind und eine einfache Theorie nicht alles erklären kann. Ineffiziente Regeln haben die internationalen Kapitalmärkte beschädigt. In der Folge trüben die Erwartungen von Entscheidern in den Unternehmen ein: Entlassungspläne und Probleme bei der Kreditbeschaffung bestimmen die Schlagzeilen der Tagespresse.

Was hat die Kapitalmarktkrise mit dem Gesundheitsmarkt zu tun?

Die Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung waren noch nie so abhängig von der Lage am Arbeitsmarkt wie mit der Einführung des Gesundheitsfonds. Brechen diese Einnahmen ein, landet die Diskussion über eine Anhebung des Beitragssatzes, der zurzeit auf 15,5 Prozent festgesetzt wurde, sofort im Bundestag. Dort wird dann entschieden. Klar muss sein, dass Entscheidungen gegen Beitragssatzerhöhungen wesentlich effizientere Budgetierungen im Arztbereich, bei den Krankenhäusern und den Arzneimitteln bedingen als wir sie heute haben. Denn sonst bliebe alles am Beitragszahler hängen: Mehrkosten könnten dann nur über Anhebungen der kleinen Kopfpauschale finanziert werden. Es käme zu einer weiteren Aushöhlung des Solidarsystems.

Zum zweiten zeigt die aktuelle Krise den Wert des Umlageverfahrens, das die Gründerväter der sozialen Marktwirtschaft Anfang der 50er Jahre in die gesetzliche Krankenversicherung eingeführt haben. Die Transformation von Vermögenswerten in die Zukunft gelingt nur, wenn man Glück hat und die Verwalter dieser Vermögenswerte nicht alles verspielen. Deshalb ist es nie so deutlich gewesen wie heute, dass Kapitaldeckung nur eine Illusion vorgaukelt, sich ohne reale Vorsorge – wie etwa Familiengründung – von künftigen Risiken freikaufen zu können. Wir haben den Dialog zwischen Politik, Arbeitgebern und uns im Ersatzkassenforum 2008 eröffnet, um auf das Zusammenspiel von Ökonomie und Gesundheitswesen aufmerksam zu machen. Dieses Thema verlangt nach Fortsetzung.

Demografie und Globalisierung – Die GKV im Jahr 2020

Der 31. Mai 1883 ist ein historischer Tag für Deutschland. Unter Reichskanzler Otto von Bismarck wurde in Deutschland die Sozialversicherung eingeführt. Seit 125 Jahren wird immer wieder umgebaut und in Frage gestellt und doch hat dieses äußerst erfolgreiche System bis heute Bestand.

Ab 2009 wird das Bismarck'sche Grundmodell eine weitere Bewährungsprobe zu bestehen haben. Der Gesundheitsfonds kommt und damit ein deutlicher Schritt weg von der paritätischen Finanzierung des Gesundheitssystems.

Das ist nicht der Weisheit letzter Schluss, darüber waren sich die Referenten beim diesjährigen Ersatzkassenforum Sachsen-Anhalt in Magdeburg überraschend einig.

Wie könnte eine gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland unter dem Einfluss von demografischer Entwicklung und fortgesetzter Globalisierung im Jahr 2020 aussehen?

Dazu referierten Sachsen-Anhalts CDU-Ministerpräsident Wolfgang Böhmer, Norbert Walter, Chefökonom der Deutschen Bank, und Thomas Ballast, VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzender.

Der Ministerpräsident

Wie die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2020 aussieht weiß Ministerpräsident Böhmer auch nicht. Er ist sich aber sicher, dass die bestehenden Probleme nach derzeitigen Strukturen nicht gelöst werden können.



Dr. Klaus Holst, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Sachsen-Anhalt; Prof. Wolfgang Böhmer, Ministerpräsident des Landes Sachsen-Anhalt; der Chefvolkswirt der Deutschen Bank Prof. Norbert Walter und der VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende Thomas Ballast anlässlich des Ersatzkassenforums in Magdeburg (von links)

In der Vergangenheit gab es bereits eine Vielzahl von Gesetzesänderungen. Der nunmehr aktuelle Gesundheitsfonds wird die erkennbaren Probleme in der GKV vermutlich auch nicht lösen können.

In Deutschland herrscht derzeit keine ausgeglichene demographische Bilanz, zusätzlich ist eine hohe Rate an Zuwanderungen zu verzeichnen. Die Zahl der Familien mit Kindern ist auf 31 % gesunken. Dazu kommt ein negativer Wanderungssaldo von rund 28.000 Menschen pro Jahr. Der Altersdurchschnitt steigt kontinuierlich an.

