

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE FÜHRUNGSWECHSEL beim MDK | PRO gemeinsame Selbstverwaltung | KRANKENHÄUSER im Land | 3. EXPERTENKONGRESS „Altersgerecht leben“ | GESETZ zur Förderung der Prävention

BADEN-WÜRTTEMBERG

VERBAND DER ERSATZKASSEN, APRIL 2013

AUS DEM MDK

Neu aufgestellt



UNSER BILD ZEIGT Walter Scheller und Günter Güner/alternierende Verwaltungsratsvorsitzende des MDK Baden-Württemberg, Sozialministerin Katrin Altpeter, Geschäftsführer Erik Scherb und sein Stellvertreter Andreas Klein (v.l.n.r.).

Zur Verabschiedung des MDK-Geschäftsführers Karl-Heinz Plaumann und zur Amtseinführung seines Nachfolgers Erik Scherb mit seinem Team hatte sich Sozialministerin Katrin Altpeter gemeinsam mit über hundert Vertretern des deutschen Gesundheitswesens in der Staatsgalerie in Stuttgart eingefunden. Walter Scheller, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), stellte den Menschen Karl-Heinz Plaumann in den Mittelpunkt seiner Rede. Mit seiner gewinnenden Persönlichkeit und Fachkompetenz sei es gelungen, den MDK im Land modern aufzustellen. „Seine fachliche Kompetenz und seine persönliche menschliche Note sind zwei feste Größen, die Karl-Heinz Plaumann auszeichnen.“

GESUNDHEITSPOLITIK

Ja zur gemeinsamen Selbstverwaltung

Wir wollen kein privatwirtschaftliches Gesundheitswesen wie in den USA und kein staatliches System wie in Großbritannien. In Deutschland existiert ein leistungsfähiger und demokratischer Mittelweg, der die Verantwortung sinnvoll verteilt.

Der derzeit beschrittene Weg in Deutschland ist ein leistungsfähiger und demokratischer Mittelweg, der die Verantwortung für die Organisation der Gesundheitsversorgung auf mehrere Schultern verteilt. Der Staat setzt den Rahmen, die Krankenkassen und Leistungserbringer bzw. deren Verbände handeln konkrete Verträge und Beschlüsse aus: Versorgungsverträge, Vereinbarungen zur Qualität der medizinischen Versorgung in Kliniken oder in den Arztpraxen, Budget- und Honorarverhandlungen und vieles mehr. Die gemeinsame Selbstverwaltung handelt und agiert. Sie kümmert sich um die Belange und Bedürfnisse der Versicherten. Ergo steht sie für Versicherten- und Praxisnähe, sie sorgt dafür, dass die medizinische Versorgung leistungsfähig, wirtschaftlich, qualitativ hochwertig, gerecht und fair abläuft.

Die Politik ist aufgefordert, die Handlungsspielräume der gemeinsamen Selbstverwaltung zu stärken und zu unterstützen, indem sie präzise gesetzliche Vorgaben erstellt und die Zuständigkeiten klar definiert. Zudem müssen ausreichend Zeit für

die Umsetzung der Regelungen und sinnvolle Konfliktmechanismen vorgesehen werden. Ziel der Partner der Selbstverwaltung ist es, nach intensiven Beratungen zum Wohl der Patienten fachlich fundierte Entscheidungen zu treffen, die möglichst auf eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung stoßen sollen. Die gemeinsame Selbstverwaltung als Basisbaustein der Demokratie muss politisch unabhängig bleiben, um in den Entscheidungen nicht politisch beeinflusst zu werden. Nur so können die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung in echter Verantwortung ihre Aufgaben erfüllen und die medizinische Versorgung zukunftssicher gestalten.

Steuerungsaufgaben

In der gesetzlichen Krankenversicherung hat der Staat wichtige Gestaltungsaufgaben auf die Vertreterinnen und Vertreter der Krankenkassen und der Leistungserbringer übertragen. Im Rahmen einer gemeinsamen Selbstverwaltung erfüllen diese ihre Steuerungsaufgaben eigenverantwortlich und nach gesetzlichen Vorgaben. Der Staat



KOMMENTAR

„Gesundheit nicht zum Spielball machen!“

FOTO B 52



von
WALTER SCHELLER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Die soziale Krankenversicherung in Deutschland bietet 90 Prozent der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist ein Garant für die Stabilität unserer Gesellschaft und den sozialen Frieden im Land. Der hohe Versorgungsgrad unseres umlagefinanzierten Gesundheitssystems ist international anerkannt und hat sich bewährt. Die solidarisch finanzierte gesetzliche Krankenversicherung sichert allen Versicherten unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung im Krankheitsfall. Damit dies auch in Zukunft gewährleistet bleibt, sind wir auch weiterhin auf eine berechenbare Finanzierung angewiesen. Hier setzen wir auf die Zuverlässigkeit der Politik. Bekanntlich werden durch Zuschüsse versicherungsfremde Leistungen wie das Mutterschaftsgeld oder die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen teilweise finanziert. Fazit: Es kann nicht sein, dass sich der Staat aus den Sozialkassen bedient und etwa zugesagte Steuermittel je nach aktueller Haushaltslage zurück nimmt. Die Gesundheit darf nicht zum Spielball der Politik werden.



