

# baden-württemberg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

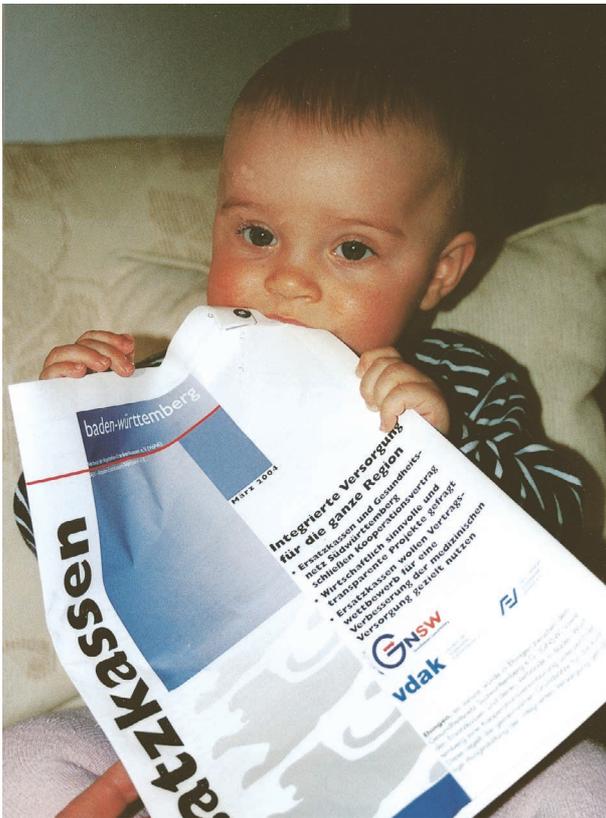
# ersatzkassen

Juni 2004

## Langer Atem gegen Atemnot hat sich gelohnt

**Behandlung von Atemwegs-  
erkrankungen als integriertes  
Versorgungsangebot flächen-  
deckend nutzen**

**Mannheim.** Das Interesse der Medien an den wissenschaftlichen Ergebnissen des Mannheimer Atemwegsprojekts, gerade in dieser industriell geprägten Region, war groß. Und so machte dann auch der baden-württembergische Ersatzkassenverbandschef Roger Jaeckel anlässlich einer Pressekonferenz in der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordbaden gegenüber den Medienvertretern von Ärzte Zeitung, Mannheimer Morgen, Medical Tribune, Rhein-Neckar-Zeitung, SWR-Fernsehen und SWR 4 Kurpfalzradio am 29. März in Mannheim deutlich, wozu es ihm geht: „Die Ersatzkassen sehen sich auf Grund der vorgestellten Ergebnisse darin bestärkt, die Versorgung von Atemwegserkrankungen für Ersatzkassenversicherte flächendeckend in ganz Baden-Württemberg anzubieten“, kündigte er an. „Es geht uns um Prävention. An der Versorgung vor allem der jungen Asthmapatienten sieht man, wie wichtig es ist, möglichst viele Kranke frühzeitig zu erfassen“, so Jaeckel. 45 Prozent der Asthmatiker, die im Mannheimer Projekt eingeschrieben sind, sind Kinder bis 14 Jahre. Hier gelte es frühzeitig Weichen zu stellen, um schwere Krankheitsverläufe abzuwenden, sagte Jaeckel. Doch es geht auch ums Geld. Jaeckel kurz und knapp: „Allein durch die Reduktion der Klinikeinweisungen haben wir in Mannheim schon sämtliche Investitionen für das Projekt wieder herausgeholt.“



**Herausforderung Asthma: 45 Prozent der Teilnehmer sind Kinder. An dem Atemwegsprojekt, das mittlerweile seit zwei Jahren in Mannheim läuft, beteiligen sich derzeit 71 Ärzte und 435 Atemwegspatienten.**

### **Worum es bei dem Ersatzkassenprojekt Atemwegserkrankungen geht**

Im Vordergrund steht die umfassende Betreuung von Kindern und Erwachsenen mit Atemwegserkrankungen. Ziel ist es, eine effiziente und wirtschaftliche Versorgungssituation unter Beteiligung des ambulanten haus- und fachärztlichen sowie stationären Bereichs in Form eines integrierten Versorgungsangebots im Raum Mannheim sicherzustellen. Gerade durch das Zusammenspiel von medizinischer Fachkompetenz und sinnvoll vernetzter Strukturen auf unterschiedlichen Versorgungsebenen ist die qualitativ beste Versorgung vieler Krankheitsbilder bei Atemwegserkrankungen am ehesten zu erreichen. Die Lebensqualität der Patienten soll verbessert und eine qualitativ bessere und wirtschaftliche medikamentöse Therapie ermöglicht werden.