All dies sind Fakten, die ein Aufrechterhalten des umlagefinanzierten Verfahrens erschweren. Bis 2025 wird die Bevölkerungszahl von heute noch einmal um 20 % sinken. Die Zahl der Erwerbstätigen hiervon wird dabei auf nur noch 35 % sinken.

Allein die demographischen Entwicklungen, welche Familien- oder Zuwanderungspolitik zu beeinflussen versucht, werden zu weiteren Korrekturen im Gesundheitssystem führen müssen.

In Sachsen-Anhalt ist die Lebenserwartung in den letzten 15 Jahren um 5 Jahre angestiegen. Diese enorme Entwicklung konnte nie zuvor verzeichnet werden.

Wenn man die Menschen jedoch fragt „...ist das heutige Gesundheitssystem besser oder schlechter als das der DDR – haben 57 % mit schlechter geantwortet...“. Denn damals mussten keine Zuzahlungen geleistet werden.

Böhmer forderte zudem, dass die Regulierung der Gesundheitskosten nicht nur den Juristen und Ökonomen überlassen werden darf. Es müssen alle Leistungserbringer und Kostenträger an der Diskussion teilhaben.

11 Prozent des BIP werden in Sachsen-Anhalt für Gesundheitsleistungen ausgegeben. Einige Ausgaben könnten dabei durch Eigenbeteiligung stärker reduziert werden, beispielsweise bei Alkohol- und Nikotinsucht. Es besteht die Frage, ob selbstverschuldete Anteile der gesundheitlichen Belastung nicht selbst vom Versicherten getragen werden sollten (Fehlernährung – Diabetes; Rauchen – Lungenkrebs). Dann müsste man über eine Neudefinition der medizinischen Notwendigkeit entscheiden.

Vorbild hierfür sind nach Ansicht des Ministerpräsidenten die skandinavischen Länder. Die Politik muss den Rechtsrahmen für solche Entscheidungen treffen. Solange die Gesunden in unserem System mehr ausgeben als die eigentlichen Kranken, solange wird das Ungleichgewicht fortbestehen.

Der Chefvolkswirt der Deutschen Bank

Bis 2020 ist mit einem Scheitern des jetzigen Systems zu rechnen. Die jetzigen vergleichsweise guten Leistungen gehen zu Lasten der nächsten Generation. Und diese nächste Generation wandert ab, so Walter nüchtern. Über die Abwanderung sollte man sich nicht nur mittelfristig Gedanken machen, sondern perspektivisch bis 2050. Denn schaut man sich die Nachbarländer an, haben diese andere Antworten beim Renten- und Gesundheitssystem. Ein wichtiges Instrument ist hierbei die Kapitaldeckung.

Die demografische Entwicklung bis 2020/ 2030 kann die Entwicklung des Arbeitskräftepotenzials nicht mehr beeinflussen, denn die bis 2020 für den Arbeitsmarkt verfügbaren Menschen sind bereits heute alle geboren.

Walter weiß, dass es derzeit wenig populär sei, für eine kapitalgedeckte Sozialversicherung – einzutreten. Trotzdem rät er einen schrittweisen Umbau zu einem Sozialversicherungssystem mit größerer Eigenverantwortung und mehr Wettbewerb zwischen den Anbietern.

Die demografischen Gegebenheiten sind erdrückend:
– zu wenig Beitragszahler,
– zu wenig Zuwanderer.

Mit den bisherigen Antworten werden wir 2020 und darüber hinaus nicht vorankommen.

„Was wir brauchen“, sagt der Banker, „sind höhere Erwerbsquoten und früherer Eintritt ins Berufsleben.“

Bei der Gesundheitsversorgung heißt die Formel für Walter: Mehr Selbstbeteiligung der Versicherten bei Medikamenten plus Kapitaldeckung eines Teils der Beitragskosten, allerdings unter Beibehaltung der Versicherungspflicht.

Der VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende

Die demografische Entwicklung und die Globalisierung sind Herausforderungen des 21. Jahrhunderts, denen sich auch die gesetzliche Krankenversicherung stellen muss. Der VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende, Thomas Ballast, appelliert an die Politik, dieses System, das seit dem Krankenversicherungsgesetz von 1883 trotz zweier Weltkriege funktioniert, zukunftsfest zu machen. Ballast:

„Das Umlageverfahren sichert den Menschen einen Zugang zu ärztlichen Leistungen, der international keine Vergleiche zu scheuen braucht.“ Mit einem Blick auf die USA wird deutlich, welche Schwächen die private Krankenversicherung hat – dort haben rund 15 Prozent der Bevölkerung keinen Versicherungsschutz, obwohl die Gesundheitsausgaben weltweit am höchsten sind.

