

report nordrhein-westfalen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

März 2010

ersatzkassen

Erwartungen der Ersatzkassen an die Gesundheitspolitik 2010

In 2009 hat es in der Bundesregierung einen politischen Farbenwechsel gegeben, der wieder einmal einen gesundheitspolitischen Wendepunkt bedeutet. Der Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP für die 17. Legislaturperiode enthält Aussagen zur Gesundheitspolitik, deren Umsetzung zum Teil erhebliche Auswirkungen auf die GKV haben könnte. Die Ersatzkassen beteiligen sich aktiv am Reformprozess und haben ihre Erwartungen an die Gesundheitspolitik klar formuliert.

Medizinische Versorgung verbessern

Die Ersatzkassen setzen sich für eine hochwertige und umfassende Versorgung ihrer rund 24 Mio. Versicherten, davon alleine 5,6 Mio. in NRW, ein. Ziel einer Reform sollte es sein, die medizinische Versorgung weiter zu verbessern und gleichzeitig die Versorgung wirtschaftlich zu gestalten. Dabei darf es zu keinen Leistungskürzungen kommen. Um dies zu erreichen, müssen Versorgungsdefizite und Qualitätsmängel beseitigt und Überversorgung abgebaut werden.

Solidarität erhalten

Die hohe Leistungsfähigkeit unseres Gesundheitssystems beruht im Wesentlichen auf dem Solidarprinzip der GKV. Danach stehen allen Versicherten unabhän-

U. a. in dieser Ausgabe:

- Gesundheitspolitische Positionen der Landtagsfraktionen
- Hausarztzentrierte Versorgung
- Rettungsdienst in NRW

gig von ihrem individuellen Beitrag bzw. unabhängig von ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit die gleichen Leistungen im Krankheitsfall zu. Die Einkommensstarken helfen den Einkommensschwachen, die Gesunden den Kranken, die Alleinstehenden den Familien und die Jungen den Alten. Der aus Steuermitteln der GKV zukommende Bundeszuschuss dient allein der Ausgleichszahlung für die von der GKV durchgeführten versicherungsfremden Leistungen. Der solidarisch finanzierte Krankenversicherungsschutz ist auch Garant für den sozialen Frieden und den wirtschaftlichen Erfolg in Deutschland.

Finanzierung langfristig sichern

Der staatlich fixierte Einheitsbeitragssatz in der heutigen Form hat die Krankenkassen in ihrer Finanzautonomie deutlich eingeschränkt. Die Ersatzkassen begrüßen, dass sie wieder mehr Freiheiten in der Beitragsgestaltung erhalten sollen. Mit der Festschrei-

bung des Arbeitgeberanteils wird allerdings die paritätische Finanzierung weiter aufgeweicht. Zum einen verliert die Arbeitgeberseite dadurch den wirtschaftlichen Anreiz, ihren Teil zur Begrenzung der Ausgabenentwicklung beizutragen, zum anderen müssen die Versicherten die Belastungen zukünftiger Kostensteigerungen alleine tragen. Bei dauerhafter Festschreibung des Arbeitgeberanteils würde sich dies zwangsläufig auf das Konsumverhalten der Versicherten auswirken.

Der Arbeitgeberanteil muss entsprechend der wirtschaftlichen Entwicklung und bei Ausgabensteigerungen in der GKV gesetzlich fortgeschrieben werden.

Der Vorschlag von einkommensunabhängigen pauschalierten Arbeitnehmerbeiträgen – im Sinne einer Kopfpauschale – hebt den solidarischen Grundgedanken der GKV auf. Das würde bedeuten, dass die Putzfrau genauso viel zahlen müsste wie der leitende Angestellte. Ein Pauschalbeitrag verteilt die Belastung von den Versicherten mit höheren Einkommen zu den Versicherten mit niedrigerem Einkommen und Rente um und ist ohne ein verlässliches Ausgleichssystem sozial ungerecht. Die Finanzierung eines notwendigen sozialen Ausgleiches würde einen zweistelligen Milliardenbetrag benötigen. Dieser Betrag müsste zusätzlich zu dem bis ins Jahr 2012 ansteigenden Steuerzuschuss von 14 Mrd. € für versicherungsfremde Leistungen in der GKV aufgebracht werden.

Das bestehende System der solidarischen Finanzierung ist weiterzuentwickeln. Auf die Pauschalierung des Arbeitnehmeranteils ist aus Gründen der sozialen Gerechtigkeit zu verzichten.

Die Ersatzkassen begrüßen es ebenfalls, dass die Bundesregierung die konjunkturbedingten Einnahmehausfälle in der GKV ausgleichen will. Der dafür vorgesehene Bundeszuschuss aus Steuern in Höhe von 3,9 Mrd. € wird das vom Schätzerkreis für 2010 prognostizierte Defizit von 7,5 Mrd. € jedoch nicht decken. Nach Berechnungen der Ersatzkassen sind für diesen Ausgleich mindestens 4,7 Mrd. € erforderlich.

Alle konjunkturbedingten Einnahmehausfälle in 2010 müssen ausgeglichen werden.

Die Ersatzkassen unterstützen die Absichtserklärung der Koalitionspartner, unnötige Ausgaben vermeiden zu wollen. Ein nicht unerheblicher Beitrag zur Vermeidung von Ausgaben könnte erzielt werden, wenn der – von der Koalition beabsichtigte – Zusatzbeitrag auch zukünftig im bewährten Quellenabzugsverfahren über den Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger etc. durchgeführt würde. Durch das Quellenabzugsverfahren könnten zusätzliche GKV-Verwaltungskosten von über 400 Mio. € vermieden werden.

Das Quellenabzugsverfahren muss auch für den Zusatzbeitrag gelten.



Andreas Hustadt
Leiter der vdek-
Landesvertretung
NRW

DER KOMMENTAR

Ansporn zu mehr Qualität in der Pflege

Die Zahlen sind beeindruckend: Seit Anfang des Jahres fragen jeden Tag zigtausend Versicherten den Pflegelotsen im Internet um Rat. Wo ist das nächste Pflegeheim? Wie teuer ist es und wie gut wird hier gepflegt? Die Veröffentlichung der Transparenzberichte aus den Qualitätsprüfungen ist schon jetzt eine Erfolgsgeschichte. Und hier wird deutlich, dass der Widerstand einiger Leistungserbringerverbände und Pflegeeinrichtungen gegen die fortschreitende Veröffentlichung der Pflegenoten, nicht Ausdruck der Sorge um die Qualität der Pflege ist, sondern rein wirtschaftlichen Interessen dient. Das stört und hält etwas auf, wird aber die zunehmende Transparenz im Pflegesektor nicht stoppen. Die neue Transparenz stößt auf große Akzeptanz.

Vor allem aus Sicht des Verbrauchers lautet deshalb das Fazit: Die Noten können offenbar gute und schlechte Qualität der Heime und Pflegedienste differenziert darstellen. Damit ist ein erster und wichtiger Schritt getan.