### **Integrierte Versorgung als versorgungspolitischer Ansatz geeignet**

Zwei Jahre Modellerfahrungen mit dem Mannheimer Ersatzkassenprojekt „Atemwegserkrankungen“ belegen eindeutig und richtungweisend, dass die Integrierte Versorgung als versorgungspolitischer Ansatz geeignet ist, die Patientenversorgung speziell in diesem Indikationsbereich qualitativ zu verbessern. Zwischenzeitlich haben sich im Mannheimer Modell rund 420 ersatzkassenversicherte Patientinnen und Patienten im Rahmen der integrierten Versorgung freiwillig eingeschrieben. Die medizinisch interdisziplinär und fächerübergreifende Behandlungskompetenz ist durch die freiwillige Teilnahme von rund 70 niedergelassenen Haus- und Fachärzten einschließlich Kinderärzten sichergestellt.

### **Teilnahmequote bei Ärzten und Patienten verbessern**

Wenngleich quantitativ die angestrebte Teilnehmerzahl atemwegserkrankter Ersatzkassenpatienten bisher im Raum Mannheim noch nicht erreicht werden konnte, können die von der Universität Mannheim vorgelegten Gesundheitsergebnisse im Rahmen des von Professor Dr. Eberhard Wille erstellten Zwischenberichts klar belegen, dass eine patientenbezogene Qualitätsverbesserung im Behandlungsablauf stattgefunden hat.

Dass Asthma bronchiale mit chronischer Bronchitis (COPD) nicht gleichzusetzen ist, darüber gibt der vorgelegte Zwischenbericht eine Fülle von indikationspezifischen Antworten. Beispielsweise beträgt das Durchschnittsalter beim Asthmapatienten 31 Jahre, während der an chronischer Bronchitis erkrankte Ersatzkassenpatient im Durchschnitt 68 Jahre aufweist. Eine andere interessante Feststellung betrifft die Frage des Rauchens bzw. des Nichtrauchens. So sind 80 Prozent der eingeschriebenen Asthmafälle Nichtraucher, während bei den Fällen mit einer chronischen Bronchitis nur 24 Prozent als Nichtraucher eingestuft werden konnten.

Im Ergebnis und aus gesundheitsökonomischer Sicht von Bedeutung können auf Grundlage des vorliegenden Zwischenberichtes folgende drei Feststellungen getroffen werden:



**Aktivposten beim Mannheimer Projekt Atemwegserkrankungen: Dr. Manfred Mayer, Dr. Uwe Gordt, Dr. Werner Besier (von li. nach re.). Dipl.-Kaufrau Andrea Kranzer vom Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre der Universität Mannheim begleitet das wissenschaftliche Projekt.**

- signifikante Reduzierung stationärer Behandlungskosten, insbesondere bei Asthmafällen
- präventive Wirkung dieses integrierten Versorgungsangebotes (Anzahl der behandelten Neufälle betrug bei Asthmatikern 15 Prozent, bei COPDlern sogar 17 Prozent)
- die für die Medizin allgemein geltende angebotsinduzierte Verhaltensweise lässt sich bei funktionierenden integrierten Versorgungsstrukturen per se nicht nachweisen (die finanziell zur Verfügung gestellten Mittel wurden bei weitem nicht ausgeschöpft)

**Schnittstellen optimieren** Welche Handlungsfelder ergeben sich auf Grundlage dieser Zwischenevaluation für den Aufbau und die Weiterentwicklung integrierter Versorgungsstrukturen im Gesundheitswesen?