stellt nur noch sicher, dass seine Rahmenvorgaben erfüllt werden. An Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung sind immer die Verbände derjenigen Parteien beteiligt, die auch die Verantwortung für die Versorgung der Versicherten tragen. Sie sind in der Regel als Körperschaften des öffentlichen Rechts organisiert sowie finanziell und strukturell selbständig. Innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens schließen die Verbände der Krankenkassen und der Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer Verträge ab und gewährleisten dadurch zum Beispiel in der ambulanten Versorgung, dass die Gesundheitsversorgung der Versicherten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist. In der stationären Versorgung vereinbaren sie die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Grundsätze für Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass versorgungsrelevante Sachverhalte, welche die Belange und Bedürfnisse der Versicherten direkt und unmittelbar tangieren, am besten von den direkt Betroffenen, den Versichertenvertretern, entschieden werden.

Unabhängige Entscheidungen

Beschlüsse der beteiligten Kostenträger und Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer erfolgen nach zumeist intensiven Verhandlungen. Dabei wird der größte gemeinsame Nenner zu Grunde gelegt. Das hat den großen Vorteil, dass diese Beschlüsse eine hohe Akzeptanz haben. Dieser Entscheidungsprozess ist ein wichtiges Gut. Das Prinzip der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung hat sich bewährt. Dadurch unterscheidet sich die gemeinsame Selbstverwaltung wesentlich von politischen Verhandlungslösungen, bei denen die Akteure häufig kurzfristige Mehrheiten anstreben, um wiedergewählt zu werden.

Die gemeinsame Selbstverwaltung stellt einen leistungsfähigen, dritten Weg für die Organisation der Gesundheitsversorgung dar, der sich gegenüber rein



FOTO B 52

privatwirtschaftlichen und rein staatlichen Organisationsformen positiv abgegrenzt. Ein internationaler Vergleich zeigt deutliche Nachteile, etwa Wartezeiten oder erschwerte Zugangswege für sozial schwache Bevölkerungsgruppen, in Gesundheitssystemen, die auf eine verantwortliche Beteiligung der Betroffenen, zum Beispiel in Form der gemeinsamen Selbstverwaltung verzichten. Rein privatwirtschaftlich organisierten Systemen fehlt die ausreichende Legitimation (nur wenige können es sich leisten) für die in ihrer Tragweite nicht zu unterschätzenden Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung der Versicherten. Ein über den Marktmechanismus und über dessen Wettbewerbsinstrumente organisiertes Gesundheitswesen ist nicht in der Lage, eine gleichmäßige und bezahlbare Versorgung für alle zu leisten. In rein staatlichen Gesundheitssystemen leidet die Versorgung der Versicherten darunter, dass sämtliche Vorzüge des Verhandlungsprozesses unter den Systembeteiligten wegfallen und die medizinische Versorgung von der jeweiligen Haushaltslage abhängt.

Transparenz der Entscheidungen

Damit sichergestellt ist, dass alle an der Versorgung der Versicherten Beteiligten auch in die Entscheidungen eingebunden sind, darf das Selbstverwaltungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht weiter ausgehöhlt werden. In der Öffentlichkeit und gegenüber der Politik sollten sich alle Vertreterinnen und Vertreter der gemeinsamen Selbstverwaltung dafür

einsetzen, dieses Prinzip als Keimzelle der Demokratie zu fördern und zu erhalten.

Damit die Entscheidungen der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Öffentlichkeit verstanden und respektiert werden und die politische Unabhängigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung erhalten bleibt, ist es notwendig, dass die Beteiligten die Funktionsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung und die Beweggründe für die jeweiligen Entscheidungen regelmäßig in der Öffentlichkeit und der Politik erläutern und eine ausreichende Transparenz der Verfahren vorsehen.

Die Politik wird aufgerufen, die Arbeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu unterstützen, indem sie präzise gesetzliche Vorgaben und klare gesetzliche Zuständigkeitsregelungen erstellt, ausreichend Zeit für die Umsetzung der Regelungen vorsieht und sinnvolle Konfliktlösungsmechanismen einrichtet.

Auf dieser Grundlage können die Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung in echter Verantwortung ihre Aufgaben erfüllen und es wird ihnen gelingen, die Gesundheitsversorgung auch weiterhin im Interesse der Versicherten zukunftssicher zu gestalten.

