

report baden-württemberg

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Sonderausgabe

Sept. 2011

ersatzkassen

Interview

Sozialministerin Katrin Altpeter positioniert sich

Die seit dem 12. Mai 2011 regierende grün-rote Landesregierung hat einen „Politikwechsel“ versprochen. Die Ministerin Katrin Altpeter (SPD), MdL äußert sich gegenüber der Redaktion des Ersatzkassenreports zur Gesundheitspolitik im Allgemeinen und über ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte für das Land im Speziellen. Sie zeigt auf, woran sie sich am Ende der Legislaturperiode messen lassen will.

▼ Was waren Ihre ersten Gedanken, als klar war, dass Sie Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren werden?

▲ Freude und Respekt! Freude darüber, dass ich nun als Ministerin Prozesse auf zahlreichen Politikfeldern gestalten kann, auf die ich bisher aus der Opposition heraus trotz guter Konzepte nur wenig Einfluss nehmen konnte. Respekt habe ich vor der großen Herausforderung. Wir stehen gerade auch im gesundheitspolitischen Feld vor wichtigen Grundsatzenscheidungen und Umwälzungen, auf die wir zukunfts-feste Antworten geben müssen.

▼ Bei welchen Themen im Gesundheitswesen sehen Sie im Land unmittelbaren Handlungsbedarf?

▲ Das Gesundheitssystem in Baden-Württemberg befindet sich in einem grundlegenden Wandlungsprozess. Diesen Prozess gilt es aktiv und steuernd zu begleiten, damit eine gute medizinische Versorgung auch zukünftig sichergestellt wird. Dazu sieht der Koalitionsvertrag der neuen Landesregierung vor, auf Landesebene einen strukturierten „Gesundheitsdialog Baden-Württemberg“ zur Vernetzung aller im Gesundheitswesen Beteiligten auf den Weg zu bringen. Im Zentrum der Neugestaltung der Gesundheitsversorgung steht die bessere Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Angeboten im Sinne einer integrierten Versorgung mit passgenauen Lösungen für die jeweilige Region. Baden-Württemberg soll eine Vorreiterrolle in der Entwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen einnehmen. Die Patientenorientierung soll hierbei im Vordergrund stehen. Nicht der Patient soll sich am Gesundheitssystem ausrichten,



Seit Mai 2011 im Amt: Katrin Altpeter, Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; MdL.

sondern das Gesundheitssystem an den Bedürfnissen des Patienten. Im Fokus stehen hierbei drei Handlungsfelder:

Einen sehr hohen Stellenwert besitzt erstens die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung. Hierzu wird die Reform der ärztlichen Bedarfsplanung mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz einen wichtigen Beitrag leisten. Die Landesregierung wird ihre erweiterte Verantwortung in diesem Bereich ernst nehmen und in einem Dialog mit den Beteiligten vor Ort gemeinsame Ziele und Strategien entwickeln. Dies allein wird aber nicht ausreichen. Auf der Landesebene sind daher weitere Maßnahmen erforderlich.

Die Landesregierung möchte dem drohenden Ärztemangel auf dem Land mit einem Förderprogramm gezielt entgegenwirken. Hierzu werden finanzielle Mittel mit einem Volumen von insgesamt rund sieben Millionen Euro zur Verfügung gestellt. Mit dem Programm sollen sowohl kurzfristig wie auch mittel- und langfristig wirkende positive Effekte erzielt werden.

Zweitens bekennt sich die neue Landesregierung klar zu ihrer Verantwortung für die Krankenhäuser. Deswegen halten wir an der dualen Krankenhausfinanzierung fest. Wir werden daher die Investitionsmittel für die Kliniken deutlich erhöhen. Dies garantiert nicht nur eine bessere Infrastruktur. Auch zur Schaffung und zur Erhaltung von Arbeitsplätzen

wird damit beigetragen. In den vergangenen Jahren war ein großer Investitionsstau in unseren Krankenhäusern zu beklagen. Wir werden daher, sukzessive und soweit finanziell möglich, die Förderung von Krankenhausbauvorhaben auf der Basis neuer, zukunftsorientierter Förderkriterien und Förderschwerpunkte bis 2016 erhöhen. Dafür werden wir die Investitionsmittel Schritt für Schritt erhöhen und sie zur Entwicklung einer abgestimmten Versorgungsstruktur nutzen.