Zur Erinnerung: Bisher durften nicht einmal die Betroffenen einer Einrichtung wissen, was die Prüfungen ihres Heimes ergeben haben. Das war ein Skandal, weil man die Unmündigkeit der Pflegebedürftigen in Kauf genommen hat, um wirtschaftliche Interessen von Betreibern nicht zu gefährden. Dass damit nun Schluss ist, ist ein Riesenfortschritt. Wir sind davon überzeugt, dass durch dieses neue Verfahren eine Qualitätsspirale in Gang gesetzt wird. Schlechte Prüfergebnisse werden die Anbieter zu Qualitätsverbesserungen anspornen. Andernfalls werden sie durch zurückgehende Nachfrage sanktioniert. Gute Ergebnisse können neue Kunden bringen. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollten nun von ihrem Wahlrecht Gebrauch machen: Niemand muss in eine Einrichtung gehen, wenn er Zweifel hat, dort nicht gut versorgt zu werden. Damit wird auch dem Wettbewerbsgedanken und dem Prinzip der Selbstverantwortung der Versicherten Rechnung getragen. Selbstverständlich werden wir uns für eine sachgerechte Überprüfung und Weiterentwicklung des Verfahrens einsetzen, um die Akzeptanz noch weiter zu erhöhen. Hierzu wünschen wir uns breite politische Unterstützung, unabhängig von der Farbzusammensetzung der Regierungen in Bund und Land.

Die Ersatzkassen befürworten das Vorhaben, den Morbi-RSA neu zu gestalten. Diese Neugestaltung muss zu mehr Finanzgerechtigkeit und ausgeglichenen Wettbewerbschancen führen. Dazu ist eine grundlegende Überprüfung der Krankheitsauswahl und der Aufgreifkriterien zur Ermittlung der morbiditätsorientierten Zuschläge notwendig.

Der Morbi-RSA muss vereinfacht, verlässlicher und unanfälliger für Manipulationen gestaltet werden.

Kurzfristige Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung

Zur Beseitigung des für 2010 zu erwartenden Defizits in der GKV und zur Vermeidung von Zusatzbeiträgen sind kurzfristige Einsparmaßnahmen notwendig. Vor allem im Arzneimittelbereich ließen sich kurzfristig einige Maßnahmen mit einem Einsparpotenzial von rund 4 Mrd. € umsetzen. Hierzu gehören die Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel auf den ermäßigten Satz, die Verdoppelung des Herstellerrabattes auf 12 Prozent, die Rückführung des Apothekenabschlags vor GKV-WSG, d. h. mindestens 2,30 €, das Abschöpfen der Rabattmarge des Großhandels sowie die Öffnung der Krankenhausapotheken für die ambulante Versorgung. Als mittelfristige Maßnahme sollte dann eine Strukturreform bei der Preisbildung für patentgeschützte Arzneimittel greifen.

Es müssen kurzfristig Maßnahmen zur Ausgabenbegrenzung ergriffen werden, um weitere Zusatzbeiträge zu vermeiden.

Wettbewerb fördern

Wie die Koalition lehnen die Ersatzkassen eine Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem ab. Ein qualitätsorientierter Wettbewerb ist der richtige Weg, um innovative und effiziente Versorgungslösungen zu finden, die den Versicherten zugutekommen. Bereits bestehende Wettbewerbs- und Steuerungsinstrumente, wie die Rabattverträge im Arzneimittelbereich, sollten deshalb nicht zur Disposition gestellt werden.

Ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem braucht effektive Steuerungsinstrumente, um den Wettbewerb um eine qualitativ hochwertige und effiziente Versorgung mit Leben zu erfüllen.

Der verpflichtende Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung ist nicht zielführend und führt zu keiner Verbesserung der Versorgung der Versicherten. Die Koalition hat angekündigt, die hausärztliche Versorgung zu überprüfen. Die Ersatzkassen begrüßen dies ausdrücklich. Allerdings darf es bis zum Zeitpunkt der Überprüfung keinen Vertragszwang geben, sondern nur freiwillige Verträge.

Der Abschluss von Hausarztverträgen sollte in eine Kann-Regelung umgewandelt werden.

Zahnärztliche Vergütung angleichen

Wer Wettbewerb will, muss auch für faire Wettbewerbsbedingungen und gleiche Startchancen sorgen. Bei den Honoraren muss das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“ gelten. Für die ärztliche Vergütung ist dies durch die Honorarreform bereits umgesetzt worden. Bei der zahnärztlichen Vergütung sind historisch gewachsene Unterschiede, die nicht mehr ins heutige System passen, leider noch nicht beseitigt worden. Dies führt zu einer Benachteiligung der Ersatzkassen in Form höherer Zahnarzt Honorare von rd. 169 Mio. € jährlich.

Im Zuge einer Anpassung der vertragszahnärztlichen Vergütung sind die heute ungerechtfertigten Vergütungsnachteile der Ersatzkassen zu beseitigen.

Pflegeversicherung zukunftssicher gestalten

Die Ersatzkassen beschäftigen sich intensiv mit dem demografischen Wandel und den daraus resultierenden Fragen zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Eine neue differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit schafft – so auch der Koalitionsvertrag – mehr Leistungsgerechtigkeit. Bei der weiteren Umsetzung muss die künstliche Trennung von sozialer und privater Pflegeversicherung aufgehoben werden; sei es durch Zusammenlegung oder aber durch die Einbeziehung in einen gemeinsamen Finanzausgleich.

Bei der Umsetzung der Neudefinition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs ist die private Pflegeversicherung in einen gemeinsamen Finanzausgleich einzubeziehen.

Sachleistungsprinzip erhalten

Geplant ist auch, vermehrt Festzuschüsse und Mehrkostenregelungen im Leistungs- und Vertragsgeschehen der GKV zu verankern. Die seit 2005 geltenden Festzuschüsse im Zahnersatzbereich haben gezeigt, dass die ausschließliche Befundorientierung und die Verquickung von vertragszahnärztlicher Versorgung und privater Gebührenordnung dazu geführt hat, dass die Versicherten mit höheren Eigenanteilen belastet worden sind. Durch einen vermehrten Einsatz von Festzuschüssen und Mehrkostenregelungen müsste der Versicherte weitere Leistungen in der GKV zukünftig allein zahlen. Dies führt zu einer Privatisierung des Krankheitsrisikos.

Ein Ausbau der Kostenerstattung durch Mehrkostenregelungen gefährdet das Sachleistungsprinzip und aufgrund der unterschiedlichen Zahlungsfähigkeit der Versicherten deren Gesundheitszustand.

Selbstverwaltung stärken

Das Prinzip der Selbstverwaltung steht für Staatsferne und für Demokratie. Die Ersatzkassen begrüßen deshalb die Feststellung der Koalitionspartner, dass die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ein tragendes Ordnungsprinzip darstellt. Die neue Koalitionsregierung möchte die Legitimation, Akzeptanz und Effektivität der Selbstverwaltung stärken. Die Ersatzkassen unterstützen die neue Bundesregierung in

diesen Absichten. Dagegen lehnen die Ersatzkassen die verpflichtende Besetzung der Verwaltungsräte mit Arbeitgebervertretern ab. In einigen Verwaltungsräten der Ersatzkassen sind weiterhin ausschließlich Versichertervertreter. Es besteht kein Grund, dies über eine gesetzliche Vorgabe zu verändern.