Schulterschluss in Baden-Württemberg

„Ein ganz wesentlicher Baustein zur zielgerichteten Weiterentwicklung der medizinischen Versorgungsstrukturen in Baden-Württemberg besteht in der Stärkung der Gemeinsamen Selbstverwaltung“, betonte Konrad Ehing, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes, für die Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg am 16. Januar im Stuttgarter Literaturhaus. Der Neujahrsempfang der Verbändekooperation, bestehend aus dem BKK-Landesverband, der IKK classic, der Knappschaft und dem Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg, stand ganz im Zeichen der konstruktiven Zusammenarbeit im Gesundheitswesen.

In dem sich anschließenden Expertengespräch stellte Moderator Frank Winkler, stv. Leiter des Verbandes der Ersatzkassen, für die B 52-Verbändekooperation die Frage, worin der eigentliche Wert der gemeinsamen Selbstverwaltung bestehe und an welchen praktischen Beispielen sich dies zeige. Was hat die gemeinsame Selbstverwaltung erreicht und wo werden noch Handlungsfelder gesehen?

Akteure pro Selbstverwaltung

„Die Selbstverwaltung ist eine der Standortfaktoren der Bundesrepublik Deutschland“, sagte Dr. Norbert Metke, Vorstandsvorsitzender der KV Baden-Württemberg. Künftige große Herausforderungen für die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen seien die Sicherstellung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung, das Verhältnis zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die Regelungen zur Delegation ärztlicher Leistungen an andere Berufsgruppen. Von der Politik wünscht er sich, „dass sie uns Zeit lässt, die letzte Reform umzusetzen, bevor die nächste kommt.“

„Die Selbstverwaltung gewährleistet die hervorragende Gesundheitsversorgung für elf Millionen Menschen im Land“, betonte Landrat Detlef Piepenburg, Vorstandsmitglied der Krankenhausgesellschaft im Land. Wichtig für das Prinzip Selbstverwaltung sei, dass sich alle Beteiligten partnerschaftlich einbringen – auch auf europäischer Ebene. Piepenburg sieht im medizinisch-technischen Fortschritt und in der demographischen Entwicklung weitere Herausforderungen für die Selbstverwaltung. Er ist sich sicher, dass die Selbstverwaltung dies meistern wird.

„Die gemeinsame Selbstverwaltung ist ein Entscheidungsmodell nah am Menschen. Dieses Modell gilt es im Interesse einer guten Versorgung zu bewahren und weiter auszubauen“, forderte Frank Hippler, stv. Vorstandsvorsitzender der IKK classic, abschließend für die B 52-Verbändekooperation. Die aktuellen Erfolge der gemeinsamen Selbstverwaltung im Land seien überzeugende Belege für das, was im Rest der Republik durchaus aufmerksam und bisweilen vielleicht sogar mit etwas Neid zur Kenntnis genommen werde. Hippler wünschte sich, „dass die damit verbundene Botschaft aus Baden-Württemberg künftig auch andere Regionen inspiriert.“

160 Akteure aus dem baden-württembergischen Gesundheitswesen nahmen am Neujahrsempfang teil. ■

FOTO B 52



DR. NORBERT METKE, VORSTANDSVORSITZENDER DER KASSENÄRZTLICHEN VEREINIGUNG BADEN-WÜRTTEMBERG (LINKS) UND LANDRAT DETLEF PIEPENBURG, VORSTANDSMITGLIED DER BADEN-WÜRTTEMBERGISCHEN KRANKENHAUSGESELLSCHAFT (RECHTS) WAREN SICH IM EXPERTENGESPRÄCH MIT FRANK WINKLER VOM VERBAND DER ERSATZKASSEN (VDEK) EINIG: „Die gemeinsame Selbstverwaltung ist ein Entscheidungsmodell nah am Menschen. Dieses Modell gilt es im Interesse einer guten Versorgung zu bewahren und weiter auszubauen.“

vdek: „Qualität, nicht Menge muss belohnt werden!“

Krankenhäuser in Baden-Württemberg – „Defizitäre Einrichtungen sind langfristig nicht überlebensfähig“, sagt Sozialministerin Katrin Altpeter (SPD). Hilft mehr Geld? Der Verband der Ersatzkassen in Baden-Württemberg antwortete im März auf Fragen der Stuttgarter Zeitung.

Tatsache ist, dass der Krankenhausbereich in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland über 35 Prozent der GKV-Leistungsausgaben beträgt (vdek-Basisdaten 2012/2013, Seite 27; abrufbar unter <http://www.vdek.com/LVen/BAW.html>). 2013 werden es voraussichtlich über 65 Milliarden Euro sein.