Fest steht, dass die erforderliche Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten weiterhin über vertragliche Vereinbarungen im Rahmen der integrierten Versorgung ausgebaut und damit optimiert werden kann. Fest steht auch, dass die Einschreibungsquote bei den einzelnen Hausärzten sehr unterschiedlich verlaufen ist, die im Rahmen einer Prozessoptimierung nachhaltig aufgeklärt und verbessert werden muss. Fest steht aber auch, dass die Teilnahmebereitschaft bei der in Frage kommenden Patientinnen und Patienten durch eine kontinuierliche und aktive Informationspolitik der Ersatzkassen gesteigert werden kann.

**Aktive und funktionierende Ärztenetze** Die Mannheimer Erfahrungen haben gezeigt, dass bei Atemwegserkrankungen die medizinische Versorgung durch abgestimmte Vernetzung zwischen Hausärzten und Lungenfachärzten – bei gleichzeitiger Reduzierung der Behandlungskosten – nachweislich verbessert werden kann. Dies kann nur mit aktiven, gut funktionierenden Ärztenetzen umgesetzt werden.

Mit diesem Ansatz verfolgen die Ersatzkassen und ihre Verbände die Zielrichtung, die flächendeckende Implementierung eines integrierten Versorgungsansatzes zu bewerkstelligen. Daraus werden sich wertvolle Informationen ableiten lassen, ob die gesundheitspolitische Stoßrichtung in Richtung Aufbau und Etablierung integrierter Versorgungsstrukturen eine nutzbringende, aber auch realisierbare gesundheitspolitische Gestaltungsoption darstellt.



Professor Dr. Eberhard Wille, Volkswirt an der Universität Mannheim und Vorsitzender des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, stellt auf einer Pressekonferenz die Ergebnisse seiner wissenschaftlichen Untersuchung den Medien vor.



Lesen aufmerksam die von Prof. Eberhard Wille vorgelegte wissenschaftliche Dokumentation: Roger Jaeckel (vorne) und Frank Winkler von der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg.

## Ergebnisse des wissenschaftlichen Zwischenberichts, die im Rahmen der Pressekonferenz am 29. März 2004 in Mannheim von Prof. Dr. Wille/Universität Mannheim vorgestellt wurden

- Im Rahmen des Projektes trat sowohl bei Asthmatikern als auch bei COPD-Patienten eine medizinische Verbesserung ein. In der Verlaufsbeurteilung verbesserten sich die beiden Lungenfunktionswerte FEV1 und FVC sowohl insgesamt als auch in den einzelnen Erkrankungsarten zum Teil deutlich. Ferner nahm die Anzahl der Exazerbationen und Asthmabeschwerden im Verlauf der 3 Quartale ab. Bei den Asthmatikern sanken die Asthmabeschwerden in den Schweregraden „leicht“ und „schwer“ auf 0 Anfälle pro Woche ab.
- Der Anteil der Krankenhaustage und -kosten konnte im Projektverlauf deutlich minimiert, bei den Asthmatikern sogar auf 0 reduziert werden. Die entstandenen Krankenhauskosten gehen vor allem auf die COPD-Patienten zurück. Der große Anteil an Rauchern betrifft fast ausschließlich die COPD-Patienten, von denen bei Ersterhebung 46,2 % rauchten. Im Verlauf des Projektes nahm der Anteil der Raucher insgesamt leicht ab. Es beteiligten sich lediglich eine geringe Anzahl von Patienten an Programmen zur Raucherentwöhnung (N=13), die auf das Raucherverhalten der teilnehmenden Patienten keinen langfristigen Einfluss besaßen.
- Die Teilnahme an speziellen COPD- und Asthma-Schulungen war mit 29 Patienten sehr gering. 48 Patienten nahmen im Untersuchungszeitraum an einer Kur teil, die im Durchschnitt auch zu einer Verbesserung der Lungenfunktionswerte führte. Die medikamentöse Therapie weicht zwar noch teilweise von den Leitlinien ab, es traten aber im Projektverlauf deutliche Verbesserungen ein.
- Hinsichtlich der fachärztlichen Betreuung konsultierte die Mehrzahl der eingeschriebenen Patienten mindestens einmal im Projektverlauf einen Pneumologen. Lediglich 21 Patienten (5 % der Gesamtstichprobe) suchten weder vor Ersterhebung noch in den drei Projektquartalen einen Pneumologen auf.
- Verbesserungsmöglichkeiten bestehen vor allem noch an den Schnittstellen zwischen den Haus- und Gebietsärzten, insbesondere Pneumologen, sowie den Krankenhäusern. Insgesamt gesehen deutet das Zwischenfazit jedoch auf eine Verbesserung von Effizienz und Effektivität der Versorgung hin.