Unabhängig der demografischen Entwicklungen in Deutschland, unabhängig der Globalisierungstendenzen wird seitens der Ersatzkassen der Schwerpunkt ihrer Forderungen an weitere Veränderungen in der gesetzlichen Krankenversicherung auf eine bezahlbare Gesundheit für alle gelegt.

„Wir wollen unseren Versicherten auch in Zukunft eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung im Krankheitsfall ermöglichen. Sozial tragbare Beitragsätze sind hierbei eine wesentliche Voraussetzung“

Dass dies nicht im Selbstlauf passiere, erläuterte Ballast an Beispiel der Diskussionen zur Festlegung der Höhe des einheitlichen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent. Nach Ansicht der Ersatzkassen müsse die Politik mit dieser Festlegung damit eine Finanzierungslücke in 2009 von ca.3 Mrd. Euro verantworten, die allerdings der Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung in Form von Zusatzbeiträgen zukünftig allein zu bewältigen habe.

Sollen die Kosten, wie von der Bundesgesundheitsministerin erklärt und auch vom Gesetz gefordert, zu 100 Prozent gedeckt sein, wird dies mit einem Beitragssatz von 15,5 Prozent nicht erreicht. Die Politik muss durch gesetzlich flankierende Maßnahmen dafür sorgen, dass die Kassen und damit die Versicherten entlastet werden.

Angesichts der Globalisierung entfernt sich das System immer weiter von der paritätischen Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber. Dieser Trend ist solange nicht zu stoppen, wie die beitragspflichtigen Einnahmen hinter den Gesundheitsausgaben hinterher laufen. Deshalb ist es so wichtig, dass die Politik einerseits das Demografieproblem anpackt und andererseits den Menschen die Chance auf eine qualifizierte Ausbildung gibt. Denn stabile Strukturen und Arbeit mit hoher Wertschöpfung sind notwendig, um das deutsche Gesundheitswesen auch künftig modern und für alle zugänglich zu halten.

Die paritätische Finanzierung der Krankenversicherung halten die Ersatzkassen für alternativlos. Die Mitverantwortung der Arbeitgeber für die Gesundheit ihrer Beschäftigten habe eine lange Tradition, die unbelastet politischer Grundorientierung Bestand haben muss: „Bismarck war schließlich kein linkes, sondern ein rechtes Projekt.“

Zahnärztevergütung per Schiedsspruch

Die medizinische Versorgung der Versicherten muss ausgerichtet auf die Vorgaben des Sozialgesetzbuches ausreichend, notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Diese Grundsätze der medizinischen Versorgung gelten für alle Kassenarten in gleicher Weise. Doch trotz gleicher Leistungen zahlen die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt eine höhere zahnärztliche Vergütung als die Primärkassen. Insbesondere vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds im kommenden Jahr ist es in den diesjährigen Honorarverhandlungen prioritäres Ziel gewesen, den Vergütungsabstand im Rahmen der Vergütung zahnärztlicher Leistungen gegenüber den Primärkassen aufzuheben oder zumindest zu verringern.

Nach langem Ringen in den Vergütungsverhandlungen mit der ansässigen KZV setzte am 30. Oktober 2008 nunmehr das Landesschiedsamt die Vergütung für das Jahr 2008 fest. Insbesondere im ausgabenstarken Leistungssektor der konservierend-chirurgischen Leistungen konnte durch eine Anpassung unterhalb der Grundlohnsumme eine Annäherung an

den Punktwert der AOK Sachsen-Anhalt erzielt werden. Im Gegenzug haben die Ersatzkassen bei der kieferorthopädischen Versorgung und der Individualprophylaxe eine Erhöhung oberhalb der Grundlohnsummenentwicklung akzeptiert.

Mögen die unterschiedlichen Vergütungsniveaus der Primär- und Ersatzkassen auch historisch bedingt sein, so werden die Ersatzkassen auch weiterhin auf das Ziel „Gleiche Vergütung für gleiche Leistungen“ hinarbeiten, um Chancengleichheit im Wettbewerb zu erhalten.