In Baden-Württemberg gibt es insgesamt 227 Krankenhäuser, davon ca. 45 Prozent in öffentlicher, 27 Prozent in freigemeinnütziger und 28 Prozent in privater Trägerschaft. Die Zahl der Krankenhäuser nahm in der Vergangenheit ab, 1996 gab es beispielsweise noch 299 Plankrankenhäuser. Auch in Zukunft wird die Zahl der Krankenhäuser – allein schon durch Fusionen und die Bildung einheitlicher Krankenhäuser – weiterhin abnehmen und der Anteil der Häuser mit privatem Träger leicht ansteigen. Die Zahl der Krankenhausbetten im Land ist in den letzten Jahren ebenfalls zurückgegangen, von 67.485 Betten im Jahr 1996 auf 56.910 Betten im Jahr 2011.

Rund 70 Prozent dieser Betten sind in öffentlicher, 20 Prozent in freigemeinnütziger und 10 Prozent in privater Trägerschaft. Die öffentlichen Krankenhäuser sind also tendenziell größer als solche in privater Trägerschaft.

In Ballungsräumen gibt es Krankenhäuser, die auf Grund der bestehenden hohen Versorgungsdichte von heute auf morgen geschlossen werden könnten. Dies gestehen Krankenhausmanager auch offen ein. Womit hängt das zusammen? Die

Medizin hat in der Vergangenheit riesige Fortschritte gemacht. Vieles kann heute ambulant durchgeführt werden. Forschung und Entwicklung sind sehr viel weiter. Betten können guten Gewissens abgebaut werden.

Die Stuttgarter Zeitung hat beim Verband der Ersatzkassen nachgefragt: Hat sich aus Ihrer Sicht das DRG-System bewährt oder welches sind Schwachpunkte, die nachgebessert werden müssten?

Grundsätzlich hat sich das DRG-System bewährt, weil dadurch die Transparenz und die Vergleichbarkeit der Krankenhausleistungen erhöht werden konnten. Erreicht werden konnte dadurch gleicher Preis für gleiche Leistung. Außerdem sollten das DRG-System bzw. die fallbezogenen Entgelte u.a. einen Anreiz für den Abbau der Verweildauern liefern, die im internationalen Vergleich als zu hoch angesehen wurden. Diese Verweildauerreduzierung hat sich mit der Einführung der Fallpauschalen auch eingestellt und hält nach wie vor an, was in den innovativen medizinischen Möglichkeiten begründet liegt. Die Verweildauer hat sich entsprechend adaptiert. Das DRG-System hat insofern zu wirtschaftlicheren Strukturen in den Krankenhäusern beigetragen. Aufgrund erhöhter Fallzahlen konnten die Kosten im stationären Bereich jedoch nicht begrenzt werden. Hieran muss weiter gearbeitet werden.

Schwachpunkte und Ansätze

Die Krankenhausstrukturen wurden noch nicht ausreichend angepasst, trotz

Bettenabbau, Krankenhauskooperationen, -fusionen und -schließungen gerade in den vergangenen Jahren. Nach wie vor ist in Baden-Württemberg von einer Überversorgung auszugehen. Nach wie vor sind z. B. Doppelvorhaltungen von gleichen Abteilungen festzustellen, und es wird mit medizinisch-technischen Großgeräten aufgerüstet. Nicht jedes Krankenhaus sollte – im Wettbewerb um lukrative Patienten – alle gewünschten Fachabteilungen/Spezialisierungen vorhalten, sondern es sollten für möglichst viele Versorgungsbereiche geeignete Schwerpunkte gebildet werden (Bsp.: Transplantationen, Neonatologie). Um hier wirtschaftlichere und leistungsfähigere Strukturen zu erhalten, ist eine Krankenhausplanung über Betten allein nicht Ziel führend. Stattdessen sollte ergänzend über Strukturanforderungen geplant werden. Ebenso sollten Fehlanreize des DRG-Systems zu Mengensteigerungen durch Anreize für Qualitätssteigerungen ersetzt werden.

Thomas Reumann, Vorsitzender der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) hat verschiedentlich geäußert, dass er ein „Landesstrukturversorgungsgesetz“ für notwendig hält, in dem das Land klarere Vorgaben zur Krankenhausplanung machen kann/soll/muss. Hält der vdek das auch für sinnvoll?

Wir stimmen insofern mit der Argumentation des BWKG-Vorstandsvorsitzenden überein, dass auch der Verband der Ersatzkassen (vdek) neue Strukturen für erforderlich hält und das sektorenübergreifende Vorgehen (Vernetzung des stationären und ambulanten Sektors) nachhaltig unterstützt. Das bedeutet aber nicht gleichzeitig, dass seitens der Krankenkassen mehr Geld in das System gepumpt werden muss. Ein sogenanntes Landesstrukturversorgungsgesetz braucht es aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen nicht, die bestehenden Rechtsvorschriften sind ausreichend.