Der Abschlussbericht wird den Vertragspartnern durch die Universität Mannheim im Laufe des Jahres 2005 vorgelegt.

**ÄRZTE ZEITUNG**  
DIE TAGESZEITUNG FÜR ÄRZTE  
DONNERSTAG 15. APRIL 2004

**Rhein-Neckar-Zeitung vom 30. März 04**  
**So können Ärzte und Patienten Kosten sparen**  
KV und Kassen kooperieren beim Projekt Atemwegserkrankungen

**MORNING**  
Nr. 75 / Dienstag, 30. März 2004

**Mannheimer Morgen**

**Ärzte-Zeitung vom 1. April 2004**

**Politik und Perspektiven**

**Kassen investieren in Asthma/COPD-Versorgung**

**Hausärzte sollen Lungen stärken**

17

## Heidelberger Fachtagung

# „Die Sozialversicherungssysteme im Umbruch“

## Ein radikaler Systemwechsel wird abgelehnt

- **Solidarische Sicherung erfordert Beibehaltung eines beitragsfinanzierten Versicherungssystems**
- **Mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durch mehr Wettbewerb**
- **Das solidarisch finanzierte System muss weiterentwickelt werden**

**Heidelberg.** Die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände, Dr. Doris Pfeiffer, hält das Kopfprämienmodell für sozial ungerecht. Dies machte die VdAK/AEV-Chefin anlässlich der Heidelberger Fachtagung „Die Sozialversicherungssysteme im Umbruch“ am 6./7. Mai 2004 deutlich. Vor allem besser verdienende Singles würden entlastet, während Familien mit mittleren Einkommen überwiegend mit höheren Belastungen zu rechnen hätten. Zudem stehe ein sozialer Ausgleich über Steuern angesichts leerer Staatskassen auf extrem unsicheren Füßen. Außerdem drohe

durch die Entlassung der Arbeitgeber aus der Finanzierungsverantwortung ein Ausgabenanstieg, weil die Unternehmen dann ausschließlich ihre Anbieterinteressen im Gesundheitswesen vertreten würden, führte Pfeiffer bei der Bewertung der aktuell diskutierten Reformvorschläge aus. Sie sprach sich dafür aus, die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung zu stärken. Sowohl auf der Angebots- als auch auf der Kassenseite könne mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit durch mehr Wettbewerb erreicht werden. Die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) resultierten der Verbandschefin zufolge insbesondere aus den milliardenschweren Verschiebeparkplätzen zugunsten staatlicher Haushalte und anderer Sozialversicherungszweige, wie der Arbeitslosen- oder Rentenversicherung. Zielsetzung sei eine nachhaltige Sicherung der finanziellen Stabilität. Dazu sei kein radikaler Systemwechsel



Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände, verfolgt im Beisein von Roger Jaeckel (re.) und Frank Winkler (li.) von der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg aufmerksam die Beiträge ihrer Vorredner. Hochkarätige Referenten aller Säulen des sozialen Sicherungssystems berichteten über ihre Aufgaben und Probleme; danach sprach Dr. Doris Pfeiffer aus der Sichtweise der gesetzlichen Krankenversicherung. Teilnehmer der Veranstaltung war auch der Vorsitzende des VdAK/AEV-Landesausschusses Christoph Höglmeier (Dritter v. li.) sowie der Landesgeschäftsführer der Barmer Ersatzkasse, Harald Müller (nicht auf dem Bild).

erforderlich, der unkalkulierbare Risiken und Nebenwirkungen beinhalten würde, betonte Pfeiffer. Notwendig sei es vielmehr, die Verschiebebahnhöfe zu stoppen sowie das Verhältnis von gesetzlichen und privaten Krankenkassen ebenso wie den Wettbewerb innerhalb der GKV neu zu ordnen, um eine Aufspaltung in Kassen für Kranke und Kassen für Gesunde zu verhindern.