Bei unveränderter Gesetzeslage haben die Ersatzkassen einen deutlichen Wettbewerbsnachteil, weil sie im Vergleich zu den anderen Krankenkassen z.B. in Sachsen-Anhalt um bis zu 7,4 Prozent (Vgl. AOK) höhere Vergütungen bezahlen, obwohl alle Krankenkassen eine einheitliche Standardzuweisung aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Verlierer sind dabei die Versicherten der Ersatzkassen, da diese die Mehrausgaben durch Zusatzbeiträge abdecken müssen.

XI. gesundheitspolitisches Symposium:

Deutschland in der Demografiefalle Kranken- und Pflegeversicherung im Umbruch?

Die Ersatzkassen ziehen die Zweckmäßigkeit der Gesundheitsreform angesichts der demografischen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts massiv in Zweifel.

Auf dem gut besuchten XI. gesundheitspolitischen Symposium der Konrad Adenauer Stiftung erklärte Dr. Holst, Leiter VdAK/AEV- Landesvertretung Sach-

sen-Anhalt: „Die Einführung des Gesundheitsfonds und die gleichzeitige Einführung eines einheitlichen Kassenbeitrages, als auch des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches sind ein Pyrrhussieg der Ärzte und Krankenhäuser. Die Menschen zahlen künftig noch mehr Geld in den Gesundheitssektor, ohne dass damit eine spürbar verbesserte medizinische Versorgung einhergeht. Der Fonds gibt auf die Finanzierungsprobleme der Zukunft keine Antwort“.

Mit die Einführung des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches bei den Krankenkassen und der morbiditätsorientierten Vergütung von Ärzten und Krankenhäusern werde ein Run auf die richtigen Diagnosen einsetzen, der die Republik statistisch gesehen kränker mache und gerade Arme und Alte über die dann notwendigen Zusatzbeiträge stärker zur Kasse bitten werde. Als Gewinner stehen heute schon Krankenhäuser, Ärzte und Pharmaunternehmen fest – sie bleiben auch künftig von wirklichen ökonomischen Beschränkungen verschont.

Mit Blick auf den Kabinettsbeschluss, den einheitlichen Beitragssatz auf 15,5 Prozent festzulegen,



Die Kamindiskussion mit Peter Rotter (MdB, CDU); Dr. Klaus Holst (VdAK/AEV); Dr. Gerlinde Kuppe (Sozialministerin); Klaus Spörkel (DAK) (von links); (nicht im Bild: Prof. Bernd-Peter Robra (Universität Magdeburg))



In der „Kaffeepause“ zusammen: Ronny Heine (KAS); Dr. Klaus Holst; Kurt Brumme (MdL, CDU) und Peter Rotter (von links)

entsteht der gesetzlichen Krankenversicherung 2009 eine Finanzierungslücke von 3 Mrd. Euro. Dies wird 2009 einige gesetzliche Kassen dazu zwingen, Zusatzbeiträge zu erheben, die allein von den Versicherten zu tragen sind.

Sollen die Kosten, wie von Politik aber immer wieder erklärt und auch vom Gesetz gefordert, zu 100 Prozent gedeckt sein, so ist dies mit einem Beitragsatz von 15,5 Prozent nicht zu realisieren. Die Politik muss dann auch die Kraft haben, durch gesetzlich flankierende Maßnahmen dafür zu sorgen, dass die Kassen und damit die Versicherten entlastet werden.

Alle Vorträge sind auf der Internetseite des Verbandes unter:
<http://www.vdak-aev.de/LVen/SAH/Presse/Termine/index.htm> **veröffentlicht.**

3.Tag der integrierten Versorgung: **Hohe Patientenzufriedenheit, ausgezeichnete Versorgungsqualität, Kostenvorteile von über 30 Mio. Euro**

„integra – neue Wege zur Gesundheit“ ist seit 2002 das Erfolgsprojekt der Ersatzkassen zur integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt. Gemeinsam mit den Partnern, der Klinik St. Marienstift in Magdeburg, dem Diakoniekrankenhaus Halle, dem Diakonissenkrankenhaus Dessau und der Rehabilitationsklinik Eisenmoorbad Bad Schmiedeberg werden in einem vergleichsweise übersichtlichen Rahmen neue Vertragskonstellationen der Zukunft erprobt.