Ich freue mich daher ganz besonders, dass es mir gelungen ist, den Krankenhäusern schon in diesem Jahr mehr Geld zur Verfügung zu stellen. Bereits im vierten Nachtrag wurden zusätzlich 50 Millionen Euro Landesmittel für die Krankenhausfinanzierung und weitere fünf Millionen für die Zentren für Psychiatrie beschlossen. Wir machen damit schon kurz nach Beginn der neuen Regierungszeit einen ersten großen Schritt, um den riesigen Investitionsstau der Vergangenheit abzubauen.

Dringlich ist drittens auch das Thema Pflegekräfte. Nach Angaben des Statistischen Landesamts brauchen wir in Baden-Württemberg in zwanzig Jahren auf Basis einer Status-quo-Modellrechnung etwa 60 % mehr Pflegekräfte als heute. Nach einer Trendberechnung (unter Einrechnung von ansteigender Pflegebedürftigkeit aufgrund Hochaltrigkeit und weiter zurückgehenden familiären Versorgungsstrukturen) benötigen wir sogar nahezu doppelt so viele Personen zur Pflege, Versorgung und Betreuung wie heute. Wir müssen weitere Anstrengungen unternehmen, um mehr Menschen für den Pflegeberuf zu interessieren, zu begeistern und zu überzeugen. Baden-Württemberg wird eine Werbe- und Informationsoffensive für Pflegeberufe und soziale Berufe starten, um über die Berufsbilder, die jeweiligen Aufstiegs- und Entwicklungsmöglichkeiten sowie über die Veränderungen, die das Feld der Pflege und die Pflegenden betreffen, zu informieren. Die Kampagne richtet sich sowohl an Schulabgänger als auch an Personen, die nach Beendigung der Familienphase oder beruflicher Umorientierung vor einer (neuen) Berufswahlentscheidung stehen.

Auf Landesebene arbeiten wir daran, dass jeder, der sich für eine Tätigkeit in der Pflege interessiert, auf einem seinen Fähigkeiten und Bildungsabschlüssen entsprechenden Niveau in die Pflege einsteigen und weiter aufsteigen kann. Die Bildungsmaßnahmen sind so zu gestalten, dass in überschaubaren Zeiträumen eine Entwicklung von einer Qualifikationsstufe zur nächsten möglich ist. Wir brauchen auch mehr Menschen mit Migrationshin-

tergrund in der Pflege als Fachkräfte und auch als Multiplikatoren fremder Kulturen und Bräuche.

▼ Wo wollen Sie mittel- bis langfristig Ihre gesundheitspolitischen Schwerpunkte im Land setzen? Woran wollen Sie sich in fünf Jahren messen lassen?

▲ Neben den eingangs erwähnten drei Handlungsfeldern haben für mich die Gesundheitsförderung und Prävention einen hohen politischen Stellenwert. Als Folge zunehmender Lebenserwartung, von Veränderungen im Lebensstil und in der sozialen Umwelt treten heute insbesondere auch chronische oder nicht übertragbare Krankheiten in den Vordergrund. Den Blick nur auf eine verbesserte Behandlung entstandener Krankheiten zu richten, reicht dabei allein nicht mehr aus. Prävention und Gesundheitsförderung werden wir zu einem gesundheitspolitischen Schwerpunkt machen und gleichberechtigt neben Behandlung, Pflege und Rehabilitation stellen. Ziel ist es, die Gesundheit der Menschen in allen Lebensphasen und Lebenswelten zu fördern. Denn Prävention und Gesundheitsförderung müssen die Menschen in ihren Arbeits- und Lebenswelten erreichen. In Lebenswelten lassen sich niedrigschwellige Ansätze oder sogar aufsuchende Maßnahmen verwirklichen, um die Voraussetzung für gleiche Gesundheitschancen für alle Bürger und Bürgerinnen zu schaffen.