Die Ausgaben von Krankenhäusern lassen sich in zwei Bereiche einteilen, die laufenden Betriebskosten und die Kosten für Investitionen. Diese Bereiche sind im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) eindeutig geregelt. Die Betriebskosten, d.h., die Ausgaben für die direkte Versorgung der Patienten werden von den Kassen getragen. Investitionskosten beziehen sich auf Kosten der Instandhaltung, Um- und Neubauten des Krankenhausgebäudes. Sie werden durch Steuern getragen und sind somit aus dem Landeshaushalt zu decken. Mit dieser Regelung muss der Staat seiner Daseinsvorsorgepflicht nachkommen. Rund 95 Prozent der Mittel für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg werden von den Krankenkassen getragen, rund 5 Prozent stellt das Land für Investitionen zur Verfügung. Das ist eindeutig zu wenig, weil das Land für Sanierung oder Neubauten zu wenig Finanzmittel investiert. In der Folge werden auch Betriebsmittel für Investitionen eingesetzt, was wir als Verband zu Recht kritisieren.

Die Kassen in Baden-Württemberg kommen ihrer Aufgabe nach und haben zuletzt über die Vereinbarung des Landesbasisfallwertes 2012 mit Wirkung zum 1.10.2012 rund 6,87 Mrd. Euro den Krankenhäusern im Land, welche über Fallpauschalen vergütet werden, zukommen lassen. Im Vergleich zu 2011 mit einem Finanzierungsvolumen von rund 6,57 Mrd. Euro erhielten diese Krankenhäuser somit fast 300 Millionen Euro mehr. Das entspricht einer Steigerungsrate von rund 4,5 Prozent. Hinzu kommen für das Jahr 2012 weitere 750 Millionen Euro für die Krankenhäuser der Psychiatrie, welche nicht über Fallpauschalen vergütet werden. Insgesamt beläuft sich somit das Ausgabenvolumen der Krankenkassen für die Krankenhäuser in Baden-Württemberg für das Jahr 2012 auf rund 7,6 Mrd. Euro.

Seit Einführung des DRG-Systems wurde in Baden-Württemberg stets ein medizinisch leistungsgerechter

Landesbasisfallwert vereinbart (bzw. im Jahr 2009 von der Schiedsstelle festgesetzt), mit dem somit sämtliche Tarif- und Sachkostensteigerungen abgedeckt sind. Für das Jahr 2012 verfügt Baden-Württemberg mit einem Landesbasisfallwert in Höhe von 3.050,12 Euro über den fünfthöchsten Landesbasisfallwert im Bundesvergleich. Dieser Landesbasisfallwert sollte für ein bedarfsgerechtes und gut wirtschaftendes Krankenhaus – auch ohne Mengensteigerungen – auskömmlich sein. Er reicht jedoch nicht aus und ist dafür auch nicht vorgesehen, um damit etwa noch Investitionen zu finanzieren. In Baden-Württemberg ist in den vergangenen Jahren die Investitionsförderung zwar aufgestockt worden, aber das Land Baden-Württemberg kommt seinen Investitionsverpflichtungen – bei einem Antragsstau von derzeit mehr als einer Milliarde Euro – dennoch nicht ausreichend nach.

Die Argumentation der BWKG, dass Baden-Württemberg bundesweit die geringsten Krankenhausaufgaben pro Einwohner ausweist, ist zwar richtig, sagt jedoch weniger über die Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser aus, sondern mehr über die Krankenhaushäufigkeit, also die Häufigkeit, mit der die Einwohner eines Landes in den Krankenhäusern stationär behandelt werden. Diese ist in Baden-Württemberg deutlich geringer als in anderen Bundesländern.

Welche Wünsche, Anregungen oder Forderungen hat der Verband der Ersatzkassen unabhängig von diesem „Landesstrukturversorgungsgesetz“ an die Politik, sei es im Land oder im Bund?

Unsere Forderungen sind:

1. Qualität, nicht Menge muss belohnt werden,
2. Fehlanreize in Krankenhäusern nicht durch mehr Geld verfestigen,
3. Nur Krankenhäuser mit guter Behandlungsqualität sollten Anspruch auf volle Vergütung haben.

Um dafür einen Anreiz zu setzen, sollten künftig nur Krankenhäuser mit einer guten Behandlungsqualität einen Anspruch auf die volle Vergütung haben. Hierzu müssen endlich valide Daten und Qualitätsergebnisse herangezogen werden.