„Zum aktuellen Reformbedarf in der Pflegeversicherung ist eine langfristige Reformperspektive vonnöten. Diese darf nicht durch eine Politik nach Stimmungslage ersetzt werden“, so Roger Jaeckel, Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg, bei seinem Beitrag zur Pflegeversicherung. Ausgangspunkt der Reformüberlegung ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts, nach welchem die Erziehungsleistung von Eltern beim Beitrag für die Pflegeversicherung berücksichtigt werden muss. Bisher zahlen Arbeitnehmer und Arbeitgeber je zur Hälfte in die 1995 eingeführte Pflegeversicherung 1,7 Prozent des Bruttolohns. Der generative Beitrag der Eltern sei eine Leistung für die gesamte Gesellschaft und müsse daher auch gesamtgesellschaftlich, d.h. über Steuern, finanziert werden. Der notwendige Reformbedarf, so Jaeckel weiter, dürfe nicht aufgeschoben werden, weil es um die Stabilisierung der Pflegeversicherung für die Zukunft gehe. Vorschläge, welche Freibeträge für Familien mit Kindern vorsehen und auf eine finanzielle Aushöhlung der Pflegeversicherung hinauslaufen, lehnt Jaeckel ab. Die Politik müsse jetzt mutige und zukunftsweisende Entscheidungen treffen, welche integrierte Versorgungssysteme stärken, eine qualifizierte Versorgung an Demenz Erkrankter berücksichtigen und Anreize für eine



**Dr. Doris Pfeiffer, Vorsitzende des Vorstands des VdAK und des AEV, Siegburg.**

Stärkung der häuslichen Pflege schaffen. Auch die notwendige Dynamisierung der Pflegeleistungen gehöre zu einem solchen Gesamtkonzept. Eine klare Maßgabe müsse es sein, die integrierte Versorgung für eine qualifizierte Pflege zu nutzen und eine Verzahnung zwischen Krankenkassenleistungen und Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz vorzusehen. Passiere dies alles nicht, so Jaeckel, dann bleibe eine gezielte Verbesserung, insbesondere die Versorgung chronisch Kranker, nur eine halbherzige Angelegenheit.

## Programmauszug

### Tagungsablauf am 07.05.2004

**09:00 Organisationsentwicklungsprozesse bei den Trägern  
...Vom Amt zur Agentur**

Martin Diepgen,  
Direktor des Arbeitsamts Heilbronn

**09:30 ...Die „neue“ deutsche Rentenversicherung  
Chancen für das Modell Baden-Württemberg**

Hubert Seiter,  
Direktor LVA Baden-Württemberg, Stuttgart

**10:00 ...Die Gesetzliche KV zwischen  
Solidarität und Wettbewerb**

Dr. Doris Pfeiffer  
Vorsitzende des Vorstands  
des VdAK und des AEV, Siegburg

**10:30 Kaffeepause**

**11:00 Der Sozialstaat – Gestern – Heute – Morgen –**

Franz Knieps,  
Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung,  
Krankenversicherung und Pflegeversicherung im  
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale  
Sicherheit, Berlin

**11:40 Bürgerversicherung versus Kopfprämie**

Impulsreferat mit Podiumsdiskussion  
Prof. Dr. Rafael Adam,  
Fachhochschule Heidelberg

**12:00 Podium**

Dr. Doris Pfeiffer (VdAK/AEV)  
Hubert Seiter (LVA)  
Franz Knieps (BMGS)  
und Vertreter verschiedener Parteien

**12:30 Abschluss der Tagung**

Prof. Karl Köhl,  
Fachhochschule Heidelberg

### IMPRESSUM

Herausgeber:  
Landesvertretung Baden-Württemberg des VdAK/AEV  
Christophstraße 7 (Eberhard Passagen) · 70178 Stuttgart  
Telefon: 0711 / 2 39 54-19 · Telefax: 0711 / 2 39 54-16  
E-Mail: Frank.Winkler@VdAK-AEV.de  
Redaktion: Frank Winkler  
Verantwortlich: Roger Jaeckel  
Photos: Im Wolde, Köhl, Rissle, Winkler



# Das Interview

## Heute: Christoph Höglmeier

Der neue Vorsitzende im baden-württembergischen Landesausschuss des VdAK/AEV heißt Christoph Höglmeier. Als neuer Landesgeschäftsführer der Deutschen Angestellten-Krankenkasse trat er die Nachfolge von Claus Moldenhauer an, der bekanntlich in den DAK-Vorstand nach Hamburg wechselte (wir berichteten im Ersatzkassen-Report Oktober 2003). Christoph Höglmeier, Jahrgang 1959, ist verheiratet und hat einen zehnjährigen Sohn. Um den neuen VdAK/AEV-Vorsitzenden des Landesausschusses besser kennen zu lernen, hat ihn Frank Winkler von der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg befragt.



bote zu machen. So. z.B.: weniger Beitrag, Bonusmodelle, Individual-Tarife, den Zusatz-Schutz oder die Mehr-Leistung der DAK.