Ganz wichtig ist mir zweitens auch die Suchtprävention. Bei dem Begriff „Sucht“ denken wir in aller Regel zunächst an Drogenabhängige, vielleicht auch an Glücksspielsüchtige. Das ist alles richtig. Doch das am weitesten verbreitete süchtige Verhalten in unserer Bevölkerung bezieht sich auf die legalen Suchtmittel Alkohol und Tabak. Eine wirkungsvolle Suchtprävention muss genau hier ansetzen, und zwar je früher umso besser: Ein konsequenter Nichtraucherschutz, Rauchverbote in Schulen und auf Schulhöfen flankiert mit Präventionswettbewerben haben bereits dazu geführt, dass die Zahl der rauchenden Jugendlichen sinkt. Es soll wieder „normal“ werden, nicht zu rauchen.

Auch bei der Alkoholmissbrauchsprävention setze ich auf die Strukturen vor Ort. Die kommunalen Suchtbeauftragten und die Partner in den kommunalen Suchthilfenetzwerken bringen ganz hervorragende Projekte auf den Weg. Die Arbeit vor Ort in den Kommunen unterstützen wir als Land durch die Förderung der kommunalen Suchtbeauftragten und der psychosozialen Beratungsstellen mit fast neun Millionen Euro jährlich. Auch die Krankenkassen unterstützen Projekte der Suchtprävention mit eigenen Mitteln,

und das macht sich in barer Münze bezahlt. Denn jeder Euro, der in die Prävention gesteckt wird, spart ein Vielfaches an Folgekosten, welche die Kassen zu tragen hätten, wenn einer ihrer Versicherten eine Suchterkrankung entwickelt.

Mir ist auch die diamorphingestützte Substitution wichtig. Schwerstabhängigen Menschen, bei denen die sonstigen Behandlungsmöglichkeiten wie beispielsweise die Methadonsubstitution nicht greifen und die mindestens drei Entzugsbehandlungen ohne Erfolg abgebrochen haben, kann damit geholfen werden. Mit der diamorphingestützten Substitution am bisherigen Modellstandort Karlsruhe haben wir gute Erfahrungen gemacht. Deshalb sind wir auch mit den Verantwortlichen vor Ort in den Kommunen sowie der KV in Kontakt, damit baldmöglichst der Bedarf vor allem in den großen Städten wie Stuttgart und Mannheim gedeckt werden kann. Wir müssen hier die positiven Auswirkungen auch für die Gesamtgesellschaft wie den Wegfall einer offenen Drogenszene und den Rückgang von Beschaffungskriminalität noch deutlicher machen. Ich bin davon überzeugt, dass dadurch auch die Einrichtung weiterer Standorte gefördert wird.

Eine patientenorientierte Gesundheitspolitik muss drittens auch einen weiteren Schwerpunkt im Bereich der psychiatrischen Versorgung setzen: Es ist mir ein großes Anliegen, ein Landespsychiatriegesetz mit erstmals umfassenden und verbindlichen Regelungen im Hinblick auf Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch kranke Menschen auf den Weg zu bringen. Damit soll auch die chancengleiche Beteiligung psychisch Kranker an der Gesundheitssicherung ermöglicht und ihre Rechtsstellung gestärkt werden. Gleiches gilt für eine effektive Gewährleistung der flächendeckenden Grundversorgung, die ich durch die Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste und die Regionalisierung der psychiatrischen Versorgung erreichen will. Mein Ziel ist es, ein wirksames und verbindliches Instrumentarium an Hilfen und Einrichtungen für psychisch kranke Menschen bereitzustellen und die bestehenden Hilfeangebote weiter auszubauen und zu vernetzen. Schlusspunkt dieser Entwicklung soll ein sektorenübergreifendes Hilfesystem mit niederschweligen Angeboten sein, dessen Instrumente den betroffenen Menschen in jedem Stadium ihrer Erkrankung die jeweils passende Hilfestellung bieten.

▼ Welchen Stellenwert messen Sie den regionalen Gesundheitskonferenzen bei?