Seit Langem beklagen die Krankenkassen eine medizinisch nicht erklärbare Mengenausweitung. So stieg seit 2005 die Zahl der Fälle in Deutschland um fast 13 Prozent auf über 18,5 Millionen Fälle an, was sich auch in den Ausgaben bei den Krankenkassen bemerkbar machte. Diese stiegen seit 2005 um 32 Prozent in 2012 an. Dieser Anstieg ist stärker als in allen anderen Leistungsbereichen ausgefallen und liegt auch deutlich über der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen. Nur etwa ein Drittel des Anstiegs ist evtl. dadurch zu erklären, dass die Menschen älter und kränker geworden sind. Unnötige Krankenhausaufenthalte und unnötige Operationen sind die Folge dieser Entwicklung. Im Interesse unserer Versicherten können und werden wir diese Strukturen aufbrechen.

Neben der Ergebnisqualität muss auch die Strukturqualität verbessert werden. Das Land muss endlich seinen Verpflichtungen zur Investitionsfinanzierung nachkommen. Wir stellen fest, dass die Krankenhäuser die zweckgebundenen Beitragsgelder der Versicherten umlenken, indem sie in Baumaßnahmen und Instandhaltung investieren, anstatt in Personal oder bessere Hygienemaßnahmen in den Krankenhäusern. Das Land muss seiner Investitionskostenfinanzierung nachkommen, der Finanzierungsstau liegt bei mehr als einer Milliarde Euro.

Es macht – wie hier und da überlegt wird – überhaupt keinen Sinn, pauschal 750 Millionen Euro mit der Gießkanne an die Krankenhäuser zu verteilen – damit werden lediglich unwirtschaftliche Strukturen verfestigt und unnötige Krankenhausaufenthalte höher vergütet. Was wir brauchen, ist mehr Qualität an den Krankenhäusern. ■

3. Expertenkongress „Altersgerecht leben in Baden-Württemberg“

Die Liga der freien Wohlfahrtspflege veranstaltete am 8. März 2013 ihren 3. Expertenkongress in Stuttgart. „Altersgerecht leben“ lautete das Thema, welches immerhin 200 Teilnehmer anlockte.

Frank Winkler, stv. Leiter des Verbandes der Ersatzkassen (vdek) hob die gute und konstruktive Zusammenarbeit mit dem Land Baden-Württemberg, dem Sozialministerium sowie allen Akteuren der Pflege im Land hervor und wies auf die gemeinsame gesamtgesellschaftliche Herausforderung hin. Er zeigte auf, was in den vergangenen Jahren bereits gemeinsam auf den Weg gebracht werden konnte: „Da sind die Pflegestützpunkte, 48 an der Zahl, zu 1/3 über den kommunalen Träger finanziert, zu 2/3 über die Pflege- und Krankenkassen. Pflegestützpunkte bündeln die Beratung über pflegerische, medizinische und soziale Leistungen und deren Vernetzung unter einem Dach. Hier geht es um wohnortnahe Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten. Es geht um passgenaue Hilfen, um Beratungs- und Begleitstrukturen. Hier werden pflegerische, soziale und um-

»Mit Prävention Lebensqualität und Selbstständigkeit erarbeiten und sichern.«

weltbezogene Anfragen im Vor- und Umfeld der Pflege beantwortet. Es wird ein von Träger- und Leistungserbringerinteressen unabhängiges, neutrales, wohnortnahe Beratungsangebot gemacht. Pflegestützpunkte bieten ein vernetztes Angebot für Hilfe suchende Menschen, das möglichst alle pflegerischen, sozialen, hauswirtschaftlichen und niedrigschwelligen Angebote vor Ort umfasst.“



FOTO: Liga der freien Wohlfahrtspflege

SOZIALMINISTERIN KATRIN ALTPETER war Gast und Interviewpartnerin. Der 3. Expertenkongress stand unter der Schirmherrschaft von Ministerpräsident Winfried Kretschmann. Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen wies auf die gesamtgesellschaftliche Herausforderung hin.

Gesundheitstelematik

Weitere Aktivitäten des gemeinsamen Vorgehens: „Gemeinsam sind wir mit dem Sozialministerium und dem Wissenschaftsministerium in der Arbeitsgruppe Gesundheitstelematik unterwegs.

Für tragfähig und Erfolg versprechend halten wir die Gesundheitsstrategie und die darin für die Umsetzung bereits auf gegangenen Kommunalen Gesundheitskonferenzen, ebenso den Regionalen Knoten Baden-Württemberg.“, so Frank Winkler weiter.

Lebensqualität durch Prävention

„Altersgerecht leben heißt auch, sich mit Prävention und Gesundheitsförderung Lebensqualität erarbeiten und sichern. Das gilt im Übrigen für alle Lebenswelten

und Lebensphasen. Die Kommune ist eine entscheidende Drehscheibe der Umsetzung. Mit einem Förderpreis „Gesunde Kommune“ unterstützen wir dies als Verbändekooperation B 52 zusätzlich und nachdrücklich.“

Unsere Gesellschaft muss ständig aufs Neue definieren, wie die konkrete Ausgestaltung unserer Lebensverhältnisse durch eine Neuorientierung in die richtige Richtung gebracht werden kann. Daran sind viele beteiligt: Mobile Hilfs- und Pflegedienste, neue Formen von Wohnen, insbesondere Wohnanlagen mit betreutem Wohnen, Mehrgenerationenhäuser usw. sind wichtige Stichworte.