Die Ersatzkassen lehnen die gesetzliche Verpflichtung ab, in alle Verwaltungsräte zwingend Arbeitgebervertreter aufzunehmen.

Landtagswahl 2010 – Gesundes Land NRW

Am 9. Mai 2010 findet in NRW die Landtagswahl statt. Wir haben die gesundheitspolitischen Sprecher/-innen der Landtagsfraktionen unter dem Motto „Gesundes Land NRW – Was wollen die Parteien?“ um einen Gastbeitrag gebeten:

CDU

Gesundes Land NRW – Was will die CDU?



Norbert Post, MdL,
Gesundheitspolitischer
Sprecher der
CDU-Fraktion

Vielfältige Faktoren verändern in den kommenden Jahren die Lebens- und Arbeitswelt der Menschen: Die Globalisierung schreitet voran und wir müssen einer älter werdenden Gesellschaft Rechnung tragen. Sie wandelt sich von der Dienstleistungs- zur Wissens- und Informationsgesellschaft. Weitere Faktoren sind klimatische Veränderungen sowie die Folgen der derzeitigen Weltwirtschafts- und Finanzmarktkrise. Diese Veränderungen wirken sich auch auf die Gesundheit und das Zusammenleben der Menschen in NRW aus.

Diesen Herausforderungen gilt es sich zu stellen und Strategien für die kommenden Jahre zu entwickeln. Die damit einhergehende Weiterentwicklung der Gesellschaft erfordert ein gesundes Fundament: Gesundes Land NRW basiert zunächst auf einer Selbstverantwortung für ein gesundes Leben, dann auf einer gesellschaftlichen Verantwortung für eine gesunde Umwelt und Natur sowie den Menschen angepasste Arbeitsplätze.

Gesundes Land NRW erfordert ein ausgewogenes Miteinander der Menschen aus verschiedener sozialer Herkunft. Wir werden wieder nachbarschaftliches Engagement, die echte ehrenamtliche Tätigkeit in Verbänden und Vereinen als Ergänzung und Korrektiv benötigen. Gesundes Land NRW bedarf wegen der demografischen Bedingungen eines guten Gesundheitswesens, in dem alle Menschen unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko die notwendige medizinische, menschliche und pflegerische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten. Dazu gehört, dass alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können. Dazu gehört eine den Leistungsmöglichkeiten aller entsprechende Finanzierung. Dazu gehört aber auch eine den Leistungsanforde-

rungen der Nutzer entsprechende gerechte Dotierung der Leistungserbringer.

Medizinisch leistungsfähige, sich in den Angeboten ergänzende Krankenhäuser sind eine wichtige Säule einer verlässlichen Gesundheitsversorgung. Damit eine optimale Versorgung der Menschen sichergestellt werden kann, ist es erforderlich, die begonnene Krankenhausplanung zu einem sich ergänzenden Ganzen weiterzuentwickeln, an die künftigen Bedarfe anzupassen und mit den anderen Sektoren der Gesundheitsversorgung eng zu vernetzen, um Doppelleistungen zu umgehen.

Auch die niedergelassenen Haus- und Fachärzte sowie die nichtmedizinischen Berufsgruppen müssen Rahmenbedingungen vorfinden, in denen sie die Menschen unseres Landes optimal versorgen können. Dabei ist besondere Obacht auf eine flächendeckende Versorgung mit Hausärzten und Fachärzten sowie Psychiatern zu geben.

Ein gesundes Leben zu führen, ist zunächst Angelegenheit eines jeden Einzelnen. In der vor uns liegenden Zeit ist daneben aber auch ein Engagement der Landesregierung erforderlich. Die Bürger sollen in ihrer Eigeninitiative unterstützt werden, ihre körperliche und seelische Gesundheit zu fördern und zu erhalten. Gesundheitsbewusstes Verhalten kann helfen, Krankheiten vorzubeugen und gleichzeitig die Lebensfreude zu steigern. Schon im Kindesalter muss damit begonnen werden. Ein sinnvoller Ansatz ist daher, Initiativen für die Kinder und Jugendlichen in zentralen Themenfeldern zu entwickeln und umzusetzen.

Es gilt aber auch, die körperliche und seelische Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu erhalten. So gehört für mich ein betriebliches Gesundheitsmanagement in jedes Unternehmen. Ich möchte, dass die Tarifpartner Ideen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement in ihre Tarifverträge verbindlich aufnehmen.

SPD



Heike Gebhard,
MdL, Gesundheits-
politische Sprech-
erin der SPD-Fraktion

Gesundes Land NRW – Was will die SPD?

Unser Ziel ist eine sichere, bezahlbare und zuverlässige Gesundheitsversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger in NRW – unabhängig von sozialem Status, Alter, Herkunft oder Geschlecht. Wir wollen ein solidarisches Gesundheitswesen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist dafür die tragende Säule, das Umlageverfahren ein krisenfester Stabilisierungsfaktor bei der Finanzierung. Allerdings leidet die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

darunter, dass die Beiträge nur auf Löhne und Gehälter erhoben werden. Die Bürger mit den höchsten Einkommen sind zu einem großen Teil nicht in dem solidarischen System mitversichert. Deshalb fordern wir die „Solidarische Bürgerversicherung“: Alle Bürger zahlen einen festgelegten Prozentsatz aus der Summe aller ihrer Einkünfte (Lohnarbeit, Kapitalerträge, Mieteinnahmen, Zuschüsse und sonstige Einnahmen) in die Bürgerversicherung ein. Die von CDU und FDP im Koalitionsvertrag vereinbarte einkommensunabhängige Kopfpauschale, die die Einkommensstarken ent- und die Einkommensschwachen belastet, lehnen wir ab.

Zentrale landespolitische Aufgabe der Gesundheitspolitik ist die Krankenhausförderung. Krankenhäuser müssen mit einer soliden finanziellen Grundlage ihre wichtige Versorgungsaufgabe erfüllen können. Die wohnortnahe Grundversorgung gilt es ebenso zu sichern wie Krankenhäuser der Maximalversorgung und spezialisierte Zentren. Die Krankenhausplanung in NRW muss den öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag erfüllen. Das bedeutet auch, die flächendeckende Versorgung in Stadt und Land zu gewährleis-

ten. Das Gesamtvolumen der Krankenhausfinanzierung des Landes ist in den letzten fünf Jahren zwar konstant bei rund 500 Millionen Euro geblieben. Allerdings wird die Investitionsförderung des Landes seit 2006 nicht mehr zu 20 %, sondern zu 40 % von den Kommunen refinanziert. Damit hat sich der Kostenanteil der Kommunen auf ca. 200 Mio. Euro verdoppelt, ohne dass die Krankenhausversorgung auch nur ansatzweise verbessert worden wäre. Zudem verweigert die Landesregierung seit drei Jahren einen Krankenhausrahmenplan.