▲ Der Gesundheitsdialog muss vor Ort in den Kommunen stattfinden. Kommunale Gesundheitskon-

ferenzen, wie sie im Rahmen der Gesundheitsstrategie entwickelt wurden, sind dazu ein Instrument, das ich fortführen und im Dialog mit allen Beteiligten im Hinblick auf die Ziele des Gesundheitsdialogs fortentwickeln will. Ich bin speziell dem vdek dankbar, dass er in der Projektgruppe Kommunale Gesundheitskonferenzen, die ihren Abschlussbericht als erste vorgelegt hat, einen maßgeblichen Beitrag zur Etablierung und Strukturierung der Gesundheitskonferenzen geleistet hat. Eine Erfolg versprechende Umsetzung der Gesundheitsstrategie erfordert die Einbindung der Akteure der verschiedenen Lebensphasen und Lebenswelten sowie der Kostenträger, Leistungserbringer und Kommunalverbände auf allen Ebenen. Die Etablierung von kommunalen Gesundheitskonferenzen in möglichst vielen Land- und Stadtkreisen zur Vernetzung kommunaler und lokaler Strukturen und zur Zusammenführung der Partner vor Ort ist deshalb von besonderer Bedeutung. So können die spezifischen Bedarfe von Kommunen ermittelt und angegangen werden. Das Land fördert auf Antrag entsprechende Initiativen der Land- und Stadtkreise durch eine Anschubfinanzierung.

▼ **Zum GKV-Versorgungsgesetz: Welche Ansätze des Entwurfs halten Sie für richtig und wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?**

▲ Ich halte vor allem die Reform der ärztlichen Bedarfsplanung und die Stärkung der Länderrechte für richtig. Die alte Bedarfsplanung hat sich nicht bewährt. Sie ist zu grobrasterig und führt zu ungleichen Verteilungen. Auch wir in Baden-Württemberg haben Probleme bei der Nachbesetzung ärztlicher Praxen auf dem Lande. Deshalb ist es richtig, dass flexiblere Planungsbereiche entstehen und die Einzelheiten der Bedarfsplanung auf der Ebene des Landes getroffen werden. Dabei werden wir als Land eine aktivere Rolle als bisher einnehmen und uns gemeinsam mit Ärzten, Krankenkassen und Städten, Kommunen bzw. Landkreisen um passgenaue Lösungen kümmern.

Zusammenfassend kann man zum Versorgungsgesetz sagen, dass der Teil, der mit den Ländern gemeinsam in einer Kommission entwickelt wurde, richtig ist. Fast alles andere ist aber problematisch. Hier sehe ich vor allem die Gefahr, dass die Ausgaben der Krankenkassen deutlich steigen. Egal, ob spezialärztliche Versorgung, zusätzliche Satzungsleistungen der Krankenkassen oder Änderungen bei der Ärztehonorierung – das alles kostet mehr Geld. Nach der Logik von FDP und CDU kann dies nur durch Zusatzbeiträge der Versicherten finanziert werden, denn so wurden im letzten Jahr die Gesetze

gestrickt. Ich halte das für eine einseitige Belastung der Bürgerinnen und Bürger und daher für grundsätzlich falsch.

▼ **In Baden-Württemberg ist derzeit – auch im Vergleich zu anderen Bundesländern – ein hoher Versorgungsgrad der Bevölkerung mit ambulanten ärztlichen Leistungen zu verzeichnen. Dies gilt für den fachärztlichen Bereich als auch den hausärztlichen Bereich. So erreichen im hausärztlichen Bereich alle Landkreise einen Versorgungsgrad von über 100 Prozent. Für 92 Prozent der Planungsbezirke wurden Zulassungssperren erteilt. Was halten Sie von dem Gedanken, Überkapazitäten in einigen Gebieten abzubauen und – wo benötigt – in Gebiete mit weniger Ärzten umzulenken? Mit preisbezogenen Steuerungsinstrumenten könnte dann das Geld aus Überversorgungsgebieten in Gebiete mit Versorgungsmängeln fließen. Müssten bei der Neubesetzung von Arztsitzen Versorgungsgesichtspunkte nicht noch viel stärker zum Tragen kommen?**