„Es geht um Alltag unterstützen- de Technologien, hier sind wir im Land mit dem Sozialministerium konkret bei der Erprobung technischer Hilfen unterwegs.“ ■

GESUNDHEITSPOLITISCHE VERANSTALTUNG

„Qualitätswettbewerb – Ziele und Wege“

FOTOS: Deutscher Bundestag



NEHMEN AN DER GESUNDHEITSPOLITISCHEN VERANSTALTUNG IM JULI 2013 IN STUTTGART TEIL: Karin Maag MdB, CDU/CSU, Hilde Mattheis MdB, SPD, Birgitt Bender MdB, Bündnis 90/Die Grünen, Pascal Kober, MdB, FDP, Kathrin Senger-Schäfer MdB, Die Linke, Professor Dr. Peter Oberender, Gesundheitsökonom.

Die diesjährige gesundheitspolitische Veranstaltung der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg am 10. Juli 2013 wirft vor der Bundestagswahl ihre Schatten voraus. Was erwartet die Besucherinnen und Besucher?

„Wieder gehen wir von rund 250 Teilnehmerinnen und Teilnehmern - vornehmlich Akteure aus dem baden-württembergischen Gesundheitswesen - im GENO-Haus in Stuttgart aus“, so Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen. „Wir werden in Anbetracht der bevorstehenden Bundestagswahl eine muntere Podiumsdiskussion zwischen dem Regierungslager und der Opposition erleben. Moderieren wird Dr. Florian Staeck von der Ärzte Zeitung.“

Das Thema lautet diesmal: „Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl: Qualitätswettbewerb – Ziele und Wege“. So soll hinterfragt werden, was zu tun ist, um die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und den Einsatz der Ressourcen so zu steuern, dass vor allem diejenigen davon profitieren, die wirklich darauf angewiesen sind. Weitere Stichworte sind Maßnahmen zum Schutz und zur Stärkung der Patientinnen und Patienten wie: Anreize zum Qualitätswettbewerb, Transparenz, Gleichberechtigung sowie Stärkung des Solidargedankens. Das Impulsreferat wird Univ.-Prof. Dr. Dr. h.c. Peter Oberender halten. Er ist von Hause aus Volkswirt und insbesondere mit dem Forschungsschwerpunkt Gesundheitsökonomie befasst. Die Einladungen werden in Kürze versandt.

KURZ GEFASST

Informations- und Werbekampagne für Pflege- und Sozialberufe

Der Verband der Ersatzkassen unterstützt die Informations- und Werbekampagne „Vom Fach - Für Menschen. Pflege- und Sozialberufe in Baden-Württemberg“. Für Sozialministerin Katrin Altpeter und Walter Scheller ist klar, dass wir in diesen Berufen mehr Menschen brauchen, weil sie für unsere Gesellschaft einen unverzichtbaren Beitrag leisten. Der Verband der Ersatzkassen hat auf seiner vdek-Homepage entsprechende Verlinkungen vorgenommen. Außerdem wirkt der vdek am Spezialheft „Ambulante und stationäre Pflege“ mit.

Neuordnung der Notfallpraxen im Land

Der Verband der Ersatzkassen begrüßt grundsätzlich die Neuordnung der Notfallpraxen im Land. Dem vdek geht es um eine flächendeckende und qualitativ verbesserte und somit hochwertigere Versorgung für die Versicherten. Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg möchte im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages die Notfallpraxen im Land mit der Neuordnung zukunftsfähig gestalten. Der Verband der Ersatzkassen wird nach Vorstellung der Konzeption in einen konstruktiven Dialog eintreten und seinerseits seine Vorstellungen und Anregungen äußern. Ziel ist eine gemeinsame und einvernehmliche Lösung.

BÜCHER

Klinisches Wörterbuch 2013

Das Klinische Wörterbuch ist das Standard-Nachschlagewerk für aktuelles gesichertes medizinisches Fachwissen. Auch in der 264. Auflage dient der Pschyrembel mit seinen umfassenden und fundierten Informationen als erste Anlaufstelle bei medizinischen Fragen!

Die Zuverlässigkeit und Qualität der Einträge wird durch mehr als 220 renommierte Autoren sichergestellt. So ist und bleibt der Pschyrembel die bewährte Quelle von Wissen und Know-how, die aus der täglichen Arbeit von Ärzten, Studenten und medizinischen Fachkräften schon lange nicht mehr wegzudenken ist.