Der größte gesundheitspolitische Skandal der ausgehenden Legislaturperiode ist die Untätigkeit der Landesregierung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Hier besteht sofortiger und dringlicher Handlungsbedarf. Hier gilt es die ambulante und tagesklinische Versorgung wie auch die spezialisierte stationäre Versorgung auszubauen und mit der örtlichen Jugendhilfe zu verzahnen. Gerade in diesem Bereich ist frühzeitige Hilfe angezeigt. Es ist unerträglich, dass sich in den Regierungsparteien unterschiedliche „Therapieschulen“ unversöhnlich gegenüberstanden, sodass CDU und FDP sich offensichtlich nicht auf ein gemeinsames Handlungskonzept einigen konnten.

Die SPD stellt sich konsequent auf die Seite der Patientinnen und Patienten und wird alles tun, um eine Zwei-Klassen-Medizin zu verhindern. Dazu werden wir eine/n Patientenbeauftragte/Patientenbeauftragten des Landes NRW schaffen. Dieses Amt wird angesichts des Koalitionsvertrags auf Bundesebene noch besondere Bedeutung bekommen. Schon für die kommenden Jahre wird eine immer stärker voranschreitende Privatisierung von Krankheit und Pflege geplant. Hier brauchen die Patientinnen und Patienten in NRW eine starke Interessensvertretung. Und dafür stehen wir als SPD!

Gesundes Land NRW – Was will die FDP?

Es ist das zentrale gesundheitspolitische Ziel der FDP, dass alle Menschen im Krankheitsfalle eine gute und wohnortnahe Versorgung mit qualitativ hochwertigen Leistungen erhalten. Das gilt für die Bereiche „Gesundheitsförderung und Prävention“ ebenso wie für die Behandlung von Erkrankungen bis hin zur Rehabilitation. Das Alter oder die finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen dürfen dabei keine Rolle spielen. Um dies auch in einer immer älter werdenden Gesellschaft sicherzustellen, benötigt das Gesundheitswesen eine neue Basis der Finanzierung. Wir unterstützen daher die schrittweise Einführung einer einkommensunabhängigen Gesundheitsprämie, die mit einem sozialen Ausgleich über Steuermittel verbun-

den wird. Auf diese Weise werden – anders als bisher – auch Gutverdienende sowie Privatversicherte an den Gesundheitskosten innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt.

Um die Versorgungsqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, wollen wir weiter aktiv gegen den drohenden Ärztemangel, vor allem bei den Hausärzten, vorgehen. Mit dem Aktionsprogramm der Landesregierung ist NRW bereits auf einem guten Weg,

FDP



Dr. Stefan Romberg,
MdL, Gesundheits-
politischer Sprecher
der FDP-Fraktion

den wir konsequent weitergehen wollen. Die FDP setzt sich darüber hinaus für eine wohnortnahe Versorgung mit Krankenhäusern ein. Die Angebotsvielfalt muss eine zentrale Rolle spielen. Außerdem halten wir Kooperationen zwischen den Häusern für eine zukunftsweisende Maßnahme. Von wachsender Bedeutung sind aus unserer Sicht der Ausbau einer patientenorientierten Qualitätssicherung sowie die verbesserte Leistungstransparenz.

Darüber hinaus gehört eine bessere und wohnortnahe Versorgung psychisch kranker Menschen zu den zentralen Anliegen der FDP. Wir wenden uns gegen jede Form der Stigmatisierung und Diskriminierung der Betroffenen. Zwangsmaßnahmen sind auf ein Minimum zu reduzieren, weil sie einen erheblichen Eingriff in die Freiheitsrechte des Einzelnen darstellen.

In der Sucht- und Drogenpolitik setzen wir auf eine Stärkung der ursachenorientierten Prävention sowie

auf stigmatisierungsfreie Angebote. Eine restriktive Verbotskultur lehnen wir ab. Außerdem wollen wir erreichen, dass die Behandlungsmöglichkeiten bei Alkoholmissbrauch zielgruppengerecht weiterentwickelt und optimiert werden.

Zur Erhöhung der Versorgungsqualität im Gesundheitsbereich ist ein Ausbau des Wissenstransfers zwischen Forschung und Praxis unerlässlich. Ein wichtiges Ziel sehen wir in einer Stärkung der Gesundheitswirtschaft für NRW, bei der zukunftsorientierte Produkte und Dienstleistungen im Mittelpunkt stehen, die dazu beitragen, die Lebensqualität unserer Bürgerinnen und Bürger weiter zu verbessern.

Es ist wichtig, dass mehr Bürgerinnen und Bürger Informationen über die Bedeutung der Vorsorgevollmacht und der Patientenverfügung erhalten. Außerdem wollen wir uns für einen bedarfsgerechten Ausbau der Hospizdienste sowie der palliativmedizinischen und palliativpflegerischen Angebote einsetzen.



Gesundes Land NRW – Was wollen die Grünen?

Wir stehen in der Gesundheitspolitik vor längst überfälligen Weichenstellungen. Die letzte Bundesregierung aus CDU und SPD hatte nicht die Kraft zu einer nachhaltigen Reform und hat vier Jahre verschlafen. Der Gesundheitsfonds hat uns Lösungen nicht näher gebracht und weder die Finanzierungsseite stabilisiert, noch die medizinische Versorgung für die Patienten und Patientinnen verbessert. Nach wie vor haben wir eine unterschiedliche Versorgungssituation für private und gesetzlich Versicherte. Auch wenn die Zwei-

klassenmedizin weiterhin bestritten wird, erleben wir sie doch im medizinischen Alltag. Und auch die neue Regierung aus CDU und FDP hat keine Lösungsvorschläge, die jedem Menschen unabhängig von seinem Einkommen und von möglichen Vorerkrankungen die gleichen Zugangschancen zum Gesundheitssystem ermöglicht. Bei ihnen soll die Erzieherin den gleichen Betrag einzahlen wie der Rentner oder der Filialleiter: Das Ende des solidarischen Gesundheitssystems!

NRW als bevölkerungsreichstes Land muss das im Bund verhindern. Wir Grüne wollen mit unserem Konzept der Bürgerversicherung dauerhaft die Finanzierung des Gesundheitssystems sichern. Alle Menschen sollen unabhängig von der Art ihrer Einkünfte in ein gemeinsames System zahlen. Dabei sind die heutigen gesetzlich Versicherten genauso

zu berücksichtigen wie privat Versicherte, Beamte, Abgeordnete und Selbstständige – und vor allem zählen auch andere Einkommen z. B. aus Mieten und Zinsen und nicht nur Erwerbseinkommen.