▲ Wir haben auch in Baden-Württemberg in der Tat ein Allokationsproblem. In den Ballungsräumen haben wir bedarfsplanerisch gesehen eine Überversorgung, in den ländlichen Gebieten zum Teil auch eine Unterversorgung. Dies gilt vor allem für die fachärztliche Versorgung. Bei den Hausärzten haben wir auch in vielen Städten schon keine Zulassungssperren mehr. Insoweit wäre es schon richtig umzulenken. Wir müssen dabei aber berücksichtigen, dass die heute geltenden Planungsbereiche neu zuge schnitten werden müssen. Hinzu kommt, dass das heute bestehende ärztliche Leistungsangebot gut angenommen wird und Bestandspraxen wegen des verfassungsrechtlich geschützten Eigentumsrechts nicht ohne finanzielle Mittel abgelöst werden können. Ich sehe in der Möglichkeit, dass die Kassenärztliche Vereinigung Praxissitze aufkaufen kann, grundsätzlich einen praktikablen Ansatz für Sitzverlagerungen. Dabei spielen aber die konkreten Umstände vor Ort eine wichtige Rolle. Mit dem Rasenmäher kann hier nicht vorgegangen werden. Wir werden außerdem künftig auf eine bessere Verzahnung zwischen dem ambulanten und stationären Bereich zusteuern müssen. Auch in diesem Punkt muss die Bedarfsplanung flexibler und die Kooperation der Beteiligten verbessert werden.

▼ **Was halten Sie von den Überlegungen wie der Einführung von mobilen Versorgungskonzepten, die Nutzung von Telemedizin oder die Delegation von ärztlichen Leistungen, um ggf. drohenden Versorgungsengpässen besser entgegenzutreten?**

Welche Rolle könnte hierbei, Ihrer Meinung nach, die Pflege dabei spielen?

▲ Ich verspreche mir in der Zukunft einiges an Verbesserungen durch die genannten Maßnahmen. Die Hausärzte in Baden-Württemberg arbeiten bereits erfolgreich mit dem Modell VERAH® - Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, das die Delegation ärztlicher Leistungen an Medizinische Fachangestellte beinhaltet. Aber auch das Modell AGnES (Arztentlastende Gemeindenahe E-Health gestützte systemische Intervention), das vor allem in verschiedenen ostdeutschen Ländern etabliert ist, zeigt Erfolge. Hier werden Hausärzte bei der Versorgung chronisch Kranker in ländlichen Regionen durch die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten – insbesondere von Hausbesuchen – an entsprechend geschulte medizinische Fachangestellte und Pflegekräfte unterstützt. Solche Modelle sind sinnvoll und sollten auch in Baden-Württemberg weiterentwickelt werden.

Die Gesundheitstelematik (E-Health) kann in den nächsten Jahren wichtige Instrumente entwickeln, um die ambulante und stationäre Versorgung in den ländlichen Räumen innerhalb Baden-Württembergs wirtschaftlicher und effektiver zu gestalten. Baden-Württemberg muss bei der Fortentwicklung neuer medizinischer Versorgungsstrukturen eine Vorreiterrolle spielen.

▼ Wir begrüßen den Ansatz einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung, allerdings fehlt uns bisher eine Regelung zur Steuerung der Angebotskapazitäten und eine Steuerung der erbrachten Leistungen. Was halten Sie von der schrittweisen Etablierung einer ambulanten spezialärztlichen Versorgung zur Überwindung der Sektorengrenzen?