Begr. v. Pschyrembel, Willibald
Klinisches Wörterbuch 2013
2012, 2311 S., 49,95 Euro
Verlag de Gruyter, Berlin

BÜCHER

Marketing in der GKV

Die Kundenbindung bei Krankenkassen gewinnt an Bedeutung. Guido W. Weber untersucht, welche Faktoren die Kundenbindung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen und wie die Versicherten auf spezielle Marketing-Instrumente von Krankenkassen reagieren. Auf Basis einer theoretischen und empirischen Analyse werden neue Erkenntnisse zur Kundenbindung bei Krankenkassen und zu den Präferenzen von gesetzlich Versicherten gewonnen. Mehrere Tausend GKV-Kunden wurden hierfür befragt.



Guido W. Weber
Marketing in der gesetzlichen
Krankenversicherung
2012, 323 Seiten, 49,80 Euro
Shaker Verlag Aachen

Abkehr vom Korporatismus?

Der Wandel der Sozialversicherung im europäischen Vergleich ist offensichtlich.

Ein Kennzeichen traditioneller Wohlfahrtsstaaten ist die Organisation der Sozialversicherung in den Händen der Versicherten. Aktuell scheint dieses Modell europaweit am Ende. Entwickeln sich die Sozialversicherungen zu Dienstleistungsunternehmen? Oder übernimmt der Staat die Organisation und Kontrolle des Systems? Betrachtet wird die Entwicklung in acht europäischen Staaten. Welche Rolle spielen jeweils Staat, Markt und Verbände?



Klenk, Weyrauch, Haarmann,
Nullmeier
Abkehr vom Korporatismus?
2012, 565 S., 45 Euro
Campus Verlag, Frankfurt a.
Main

GESETZ

Prävention geht alle an!

Das Bundeskabinett hat am 20. März 2013 das Gesetz zur Förderung der Prävention beschlossen. Die Ersatzkassen stehen zu ihrer Verantwortung im Bereich Prävention. Allerdings ist in dem Präventionsgesetz kein umfassender und strukturierter Ansatz für eine nutzenorientierte Prävention unter gesamtgesellschaftlicher Verantwortung erkennbar. Der Staat nimmt allein die Krankenkassen in die Pflicht, obwohl diese bereits heute schon mit 50 Prozent der Hauptfinanzier der Prävention sind. Prävention ist jedoch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die neben dem Staat von allen Sozialleistungsträgern, der privaten Krankenversicherung und allen anderen beteiligten Akteuren getragen und finanziert werden muss. Die Ersatzkassen setzen sich dafür ein, bewährte Strukturen und Ziele der Prävention weiter auszubauen. Das bedeutet, die Lebensqualität und die Leistungsfähigkeit der Versicherten zu erhalten. Die Ersatzkassen bekennen sich ausdrücklich zu einer umfassenden, zielbezogenen und qualitätsgesicherten Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, die unabhängig von Geschlecht und sozialer Stellung erfolgt. Der Präventionsleitfaden und der jährlich erscheinende Präventionsbericht zeigen eine differenzierte und professionelle Dokumentation der Leistungen auf. Kritisch hinterfragt werden muss außerdem, ob nicht der Absicht, die BZgA aus GKV-Beitragsmitteln zu finanzieren, verfassungsrechtlich zu widersprechen ist.

Eine Ausweitung des Finanzvolumens darf nicht nach dem Gießkannenprinzip, sondern muss bedarfsgerecht erfolgen.

FACHTAG

Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter

Am 16. Mai 2013 findet im Haus der katholischen Kirche der Fachtag „Gesundheitliche Chancengleichheit im Alter fördern – Zugänge zu allen älteren Menschen ermöglichen“ statt. Veranstalter ist das Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg mit der AOK, dem BKK-Landesverband Baden-Württemberg, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, der IKK classic und dem Verband der Ersatzkassen.

Ansprechpartnerin ist Christine Volk-Uhlmann, Telefon: 0711/904-39413.

Nach der thematischen Einstimmung durch den Vortrag von Prof. Radebold sollen anhand eines Grundlagenpapiers Zugangswege zu sozial benachteiligten älteren Menschen diskutiert werden. Im fachlichen Austausch mit einer Expertenrunde und unter Beteiligung der Teilnehmenden werden die bestehenden Handlungsempfehlungen kritisch hinterfragt und um weitere Ideen, Erfahrungen und Anregungen aus der Praxis ergänzt. Vom Verband der Ersatzkassen wird Frank Winkler den Fachtag moderieren.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Baden-Württemberg
des vdek

Christophstr. 7, 70178 Stuttgart

Telefon 07 11 / 2 39 54-19

Telefax 07 11 / 2 39 54-16

E-Mail frank.winkler@vdek.com

Redaktion Frank Winkler

Verantwortlich Walter Scheller

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2220