Genauso dringend wie für die Finanzierung müssen auch die Weichen für die Zukunftsfähigkeit des Gesundheitssystems einer immer älter werdenden Gesellschaft gestellt werden. Alt und alleine auf das Gesundheitssystem angewiesen zu sein, ist heute in vielen Fällen mehr als problematisch. Aufgabe einer von Land und Kommunen getragenen Gesundheitspolitik muss es sein, eine gemeindenahere, leicht zugängliche gute Versorgung aller Bevölkerungsgruppen in allen Regionen sicherzustellen. Prävention und Gesundheitsförderung müssen endlich als gleichwertige Elemente des Gesundheitswesens betrachtet werden, damit Krankheiten erst gar nicht oder später entstehen. Wir brauchen eine zukunftsfähige Krankenhauslandschaft, die sich aus Sicht der Patientinnen und Patienten für die ambulante Versorgung öffnet und Kompetenzzentren beinhaltet. Trotz aller medizinisch-technischen Fortschritte sind die medizinische Behandlung und die Pflege von Mensch zu Mensch nicht zu ersetzen. Menschliche Zuwendung und Beratung müssen deshalb wieder einen höheren Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung erhalten. Auch die Naturheilkunde und komplementärmedizinische Angebote müssen dabei einen gleichberechtigten Stellenwert in der gesundheitlichen Versorgung bekommen. Die Wahlmöglichkeit zwischen den unterschiedlichen Behandlungsarten muss anerkannte alternative Behandlungsmethoden einbeziehen.

Hausarztzentrierte Versorgung

Wer bezahlt den Ausstieg ins „Traumhaus“?

Mit ihren Forderungen nach Honorarsteigerungen von rund 70 Prozent ist der Deutsche Hausärzteverband jetzt in den Schiedsverfahren in Nordrhein und Westfalen-Lippe an Gerald Weiß herangetreten, um seine Vorstellungen von einer „hausarztzentrierten Versorgung“ auszudrücken. Der in Nordrhein-Westfalen als Schiedsmann eingesetzte CDU-Bundestagsabgeordnete und ausgewiesene Sozialexperte soll den Hausärzten nach dem Willen der Vereinsfunktionäre eine Einkommenssteigerung von mehr als 50.000 EUR pro Jahr beschreiben.

Ein weiteres Bonbon: Der Großteil des – letztlich von den Beitragszahlern aufzubringenden – Geldes soll nicht für geleistete Behandlungen fließen, sondern kontaktunabhängig gezahlt werden. Diagnostiziert der Hausarzt eine chronische Erkrankung, gibt es einen Zuschlag obendrauf. Auf der anderen Seite steht das Leistungsversprechen des Deutschen Hausärzteverbandes. Abgesehen von dem Akt der Einschreibung – zur Sicherung der kontaktunabhängigen Pauschale – erschöpfen sich die Zusagen für die „besondere Qualität“ der

hausarztzentrierten Versorgung in vagen Absichtserklärungen. Die Praxen würden sich bemühen, dass die Wartezeit nicht länger als 30 Minuten betrage und man hofft auf Qualitätsverbesserungen und Einsparungen bei Fachärzten, Arzneimitteln oder Krankenhäusern.



Honorar ohne Behandlung?

Die Hoffnungen sind groß, die Verbindlichkeiten jedoch Mangelware. Im Gegenteil: Mit dem Notdienst und dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die Hausärzte nicht belastet werden. Aus dieser Verantwortung will man heraus. Deshalb sollen die Gelder auch nicht mehr über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werden, sondern über eine eigene private Abrechnungsgesellschaft fließen, die von den namenhaften Vertretern des Verbandes betrieben wird. Wer solch ein schönes Eigenheim errichten will, den stören natürlich die Vorschläge der Krankenkassen, die besonderen Leistungen einer hausarztzentrierten Versorgung besonders zu fördern. Wie üppig auch Zuschläge für die immer seltener werdenden Hausbesuche, insbesondere am Wochenende oder in den Nachtstunden, sein mögen und selbst wenn der Preis für das Überleitungsmanagement von Patienten aus dem Krankenhaus in die ambulante Versorgung großzügig ausfällt – kontaktunabhängige Pauschalen sind immer lukrativer. So werden auch Hausärzte aus Niedersachsen und Sachsen-Anhalt, die sinnvolle Lösungen tragen, von den Funktionären massiv unter Druck gesetzt. Sie sollen auf Linie gebracht werden.

Und wenn der Ausstieg aus der Sicherstellung ins Eigenheim geschafft ist, bleibt am Ende nur noch eines zu klären: Wer soll das Traumhaus bezahlen? Wenn man die Preisvorschläge des Deutschen Hausärzteverbandes umrechnet, so müssen die Versicherten in Nordrhein-Westfalen bald 800 bis 900 Mio. EUR pro Jahr mehr berappen, jeder Versicherte rund 60,00 EUR. Wie hoch Zusatzbeiträge und Kopfpauschalen denn auch ausfallen mögen und wie der Sozialausgleich für die dann vielfach überlasteten niedrigen Einkommensbezieher gestaltet werden muss, dieses Problem schiebt der Hausärzteverband auf andere ab.

KURZ GEMELDET

Zum 1. Januar 2010 gab es folgende Fusionen bei den Ersatzkassen: Die Barmer Ersatzkasse hat mit der Gmünder Ersatzkasse – GEK fusioniert und die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) mit der Hamburg Münchener Krankenkasse. Alle Kassen verbleiben im Verband der Ersatzkassen (vdek) mit dann über 24 Millionen Versicherten bundesweit und mehr als 5,6 Millionen Versicherten in NRW. Folgende Kassen gehören somit dem vdek an:

- Barmer GEK
- Deutsche Angestellten Krankenkasse
- HEK – Hanseatische Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- KKH-Allianz
- hkk

Rettungsgesetz NRW

Ersatzkassen plädieren für baldige Novellierung

Das jetzt geltende Rettungsdienstgesetz vom 13.7.1999 regelt die bedarfsgerechte und flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung einschließlich der notärztlichen

Versorgung im Rettungsdienst. Als grundsätzliches Fazit lässt sich aus Sicht der Ersatzkassen nach rund 10 Jahren feststellen, dass die Umsetzung des Rettungsdienstgesetzes in fast allen Kommunen des Landes zu Verbesserungen der Versorgungsstrukturen geführt hat. Positiv ist hervorzuheben, dass erstmals mit dem Rettungsdienstgesetz Qualitätsmerkmale eingeführt und umgesetzt wurden.

Zwischenzeitlich erreicht der Rettungsdienst die Zielvorgabe des Landes NRW und erreicht mindestens 90 % aller Notfälle in der vorgegebenen Hilfsfrist. Nachdem nunmehr die flächendeckende Versorgung durch Rettungsmittel optimiert wurde, sehen die Ersatzkassen die Notwendigkeit, auch organisatorisch Wirtschaftlichkeitspotenziale zu nutzen. So wäre es beispielsweise sinnvoll, Regionen zu gemeinschaftlichen Trägern des Rettungsdienstes zusammenzufassen. So könnten Trägerverbände, wie beispielsweise in der Luftrettung, effizient und kostengünstig umgesetzt werden.

Verhandlungsmandat für Kassenverbände

Um den Interessen der Kostenträger bei der Planung einer qualitativ hochwertigen, bedarfsgerechten und gleichzeitig wirtschaftlichen Erstellung rettungsdienstlicher Leistungen angemessene Rechnung zu tragen, muss aus unserer Sicht ein echtes Verhandlungsmandat verankert werden, um den Rettungsdienstträgern sowohl bei der Gebührenfestsetzung als bei der Bedarfsplanung auf Augenhöhe begegnen zu können. Durch das derzeitige Anhörungsmodell besteht für Kommunen und Kreise kaum Anreiz für Transparenz und wirtschaftliches Handeln und für die Krankenkassen keine Möglichkeit zur Kostenkontrolle.