„Ich möchte für unsere Gesundheitsversorgung eine bessere Verzahnung zwischen ambulanten und stationären Angeboten im Sinne einer integrierten Versorgung mit passgenauen Lösungen für die jeweilige Region.“

▲ Aus meiner Sicht ist der Maßstab für sämtliche gesundheitspolitische Planungen der Versorgungsbedarf des Patienten. Jegliche Schnittstellen zwischen Sektoren bergen das Risiko systembedingter Behandlungsabbrüche zulasten des Patienten. Vor diesem Hintergrund halte ich jegliche Anstrengung, die Kooperation zwischen den Sektoren zu verbessern, für versorgungspolitisch wichtig. Bereits bisher gibt es zahlreiche Möglichkeiten einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit zwischen vertragsärztlichem Bereich und Krankenhaussektor. Inwieweit daraus wirklich eine sektorenübergreifende Versorgung wird, hängt auch davon ab, ob sich die Beteiligten als Partner oder als Konkurrenten sehen.

▼ Vielen Dank für das Gespräch, Frau Ministerin!

VERBAND DER ERSATZKASSEN



Der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) ist ein Zusammenschluss von sechs Ersatzkassen mit 24,6 Millionen Versicherten bundesweit und fast 2,7 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg. Damit sind die Ersatzkassen im Bund die größte Kassenart. Unter dem Dach des vdek sind zusammengeschlossen: Barmer GEK, Techniker Krankenkasse, Deutsche Angestellten-Krankenkasse, KKH-Allianz, HEK - Hanseatische Krankenkasse und die hkk.

Der Verband der Ersatzkassen ist die Nachfolgeorganisation des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK), der am 20. Mai 1912 unter dem Namen „Verband Kaufmännischer eingeschriebener Hilfskassen (Ersatzkassen)“, in Eisenach gegründet wurde. Die Verbandszentrale befindet sich in Berlin. In den einzelnen Bundesländern sorgen 15 Landesvertretungen und eine Geschäftsstelle für die regionale Präsenz der Ersatzkassen.

BÜCHER

EUROPA



Taschenbuch der europäischen Integration

Werner Weidenfeld und Wolfgang Wessels (Hrsg.), **Europa von A-Z**, 12. Auflage 2011, 501 Seiten., € 19,90, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Europa zum Nachschlagen: In über 70 Sachbeiträgen erklären renommierte Europaexperten wissenschaftlich fundiert und zugleich verständlich alle wichtigen Themen und Begriffe aus Politik, Wirtschaft und Geschichte der europäischen Einigung. Das Europa-ABC, Europa im Internet und die Chronologie der europäischen Integration ergänzen den Band.

SONDERGUTACHTEN



Verbesserungen im Versorgungssystem

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Hg.)

Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens

Sondergutachten 2009 – Band I + II

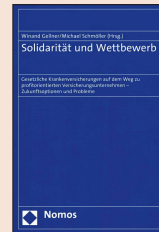
Band I, 2010, 530 Seiten, € 89,00

Band II, 2010, 396 Seiten, € 68,00

Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

In seinem zweibändigen Sondergutachten 2009 untersucht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen die speziellen Versorgungsanforderungen der unterschiedlichen Altersstufen im Lebensverlauf eines Menschen und empfiehlt Maßnahmen zur weiteren Verbesserung von Koordination und Integration im Versorgungssystem. Band I beschreibt die gesundheitspolitisch relevanten Auswirkungen der demografischen Entwicklung in Deutschland. In Band II zeigt der Rat den Status quo und den Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung auf, insbesondere in den Bereichen haus- und fachärztliche Versorgung, Arzneimittelversorgung, Versorgung bei Pflegebedürftigkeit im Alter und Integrierte Versorgung. Der Rat entwickelt das Konzept einer koordinierten Versorgung, das auf eine generationenspezifische und regional differenzierte Versorgung abzielt.

WETTBEWERB



Das GKV-System im Wandel

Prof. Dr. Winand Gellner, Michael Schmöller (Hrsg.)

Solidarität und Wettbewerb

2009, 270 Seiten, € 39,00

Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Mit der Einführung der freien Kassenwahl begann 1996 für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) der Wettbewerb um Versicherte. Das Buch stellt die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage unter gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen durch das „Zukunftsforum Gesundheitspolitik“ (Zufog) vor und präsentiert eine darauf aufbauende Typologie der Krankenversicherungen in Deutschland. Die weiteren Beiträge aus Wissenschaft und Praxis geben ein Bild des umfassenden Wandels, in dem sich das deutsche Krankenversicherungssystem befindet. Analysen und Einschätzungen aus unterschiedlichen Perspektiven lassen Tendenzen der künftigen Entwicklung des Krankenversicherungssystems Deutschlands erkennen.