Nunmehr zum dritten Mal fand in Bad Schmiedeberg der Tag der integrierten Ver-



Auf dem Podium: Prof. Stefan Felder (FEISA); Babara Yokota Beuret (Diakonie Halle); Dr. Volker Schmeichel (VdAK/AEV); Anke Bornemann (VdAK/AEV) sowie Jens Hennicke (TK) (von links)



Einer von vier Arbeitskreisen in Bad Schmiedeberg

sorgung statt. Als zentrale Botschaft der diesjährigen Veranstaltung kann das Ergebnis einer von den Ersatzkassen in diesem Zusammenhang in Auftrag gegebene Studie zur wissenschaftlichen Evaluierung von „integra – neue Wege zur Gesundheit“ gesehen werden. Hierbei wird dieser Versorgung unter anderem eine hohe Patientenzufriedenheit und eine ausgezeichnete Versorgungsqualität bescheinigt.

Gleichzeitig sollte mit der Studie geklärt werden, welche Kostenvorteile den beteiligten Krankenkassen bzw. deren Mitgliedern aus dem integrierten Modell erwachsen. Das mit der Evaluation beauftragte FEISA Institut weist demnach Kostenvorteile



Der Blick auf die Zuhörer, rechts im Vordergrund Dr. Rolf-Ulrich Schlenker, Vorstandsvorsitzender der GEK.

von ca. 1.700 Euro pro Fall nach. Damit belaufen sich die bisherigen Einsparungen der Ersatzkassen auf immerhin rund 30 Mio. Euro.

Die Ersatzkassen tragen mit ihrem integra-Projekt wesentlich dazu bei, dass Sachsen-Anhalt im Bereich der integrierten Versorgung zur Bundesspitze gehört.

Dr. Schlenker (Vorstandsvorsitzender der GEK) verwies in seinem Hauptreferat auf diese Spitzenposition und war sich sicher, dass „integra – neue Wege zur Gesundheit“ zu jenen integrierten Versorgungsangeboten in Deutschland gehört, die auch in Zeiten des Gesundheitsfonds Bestand haben werden.

Vernetzte Pflegeberatung: Grünes Licht vom Sozialministerium

Wie bereits in der letzten Ausgabe des Länderreportes berichtet wurde, haben die Landesverbände der Pflegekassen in Zusammenarbeit mit den Kommunalvertretern ein Konzept zur Umsetzung der vernetzten Pflegeberatung in Sachsen-Anhalt erarbeitet.

Ziel des Projektes ist es, durch eine stärkere Vernetzung und Optimierung der Zusammenarbeit der bestehenden Beratungsangebote von Kommunen und Pflegekassen eine unabhängige und kundenfreundliche Beratung für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen an zahlreichen wohnortnahen Standorten anzubieten. Die Pflegekassen und Kommunen wollen mit diesem Konzept zeigen, dass die darin vorgesehene Vernetzung der zahlreich vorhandenen Beratungsstellen die gesetzlich festgelegte qualifizierte Beratung gewährleisten.

Der vorgelegte formale Entwurf hierzu hat das Ministerium für Gesundheit und Soziales im Land Sachsen-Anhalt überzeugt, so dass bis auf weiteres keine Pflegestützpunkte gemäß § 92 c SGB XI errichtet werden. Die Beteiligten des Konzeptes

wurden vom Ministerium beauftragt, die vernetzte Pflegeberatung ab 01.01.2009 in zwei Modellregionen „Landeshauptstadt Magdeburg“ und „Landkreis Harz“ umzusetzen. Hierfür hat sich ein Lenkungsgremium unter Beteiligung der Pflegekassen, der Modellregionen und des Ministeriums gebildet. Rechtliche Grundlage der Zusammenarbeit bildet eine Kooperationsvereinbarung zwischen den Beteiligten.

Zur Überprüfung der gesetzten Ziele soll die vernetzte Pflegeberatung in den beiden Modellregionen über einen Zeitraum von einem halben Jahr evaluiert werden. Die Ergebnisse der Evaluation sind dem Ministerium nach Ablauf der Erhebungsphase innerhalb von drei Monaten vorzulegen.

Am 01.01.2009 fällt somit in Magdeburg und im Landkreis Harz der Startschuss für einen „Probelauf“ der vernetzten Pflegeberatung, der die vernetzte Pflegeberatung auf Herz und Nieren prüft. Wenn alles gut geht, findet diese Form der Beratung danach im ganzen Land Anwendung.