Leitstellen

Im Zeitalter der digitalen Vernetzung und Kommunikationsmöglichkeiten muss die Frage gestellt werden, ob in NRW jede der 22 kreisfreien Städte und

jeder der 30 Kreise sowie die Städteregion Aachen eine eigene Leitstelle für den Rettungsdienst und Feuerschutz vorhalten muss? Diese insgesamt 53 Leitstellen sind aus Sicht der Ersatzkassen eindeutig zu viele; auch entspricht dies nicht dem Trend in anderen Ländern und Bundesländern, in denen die Zahl der Leitstellen bereits erheblich reduziert wurde. Hier können ohne Qualitätsverluste erhebliche Kosten auch zugunsten der Beitragszahler eingespart werden.

Begrüßenswerte Anfänge sind gemacht, die nun Schule machen sollten. So haben sich die Leitstellen des Kreises Aachen und der Stadt Aachen als städteregionale Leitstelle für die Städteregion Aachen zusammengeschlossen. Ebenso werden die Rettungsdienst-Einsatzstellen der Städte Wuppertal und Solingen neuerdings über eine gemeinsame Leitstelle geleitet. Diese Empfehlung an den Gesetzgeber wurde im Übrigen schon 1998 in einem Gutachten des Wirtschaftsgeografischen Instituts der Universität Bonn ausgesprochen, dass seinerzeit vom Land NRW und den Gesetzlichen Krankenkassen in Auftrag gegeben wurde.

Trägerschaft des Rettungsdienstes

Auch muss darüber nachgedacht werden, ob jede große kreisangehörige Stadt – und dies sind immerhin weitere 35 Städte in NRW – selbst seinen Rettungsdienst regeln muss, oder ob dies nicht z. B. ein Kreis für alle kreisangehörigen Städte organisieren kann – und zwar auch hier ohne Qualitätseinbußen. Die hierdurch eingesparten Verwaltungskosten kämen allen Beteiligten zugute und wären auch in Zeiten knapper Haushalte gerade bei den Kommunen ein wichtiges Signal. In diesem Zusammenhang müsste auch über ein einheitliches Beschaffungswesen von Rettungsmitteln nachgedacht werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass Mengenrabatte von der Größe der Bestellung abhängig sind und hier sinnvolle Einsparungen realisiert werden könnten. Der Gesetzgeber sollte auf jeden Fall gesetzliche Möglichkeiten zur Schaffung solcher Einkaufsverbände etablieren.

Ein effizienter Einsatz von Rettungsmittelressourcen über eine zentrale Steuerung würde darüber hinaus Leerfahrten verhindern und somit ohne Qualitätseinbuße den Rettungsdienst weiter optimieren.

Private Anbieter

Krankenkassenmittel werden derzeit auch dadurch verschwendet, dass private Anbieter dazu verleitet



Wirtschaftlichkeitspotenziale im Rettungsdienst nutzen

GELUNGENE UMSTRUKTURIERUNG IM KREIS WESEL

Seit dem Jahr 2005 haben sich alle Kommunen im Kreis Wesel unter dem Dach der Kreisverwaltung zusammengeschlossen. Neben der Bedarfsplanung übernimmt der Kreis nunmehr auch die Gebührenkalkulation, Beschaffung von Rettungsmitteln und die Abrechnung der Krankentransporte. Insgesamt können somit Einsparungen in Höhe von rund 566.000 € jährlich realisiert werden, ohne dass hierdurch die Leistungsfähigkeit des Rettungsdienstes oder die Versorgung der Bevölkerung negativ beeinträchtigt würde. Ein weiteres Beispiel für eine einheitliche Trägerschaft bietet der Ennepe-Ruhr Kreis. Auch hier haben alle kreisangehörigen Kommunen die Trägerschaft des Rettungsdienstes an den Kreis übertragen.

Auch sollten zukünftig die Rettungsmittel privater Anbieter bei der Bedarfsermittlung zwingend berücksichtigt werden. Es ist grob unwirtschaftlich, dass eine Vielzahl von Rettungsdienstträgern eine unverhältnismäßig hohe Zahl von gering ausgelasteten Fahrzeugen vorhält, ohne regional verfügbare Rettungsmittel privater Anbieter zu berücksichtigen.

werden für ein und denselben Rettungsdienstbereich sowohl als freier Unternehmer als auch als Auftragshelfer tätig zu werden. Diese „Rosinenpickerei“ führt dann dazu, dass hohe Gewinne mit der Übernahme lukrativer Fahrten für den „privaten“ Bereich des Unternehmens gemacht werden, während für den öffentlichen Bereich Verluste entstehen. Diese müssen letztlich über höhere Gebühren ausgeglichen werden. Hier fordern die Ersatzkassen eine Unvereinbarkeit dieser gleichzeitigen Mitwirkung.

Im Ergebnis fordern die Ersatzkassen eine Novellierung des nordrhein-westfälischen Rettungsgesetzes mit folgenden Kernpunkten:

1. Zusammenlegung von Leitstellen
2. einheitliche Trägerschaft auf Kreisebene/ Krankenhausversorgungsbereiche
3. mehr Mitsprache bei der Gebührenfestsetzung (Verhandlungslösung)
4. Nutzung von Wirtschaftlichkeitspotenzialen bei der Beschaffung und Planung

Ambulante Rehabilitation Gutes Angebot für Patienten

Bereits in den 90er Jahren gab es erste Überlegungen neben der bisher üblichen stationären medizinischen Rehabilitation auch eine ambulante Variante anzubieten. Erste Modellvorhaben wurden erprobt und dann in die Praxis umgesetzt. Zum 1.7.2001 wurde dann in §19 Abs. 2 SGB IX festgeschrieben, dass unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände Rehabilitation in ambulanter bzw. ganztägig ambulanter Form erbracht werden kann. Diese Regelung gibt der ambulanten Leistung zwar einen Vorrang – begründet aber nicht den strikten Grundsatz „ambulant vor stationär“.

nen Bett schlafen zu wollen. Aber auch aus medizinischer Sicht kann eine ambulante Versorgung die bessere Alternative sein. Beispielsweise können die Einbeziehung von Angehörigen in Schulungsprogramme (z. B. bei der Ernährung), die Weiterführung bereits laufender Hilfsangebote (z. B. Selbsthilfegruppe) oder auch die Belastungserprobung im häuslichen Bereich – das alltagsnahe Training – Entscheidungskriterien für eine ambulante Rehabilitation sein.