SOZIALRECHT



Die EU im Blick

Prof. Dr. Dr. h. c. Eberhard Eichenhofer

Sozialrecht der Europäischen Union

4. Auflage 2010, 413 Seiten, € 26,80

Erich Schmidt Verlag, Berlin

In wachsendem Maße beeinflusst die Europäische Union (EU) die soziale Sicherheit der Mitgliedsstaaten. Das EU-Recht ist in einer beachtlichen Entwicklung begriffen. So sind seit Erscheinen der Voraufgabe eine Vielzahl neuer Initiativen ergriffen, Rechtsänderungen erlassen, Entscheidungen getroffen worden und Stellungnahmen ergangen. Berücksichtigt sind auch die zum 1.5.2010 in Kraft getretenen Änderungen durch die Verordnung (EG) Nr. 883/2004. Ein Ausblick auf die Zukunftsperspektiven des europäischen Sozialrechts sowie ein ausführliches Verzeichnis der zitierten EuGH-Entscheidungen runden das Werk ab.

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Baden-Württemberg des vdek

Christophstraße 7 (Tübinger Carré) · 70178 Stuttgart

Telefon: 07 11 / 2 39 54-19 · Telefax: 07 11 / 2 39 54-16

E-Mail: Frank.Winkler@vdek.com

Verantwortlich: Walter Scheller · Redaktion: Frank Winkler

IM WANDEL DER ZEIT



Gerd Nieth

Gerd Nieth ist seit 40 Jahren für die Ersatzkassen im Einsatz

Wie die Zeit vergeht ... am 1. September 2011 konnte Gerd Nieth, Referatsleiter für die ambulante Versorgung beim Verband der Ersatzkassen in Baden-Württemberg sein 40-jähriges Dienstjubiläum feiern. Er begann seine berufliche Laufbahn 1971 bei der Barmer mit einer Ausbildung zum Sozialversicherungsfachangestellten. Gerd Nieth absolvierte dann eine typische Ersatzkassenlaufbahn und war als Sachbearbeiter in verschiedenen Geschäftsstellen im südwestdeutschen Raum tätig. Schließlich übernahm er die Leitung der Geschäftsstelle der Barmer in Nürtingen. Der bekennende Badener ging gerne nach Karlsruhe zurück, als ihm dort von den Verantwortlichen der Barmer die Stelle des Sachgebiets-

leiters für den Arztbereich und die Funktion des stellvertretenden Abteilungsleiters in Karlsruhe angetragen wurde. Dem Ruf der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg nach Stuttgart folgte er im Juli 1994. Dort war er zunächst als Referent für den Arztbereich tätig, ab 2006 war er interner Vertreter des Referatsleiters für den ambulanten Bereich, schließlich übernahm er 2007 die Referatsleitung für die ambulante Versorgung. Nach seiner Motivation für die tägliche Arbeit befragt, meint Gerd Nieth: „Die Tätigkeit als Dienstleister für die Ersatzkassen macht die Aufgabe sehr reizvoll, bedingt aber auch vollen Einsatz, um den steigenden Anforderungen gerecht zu werden und damit für die Mitglieds-kassen die bestmöglichen Ergebnisse zu erreichen.“

Am 1. August 2011 konnten Thomas Kränzle, Referent im Bereich Pflege sowie Ralf Leberherz, Referent in der ambulanten Versorgung im Bereich Rettungsdienst, ihr 25-jähriges Jubiläum begehen. Das vdek-Team und die Ersatzkassen gratulieren allen Jubilaren auf das Herzlichste.