**?** Herr Höglmeier, Sie waren zuletzt in Nordrhein-Westfalen tätig und haben in Düsseldorf die dortige Landesgeschäftsstelle der DAK Nordrhein drei Jahre lang geleitet. Mit unverkennbar niederbayerischem Zungenschlag kommen Sie zurück in den Süden, ihre Heimat im weiteren Sinne. Wie ist Ihr erster Eindruck von Baden-Württemberg und insbesondere von Stuttgart?

••• Erste Eindrücke vermitteln im Allgemeinen die Menschen einer Region.

Mit einigen bekannten klischeehaften schwäbischen Werten wurde ich sehr frühzeitig konfrontiert, wie z.B. Bescheidenheit, Bodenständigkeit, Sturheit und Zuverlässigkeit. Stuttgart selbst ist eine stark kulturell behauchte „junge“ Stadt mit monarchistischem Charme. Stuttgart ist liebens-/lebenswert, in dieser Stadt werde ich wohnen.

**?** Die ersten Wochen sind bei Ihnen vor allem vom Kennenlernen der baden-württembergischen Akteure im Gesundheitswesen geprägt. Welchen vorrangigen Handlungsbedarf sehen Sie unter der Maßgabe des GKV-Modernisierungsgesetzes?

••• Die mit der Gesundheitsreform politisch beabsichtigten Einsparziele werden immer deutlicher erreicht. Zu den Kassen, die im Gegensatz zur DAK erst im Laufe des ersten Quartals und auch jetzt über eine Senkung ihres Beitragssatzes nachdenken, kann man nur sagen: willkommen im Club. Die DAK hat ihren Beitragssatz bereits zum ersten Januar 2004 als erste große Krankenkasse deutlich um 0,5 Prozentpunkte gesenkt.

Die DAK wird prüfen, ob es einen Spielraum für eine weitere Senkung des Beitragssatzes gibt. Mit der vollzogenen Beitragssatzsenkung hat die DAK als größte Ersatzkasse in Baden-Württemberg ihre Mitglieder und deren Arbeitgeber um ca. 60 Millionen Euro entlastet. Die Gesundheitsreform eröffnet den Kunden der Krankenkasse künftig viele neue Möglichkeiten. Es besteht jetzt für sie die Möglichkeit, ihren Krankenversicherungsschutz individuell zu gestalten. Dadurch wird das Verhältnis zwischen Kunde und Krankenkasse neu definiert. Das heißt aber auch, der Wettbewerb zwischen den Kassen wird um neue Elemente ergänzt.

Alle Spielräume der in Kraft getretenen Gesundheitsreform nutzt die DAK, um ihren Kunden attraktive Ange-

**?** Was müssten die politisch Verantwortlichen Ihrer Auffassung nach am Gesundheitswesen ändern und was sicherstellen?

••• Der VdAK/AEV Landesausschuss Baden-Württemberg ist sich hier einig: Mit Rezepten von gestern ist eine Gestaltung der Zukunft nicht möglich. Die anhaltende Einnahmeschwäche, das ungebremste Ausgabenwachstum und der daraus resultierende Druck auf die Beitragssätze auf der einen und die sich abzeichnende demographische Entwicklung mit den entsprechenden Wirkungen auf das Gesundheitswesen auf der anderen Seite, machen Anpassungen unvermeidlich und dringend erforderlich. Die GKV war nicht reformbedürftig, sie ist aber reformfähig. Ein Systemwechsel ist daher nicht angezeigt. Im Gegenteil, unter Wahrung der Grundwerte wie Solidarität, Pluralität, Sachleistung und Selbstverwaltung kann auch künftig das Ziel einer umfassenden Gesundheitsversorgung für alle verwirklicht werden. Bei der Qualitätssteigerung sehe ich noch einigen Spielraum. So hat der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Gutachten „Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit“ kritisiert, dass Deutschland trotz erheblicher Ausgaben im Gesundheitsbereich qualitativ im Mittelfeld liegt. Aus diesem Grunde ist eine Zertifizierung der Leistungserbringer auf freiwilliger Basis, ein Qualitätswettbewerb sowie die Weiterentwicklung von Leitlinien und evidenzbasierter Medizin notwendig.