Inzwischen erfreut sich die ambulante Rehabilitation auch bei den Patienten wachsender Beliebtheit. Die Gründe sind vielfältig. Der Wunsch, nach einem längeren Krankenhausaufenthalt nun nicht noch einige Wochen dem häuslichen Umfeld fernbleiben zu müssen wird ebenso genannt, wie der Wunsch lieber im eige-

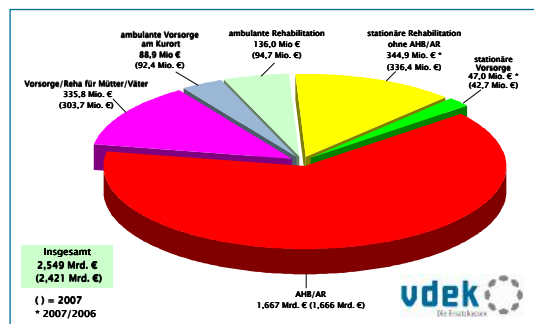
Qualitätssicherung

Die Qualität der ambulanten Rehabilitation muss grundsätzlich den gleichen Anforderungen genügen wie die stationäre Rehabilitation. Inzwischen gibt es für sieben Indikationen Rahmenempfehlungen:

- muskuloskeletale Erkrankungen
- Kardiologie
- Neurologie
- Dermatologie
- Onkologie
- psychische und psychosomatische Erkrankungen
- Pneumologie

Rehabilitation in NRW

Um der wachsenden Zahl von Patientinnen und Patienten ein Angebot machen zu können, wurden gerade in NRW immer mehr ambulante Rehabilita-



Aufwendungen der GKV 2008 für Vorsorge und Rehabilitation

tionseinrichtungen eröffnet. Inzwischen wurden in Westfalen-Lippe durch die Ersatzkassen mit 28 Einrichtungen Verträge abgeschlossen, in Nordrhein mit 56 Einrichtungen. In Ballungszentren werden bereits rund 20 % aller Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt.

Die ambulante Rehabilitation hat allerdings auch ihre Grenzen. Wenn beispielsweise das Ausmaß der Schädigung zu groß ist, die häusliche Versorgung des Patienten nicht sichergestellt oder eine zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld notwendig ist, dürfte eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme weiterhin die bessere Wahl sein.

Name der Einrichtung	Anschrift	Indikation
Emmaburg-Klinik/HGC Kliniken GmbH	Lahnstr. 28, 57334 Bad Laasphe Tel.: 02752-102-231	orthopädische Erkrankungen
Teutoburger-Wald-Klinik	An der Jordanquelle 6, 33175 Bad Lippspringe Tel.: 05252-0954600	orthopädische Erkrankungen
Klinik Martinusquelle	An der Martinusquelle 10, 33175 Bad Lippspringe Tel.: 05252-952000	kardiologische Erkrankungen
Klinik Porta Westfalica	Steinstr. 65, 32547 Bad Oeynhausen Tel.: 05731-185707	orthopädische Erkrankungen
Klinik am Rosengarten	Westkorso 22, 32545 Bad Oeynhausen Tel.: 05731-305-0	neurologische Erkrankungen orthopädische Erkrankungen
Salzetal-Klinik	Alte Vlothoer Str. 1, 32105 Bad Salzuffeln Tel.: 05222-1860	orthopädische Erkrankungen
SalinenPark Klinik GmbH	Salinenstr. 2, 32105 Bad Salzuffeln Tel.: 05222-936666	kardiologische Erkrankungen orthopädische Erkrankungen
Reha-Klinik Prosper am Knappschafts-Krankenhaus	Osterfelder Str. 157, 46242 Bottrop Tel.: 02041-152000	neurologische Erkrankungen
Orthomed	Strobelallee 58, 44139 Dortmund Tel.: 0231-912330-0	orthopädische Erkrankungen
Klinik am Stein – Zentrum Dortmund	Feldstr. 77, 44141 Dortmund Tel.: 02962-808-260	neurologische Erkrankungen geriatrische Erkrankungen
RehaCenter Dortmund GmbH	Leopoldstr. 10, 44147 Dortmund Tel.: 0231-819654	kardiologische Erkrankungen orthopädische Erkrankungen
Klinik Königsfeld	Holthäuser Talstr. 2, 58256 Ennepetal Tel.: 02333-88603	orthopädische Erkrankungen kardiologische Erkrankungen
medicos Auf Schalke	Parkallee 1, 45891 Gelsenkirchen Tel.: 0209-380330	orthopädische Erkrankungen kardiologische Erkrankungen
Reha Bad Hamm GmbH	Jürgen-Graef-Allee, 59065 Hamm Tel.: 02151-7685-55	neurologische Erkrankungen kardiologische Erkrankungen orthopädische Erkrankungen (Einzelfallentscheidung)
Physiomed – Steffen Barth	Eilper Str. 62, 58091 Hagen Tel.: 02331-77636	orthopädische Erkrankungen
ortho-mobile GmbH	Augustastr. 25 b-c, 45525 Hattingen Tel.: 02324-68333-20	orthopädische Erkrankungen
Reha-Klinik Iserlohn	Hugo-Fuchs-Allee 3, 58644 Iserlohn Tel.: 02371-82980	orthopädische Erkrankungen
Rehaklinik Kamen	Lünener Str. 64, 59174 Kamen Tel.: 02307-21111	orthopädische Erkrankungen
Gesundheitszentrum Bad Waldliesborn	Quellenstr. 60, 59556 Lippstadt Tel.: 02941-800-1225	kardiologische Erkrankungen orthopädische Erkrankungen
Märkische Reha-Kliniken GmbH	Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid Tel.: 02351-46-0	orthopädische Erkrankungen neurologische Erkrankungen
Reha Lünen	Schulstr. 78, 44534 Lünen Tel.: 02306-978043	kardiologische Erkrankungen
Spomed-Reha	Pottkamp 17, 48149 Münster Tel.: 0251-98154-0	orthopädische Erkrankungen
Rehaklinik Nordkirchen	Am Gorbach 10, 59394 Nordkirchen	zum 21.06.06 beendet
Weserlandklinik Bad Hopfenberg	Bremer Str. 27, 32469 Petershagen Tel.: 05707-290	orthopädische Erkrankungen
Wiehengebirgsklinik Holsing GmbH	Brunnenallee 3, 32361 Preußisch-Oldendorf Tel.: 05741-275-0	orthopädische Erkrankungen
Medifit	Loherstr. 2, 58332 Schwelm Tel.: 02336-93750	orthopädische Erkrankungen
Weserlandklinik Bad Seebbruch	Seebbruchstr. 33, 32602 Vlotho Tel.: 05733-925914	orthopädische Erkrankungen
Physio-Team Rehazentrum GmbH Michael Schmitz	Lothar-Gau-Str. 11, 58300 Wetter-Volmarstein	orthopädische Erkrankungen

Regionaler Knoten NRW

Ersatzkassen engagieren sich für bessere Gesundheitschancen

Zahlreiche wissenschaftliche Studien belegen zweifelsfrei einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und sozialem Status:

- Menschen aus niedrigen sozialen Schichten haben ein überproportional hohes Krankheitsrisiko.
- Sie schätzen ihre eigene Gesundheit schlechter ein.
- Die allgemeine Lebenserwartung bei Männern ist um 10 Jahre geringer, bei Frauen um 5 Jahre – im Vergleich zu gehobenen Schichten.