Gerd Nieth

Das Versorgungsgesetz zwischen Anspruch und Wirklichkeit

„Problem der Überversorgung konsequent angehen!“

Einen „heißen Herbst“ sagte Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit, bis zur geplanten Verabschiedung des Versorgungsgesetzes (VSG) im Januar 2012 voraus. Einen ersten Vorgeschmack darauf gab eine Podiumsdiskussion am 21. Juli im GENO-Haus in Stuttgart. Fünf Vertreter der Bundestagsfraktionen diskutierten auf Einladung der Krankenkassenverbände BKK Landesverband Baden-Württemberg, Verband der Ersatzkassen Baden-Württemberg (vdek), der IKK classic und der Knappschaft Regionaldirektion München über Inhalte des VSG. „Das Problem der ärztlichen Überversorgung muss konsequent



Unser Foto zeigt von li. nach re.: Konrad Ehing/Vorstandsvorsitzender des BKK Landesverbandes, Anton Haupenthal/Leiter der Regionaldirektion, Knappschaft Regionaldirektion München, Hilde Mattheis (SPD) MdB, Kathrin Senger-Schäfer (Die Linke) MdB, Walter Scheller/Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen) MdB, Dr. Florian Staack/Ärzte Zeitung, Karin Maag (CDU/CSU) MdB, Gerd Ludwig/Vorsitzender des Vorstandes der IKK classic, Dr. Erwin Lotter (FDP) MdB.

angegangen werden“, forderte Walter Scheller vom Verband der Ersatzkassen in seinem Eingangsstatement.

Das Versorgungsstrukturgesetz soll den Ländern und Kommunen mehr Gestaltungsspielraum bei der Planung der ärztlichen Versorgung geben, erläuterte Annette Widmann-Mauz in ihrem ausführlichen Beitrag der Bundesregierung zu Beginn der Veranstaltung. Vorgesehen sind unter anderem die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren, offenere Strukturen in der spezialfachärztlichen Versorgung, eine Regionalisierung des vertragsärztlichen Honorarsystems, der Abbau von Bürokratie bei der Abrechnung medizinischer Leistungen und eine Flexibilisierung im Leistungsangebot der Krankenkassen.

Bei den Diskutanten Birgitt Bender (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Erwin Lotter (FDP), Karin Maag (CDU/CSU), Hilde Mattheis (SPD) und Kathrin Senger-Schäfer (Die Linke) bestand zwar Einigkeit in der Analyse der Situation in Baden-Württemberg: ärztliche Unterversorgung auf dem Land, Über- und Fehlversorgung in Ballungsgebieten. Uneins waren sie sich jedoch in der Ausgestaltung der Lösungsansätze: Während die Vertreter der Regierungsparteien ihren Akzent auf ein Anreizsystem setzten, um mehr Ärzte in

unterversorgte Gebiete zu bekommen, forderten die Vertreterinnen der Opposition, Über- und Unterversorgung zusammen zu denken und die Finanzierung der neuen Strukturen im Auge zu behalten.

Aus Sicht der einladenden Krankenkassenverbände enthält der Gesetzesentwurf durchaus Lichtblicke, wie Konrad Ehing, Vorsitzender des Vorstands des BKK Landesverbands Baden-Württemberg, stellvertretend für seine Vorstandskollegen der IKK classic, der Knappschaft und des Verbands der Ersatzkassen (vdek) zusammenfasste. So begrüßen die Kassen die geplante Regionalisierung. Doch Veränderungen im Gesundheitssystem kosten Geld. „Uns sind die Hände gebunden, was die Einnahmen angeht“, sagte Ehing weiter. „Unser Handlungsspielraum ist mit den Fesseln des Gesundheitsfonds sehr eng. Höhere Einnahmen sind nur über Zusatzbeiträge möglich.“ Deshalb fordern die Kassenvertreter von der Politik klare Rahmenbedingungen, damit die Kosten der neuen Strukturen nicht über Zusatzbeiträge allein von den Versicherten getragen werden.

200 Akteure des baden-württembergischen Gesundheitswesens nahmen an der gesundheitspolitischen Veranstaltung teil.



Das GENO-Haus in Stuttgart war mit 200 Akteuren des baden-württembergischen Gesundheitswesens bis auf den letzten Platz gefüllt. Die Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesministerium für Gesundheit, Annette Widmann-Mauz, stellte das Versorgungsgesetz der Bundesregierung vor.