ZUM JAHRESWECHSEL 2008/09 – IN EIGENER SACHE

Die Landesvertretung wünscht allen Lesern ein besinnliches Fest und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

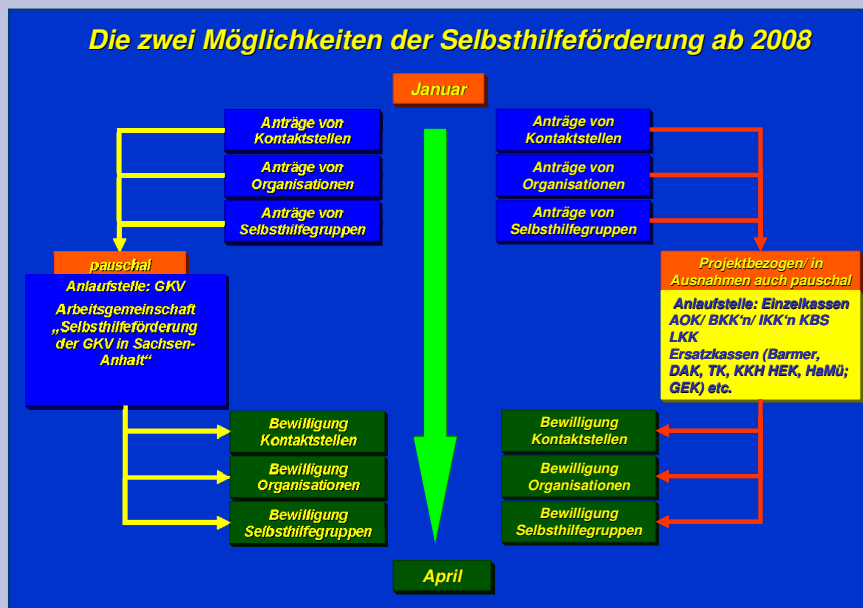
Immanuel Kant schrieb einmal:
„Die größte moralische Vollkommenheit des Menschen ist seine Pflicht zu tun und zwar aus Pflicht

(dass das Gesetz nicht bloß ‚die Regel‘ sondern auch die Triebfeder der Handlungen sei).“

In diesem Sinne stehen wir auch im neuen Jahr als Rat- und Ideengeber gern zur Verfügung.
Ihre Landesvertretung der Ersatzkassen

SELBSTHILFE 2008 – DER BLICK NACH VORN

Die zwei Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung ab 2008



Schon seit vielen Jahren unterstützen die Krankenkassen/-verbände in Sachsen-Anhalt die Selbsthilfe durch finanzielle Zuschüsse. Mit der Novellierung des § 20 c SGB V durch das Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV WSG) wurde ab dem 01.01.2008 eine kassenartenübergreifende Gemeinschaftsförderung neben der weiter bestehenden individuellen Förderung durch die Krankenkassen eingeführt. Die Gemeinschaftsförderung, die in Sachsen-Anhalt ausschließlich auf der Landes-

ebene umgesetzt wird, bedeutet für die Selbsthilfegruppen und Selbsthilfe-Landesorganisationen eine vereinfachte Antragsstellung. Anträge auf Pauschalförderung, die bislang, bis auf einige Ausnahmen auf der örtlichen Ebene, an jede einzelne Krankenkasse gestellt werden mussten, werden seit diesem Jahr nur noch bei der Arbeitsgemeinschaft der Selbsthilfeförderung der GKV in Sachsen-Anhalt eingereicht. Ein ausdrücklicher Wunsch des Gesetzgebers ist es, den Krankenkassen eigene Gestaltungsmöglichkeiten bei der Selbsthilfeförderung zu überlassen. Deshalb fördern die Krankenkassen/-verbände neben der kassenartenübergreifenden Gemeinschaftsförderung zusätzlich Aktivitäten im Rahmen der individuellen Förderung. Überwiegend für Projekte stehen maximal 0,28 Euro pro Versicherten, das sind die übrigen 50 Prozent des Gesamtfördervolumens, der Selbsthilfe zur Verfügung. **Beide Förderbereiche finden nebeneinander Anwendung und sind gleichrangig.**

Die zwei Möglichkeiten der Selbsthilfeförderung ab 2008



IMPRESSUM

Herausgeber: Landesvertretung Sachsen-Anhalt des VdAK/AEV
 Schleiufer 12 · 39104 Magdeburg
 Telefon: 03 91 / 5 65 16-0
 Telefax: 03 91 / 5 65 16-30
 Verantwortlich: Dr. Klaus Holst
 Redaktion: Dr. Volker Schmeichel