Hier steht neben anderen Bereichen wie die Sozialpolitik, die Arbeitsmarktpolitik oder die Schulpolitik auch die Gesundheitspolitik vor besonderen Herausforderungen. Aus diesem Grund fördern die Ersatzkassen – neben ihren eigenen zahlreichen Präventionsprojekten – gemeinsam mit den anderen nordrhein-westfälischen Krankenkassen und dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales bereits seit Mitte 2008 den Regionalen Knoten NRW. Angesiedelt ist der Regionale Knoten beim Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes NRW (LIGA.NRW). So können die gut etablierten Arbeitsstrukturen des LIGA in den Themenfeldern Prävention und Gesundheitsförderung zur Vernetzung und inhaltlichen Fundierung bestens genutzt werden.

Entstehen der Regionalen Knoten

Bereits seit 2001 gibt es auf Initiative der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) einen bundesweiten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“, der aus der bundesdeutschen Gesundheitsförderungslandschaft nicht mehr wegzudenken ist. Ziel des Verbundes ist es, die Transparenz und Angebotsqualität in der Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Zielgruppen zu erhöhen. Hierzu wurde eine Internetplattform mit einer online recherchierbaren bundesweiten Datenbank für gesundheitsfördernde Projekte und Angebote eingerichtet. Im engen Austausch auch mit Vertretern der Krankenkassen wurden darüber hinaus entsprechende Qualitätskriterien für Projekte erarbeitet. Zur Vernetzung untereinander und zur besseren Umsetzung der Arbeit wurden dann in allen Bundesländern sogenannte Regionale Knoten gegründet.

Was passiert in NRW?

Der Regionale Knoten NRW kümmert sich insbesondere um die Themen Arbeitslosigkeit und Gesundheitsförderung, Migration und Gesundheit



Logo Regionaler Knoten

und Gesundheitsförderung im Stadtteil. Hierzu wurden in den letzten Jahren umfangreiche Aktivitäten entwickelt, wie z. B. die Durchführung von Regionalkonferenzen, Publikationen und der Aufbau eines Internetauftritts. Auch wurden entsprechende Leitfäden erstellt, so zu den Themen „Gesunde Kinder – gleiche Chance für alle? Ein Leitfaden zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe“ und „Interkulturelle Gesundheitsförderung. Ein Leitfaden zum Aufbau des Handlungsfeldes Migration“. In besonderem Maße widmet sich der Regionale Knoten der Qualitätsentwicklung der Projekte. Modelle mit Vorbildcharakter werden nach definierten Kriterien ausgewählt und sind in einer Projektdatenbank im Internet abrufbar.

Zukünftige Aktivitäten

Da die Krankenkassen in NRW ihre Förderung ausgeweitet und verlängert haben, besteht die Möglichkeit weiterer Schwerpunktthemen für die nächsten Jahre. Hierzu könnte gehören ein vertiefter Fokus auf die Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung in Anlehnung an bewährte bundesweite Modelle, die Förderung der Alltagsbewegung bei älteren Menschen oder auch die Gesundheitsförderung in der Zeitarbeit. Vertiefende Informationen zu dem Gesamtprojekt finden sich unter www.knoten-nordrhein-westfalen.de.

Sieghart Niggemann,

langjähriger Leiter der Ersatzkassenverbände in Westfalen-Lippe, in den Ruhestand verabschiedet

Vor über 100 geladenen Gästen aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenkassen, der Politik, des Gesundheitsministeriums, der Ärzteschaft und des Krankenhauswesens wurde Sieghart Niggemann, langjähriger Leiter der Verbände der Ersatzkassen in Westfalen-Lippe, am 18.2.2010 offiziell in den wohlverdienten Ruhestand verabschiedet. Im Rahmen einer Festveranstaltung würdigte der Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) Sieghart Niggemann für seine hohe Einsatzbereitschaft für die Ersatzkassen und deren Versicherte. „Sieghart Niggemann hat über 40 Jahre lang, davon über 30 Jahre in leitender Funktion, im Dienste der Ersatzkassen gearbeitet. Dabei stand die hochwertige Versorgung der Versicherten und Patienten und die Stabilität des Ersatzkassensystems für ihn immer im Vordergrund.

Dafür gebührt ihm großer Dank und Anerkennung!“, so die Vertreterin des Vorstandes des vdek, Ulrike Elsner, in ihrer Laudatio.

Auch die Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenhausverbände würdigten Sieghart Niggemann als klaren und überzeugten Verfechter einer solidarischen Krankenversicherung und fairen Vertragspartner, für den die gesundheitliche Versorgung der Menschen immer höchste Priorität hatte. Hervorgehoben wurden vor allem die gemeinsam entwickelten Strukturen für eine flächendeckende Palliativversor-

gung in NRW und der intensive Einsatz für eine qualitativ hochwertige, wohnortnahe und wirtschaftliche Krankenhausversorgung. Auch die Förderung der Organspende lag Niggemann immer sehr am Herzen und wurde von ihm und den Ersatzkassen mit vielfältigen Projekten und Aktionen vorangetrieben.

Sieghart Niggemann, geboren 1950 in Witten und bis heute dort wohnhaft, trat 1966 als Auszubildender in den Dienst der DAK ein. Nach Stationen als Gruppenleiter in Hagen und Bezirksgeschäftsführer in Bochum für die DAK wurde er 1974 Landesausschussbeauftragter des damaligen Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK) in Dortmund. Ab 1990 baute er die neu gegründete Landesbereichsvertretung Westfalen-Lippe der Ersatzkassenverbände auf und wurde deren Leiter. Mitte 2008 übernahm er dann die Leitung der Ersatzkassenverbände für das gesamte Bundesland und führte erfolgreich die bis dahin noch getrennten Verbandsstrukturen der Ersatzkassen für Westfalen-Lippe und Nordrhein zu einer einheitlichen Landesvertretung zusammen.

Sieghart Niggemann ist darüber hinaus bis heute seit vielen Jahren ehrenamtlicher Richter beim Landessozialgericht NRW und Verwaltungsratsmitglied des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Westfalen-Lippe. Von 2007 bis 2009 war er Verwaltungsratsvorsitzender des MDK.

Sieghart Niggemann wird seine langjährige Erfahrung weiterhin in einige Gremien einbringen, so z. B. in den Berufungsausschuss bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und in den Vorstand der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung NRW. Seiner Heimatstadt Witten bleibt er verbunden, indem er das Ärztenetz Witten bei der Sicherstellung der Versorgung, beim Versorgungsmanagement und der Versorgungsforschung berät. Dabei geht es ihm besonders um eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhäusern.



Theo Giehler und Jörg Hoffmann, Vorstand des BKK Landesverbandes NRW mit Sieghart Niggemann (v.l.)



Dr. Dorothea Prütting, als Vertreterin des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen des vdek
Graf-Adolf-Straße 67-69 · 40210 Düsseldorf
Telefon: 02 11 / 3 84 10-0 · Telefax: 02 11 / 3 84 10-20
Verantwortlich: Andreas Hustadt
Redaktion: Dirk Ruiss, Bärbel Brünger