**?** Welches politische Projekt würden Sie beschleunigt wissen wollen?

••• Stärkung des Wirtschaftsstandorts Deutschland, Abbau der Arbeitslosigkeit und dadurch Absicherung der Sozialversicherungssysteme.

**?** Schenken Sie uns eine Lebensweisheit?

••• „Um Erfolg zu haben, muss man nicht unbedingt ein Genie sein. Es reicht, die Ärmel hochzukrempeln“.

**?** Hier können Sie ein Buch loben...

••• Mein derzeitiges Lieblingsbuch ist von Dale Carnegie „Sorge dich nicht – lebe!“.

**?** Was sagt man Ihnen nach?

••• Kooperativ, entscheidungsfreudig, direkt.

**?** Was mögen Sie an sich gar nicht?

••• Überfüllte Terminkalender.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

(Das Interview wurde am 26. März 2004 geführt.)



**Thema Integrierte Versorgung.** Aus Hamburg und Wuppertal kamen die Kassenvorstände nach Heidelberg angereist, um ihr Konzept und ihr Verständnis des § 140 a-d SGB V, der die Schaffung integrierter Versorgungsstrukturen beinhaltet, vorzustellen. So ist für Dr. h.c. Herbert Rebscher, Vorstandsmitglied der DAK (Mitte), die Integrierte Versorgung „der innovativste Teil des Gesetzgebungsverfahrens“. Nach Ansicht von Nikolaus Schmitt, Projektleiter Integrierte Versorgung bei der Barmer (li.), können durch Maßnahmen der integrierten Versorgung Strukturen für DMP geschaffen werden. Das Vorstandsmitglied der TK, Dr. Christoph Straub, sieht in der integrierten Versorgung „ein markenbildendes Versorgungskonzept“. Anlass der Zusammenkunft war das Thema „Integrierte Versorgungssysteme im Gesundheitswesen“ Ende März, welches von der Fachhochschule Heidelberg und der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg organisiert worden war.



Für Wolfgang Pfähler, Präsident der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) bietet die Integrierte Versorgung eine Chance für die Krankenhäuser, ist aber seiner Meinung nach keine Wunderwaffe. Die Versorgungsqualität muss im Vordergrund stehen und ist nicht zum Nulltarif zu haben.

Thomas Ballast, Abteilungsleiter Versorgungsoptimierung der VdAK/AEV sieht in der integrierten Versorgung bei den Ersatzkassen für die nächsten Jahre ein wichtiges Geschäftsfeld. Dabei müsse Qualitätssteigerung organisiert und für die Versicherten erlebbar gemacht werden. Im Rahmen des Vertragswettbewerbs bietet die Integrierte Versorgung Gestaltungsmöglichkeiten.



## Termine

### 9. Juni 2004

Informations- und Fachkongress:  
„Patientin und Patient im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung – Neue Ansätze zur Stärkung der Souveränität von Kranken“,  
Haus der Wirtschaft, Stuttgart

### 7. Juli 2004

MEDCONGRESS  
„Brennpunkt Gesundheitspolitik“,  
Baden-Baden

**120 Teilnehmerinnen und Teilnehmer nahmen an der Veranstaltung teil. Unser Bild zeigt (von li. nach re.): Prof. Klaus Hekking/Vorstandsvorsitzender der SRH Holding, Prof. Dr. Michael Bamberg/Leitender Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Tübingen, Dr. Ulrike Wahl/Präsidentin der Landesärztekammer, Prof. Karl Köhl/Leiter des Weiterbildungsinstituts der Fachhochschule Heidelberg, Dr. h.c. Herbert Rebscher/Vorstand der DAK, Thomas Ballast/Abteilungsleiter Versorgungsoptimierung des VdAK/AEV.**