

report baden-württemberg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Okt. 2006

ersatzkassen

Gesundheitsreform: Politischer Kompromiss zu Lasten der Versicherten und Beitragszahler

Über Monate haben sich die Akteure im baden-württembergischen Gesundheitswesen für eine nachhaltige Finanzierung, mehr Wettbewerb und Pluralismus statt Verstaatlichung und Einheitsversicherung stark gemacht. Vielfältige Veranstaltungen und Gespräche wurden geführt und sind Bestandteil dieser Ausgabe.

Die erzielte Einigung der Koalitionsspitzen zur Gesundheitsreform muss im Ergebnis als politischer Kompromiss zu Lasten der Versicherten und der Beitragszahler gedeutet werden.

Das Medienecho jedenfalls ist einhellig und wirkt nach. Die Große Koalition ist vorerst gerettet, die Operation Gesundheitsreform dafür eindeutig misslungen. Das also ist das Ergebnis des

In dieser Ausgabe:

- Ersatzkassentag Baden-Württemberg 2006
- Mit Regionen-Leitstellen mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Notfallversorgung
- DMP-Stützpunkt Süd arbeitet erfolgreich
- Ersatzkassen fördern Selbsthilfekontaktstellen

monatelangen Ringens um die Neuordnung des Gesundheitswesens. Die Finanzierungsprobleme konnten nicht gelöst werden. Die Reform geht, so die Presse, in eine völlig falsche Richtung.

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.



Im Ministerium für Arbeit und Soziales empfing Ministerin Dr. Monika Stolz, MdL die baden-württembergischen Ersatzkassen und ihre Verbände. Ministerin Stolz versprach, sich für die baden-württembergischen Interessen einzusetzen.

Unser Bild zeigt: (von li. nach re.) Christoph Höglmeier/Vorsitzender des VdAK/AEV-Landesausschusses Baden-Württemberg, Andreas Vogt/Leiter der TK-Landesvertretung, Walter Scheller/Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg, Ministerin Dr. Monika Stolz, Harald Müller/Landesgeschäftsführer der BARMER, Rolf-Ulrich Schlenker/stv. Vorsitzender der GEK.

Das erste und wichtigste Ziel, Beiträge und Kosten stabil zu halten, ist verfehlt. Mehr Wirtschaftlichkeit, mehr Wettbewerb, eine bessere Versorgung: Dafür sollte die Reform sorgen. Wir bekommen höhere Versicherungsbeiträge, viel Bürokratie, mehr staatlichen Dirigismus und Planwirtschaft. Die Gesundheitsreform ist der kleinste gemeinsame Nenner. Und der besteht darin, das Gesundheitswesen bis zur nächsten Wahl möglichst so in der Schwebe zu halten, dass sowohl Union als

auch SPD ihre diametral entgegengesetzten Konzepte im Falle des jeweils erhofften Wahlsieges doch noch durchsetzen können, kommentieren die Medien. Schlecht für unser Gesundheitswesen.

Was soll der auf 2009 verschobene angedachte Gesundheitsfonds? Er schafft jedenfalls nicht mehr Wettbewerb und Transparenz. Er ist eine reine Geldsammel- und Verteilungsstelle und löst kein einziges Problem des Gesundheitswesens –

DER KOMMENTAR

Die falsche Richtung

Die wachsende Gefahr der Verstaatlichung des Gesundheitswesens und die Zerschlagung funktionsfähiger Strukturen zu Lasten der Versorgung der Versicherten und der Beitragszahler ist offensichtlich. Die Diskussionen der Großen Koalition und der öffentliche Streit machen deutlich, dass es der Politik bei der Reform nur noch um Macht und Durchsetzung parteipolitischer Interessen, nicht aber um Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung geht. Insgesamt löst der Fonds keine Probleme, sondern schafft lediglich neue Probleme.

Durch die Eckpunkte kommt es zu einem Wettbewerb um gesunde und gut verdienende Versicherte. Das ist die falsche Richtung. Was wir brauchen, ist aber Vertrags- und Versorgungswettbewerb. Nur dann sind Qualität und Wirtschaftlichkeit gesichert. Die organisationsrechtlichen Reformüberlegungen führen unweigerlich in die staatlich verordnete Einheitskasse. Für unmittelbar Betroffene, d. h. Arbeitgeber und Versicherte, steht fest, dass ein Dachverband, der weitgehend Verträge über Inhalt und Vergütung der Versorgung regelt, überflüssig ist. Es muss vielmehr eine Ausweitung und Intensivierung des bestehenden Vertrags- und Versorgungswettbewerbs eingeführt werden. Selbstverwaltung, Gliederung und Vielfalt im Gesundheitswesen im Sinne eines solchen Wettbewerbs sind ein Erfolgsmodell. Deshalb muss das staatsferne Modell einer selbstverwalteten und gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt und ihre Handlungsspielräume weiter ausgebaut werden. Das wäre dann eine Reform, die ihren Namen auch wirklich verdient hätte.



Walter Scheller, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg

vielmehr schafft er nur neue Probleme. Der Gesundheitsfonds ist ein bürokratisches und gefräßiges Monstrum. Die Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg haben die zurückliegenden Monate genutzt, um mit den Entscheidungsträgern einen intensiven – nicht oberflächlichen – Gedankenaustausch zu suchen. Weitere Gespräche werden auch in der Zeit des Gesetzgebungsverfahrens folgen.

Sachlich informieren – Polemik beiseite lassen



Andreas Hoffmann, MdL CDU und gesundheitlicher Sprecher seiner Partei (Bildmitte) gab im Rahmen einer außerordentlichen Landesausschuss-Sitzung seine Einschätzung zur geplanten Gesundheitsreform wieder.

Unter dieser Maßgabe fanden in Baden-Württemberg im September und Oktober diverse Informations- und Aufklärungsaktivitäten statt. Zielsetzung: Bei der geplanten Gesundheitsreform Sach- und Fachverstand mit den Entscheidungsträgern austauschen. Zunächst hieß es für die VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg zielorientiert auf die entscheidenden Akteure zuzugehen, welche im Bundestag etwas bewirken und bewegen können. Deshalb wurden verbändeübergreifend in Baden-Württemberg, bestehend aus dem BKK-Landesverband, IKK Baden-Württemberg und Hessen, AOK und VdAK/AEV, gesundheitspoliti-

sche Hintergrundgespräche mit den baden-württembergischen Parlamentariern geführt. Baden-Württemberg wird durch Peter Friedrich, MdB (SPD), Biggi Bender, MdB (Bündnis 90/Die Grünen), Hilde Mattheis, MdB (SPD) und Annette Widmann-Mauz, MdB (CDU) im gesundheitspolitischen Ausschuss vertreten. In Stuttgart und Tübingen konnten hier, ob im Wahlkreisbüro, am Flughafen oder in der Landesvertretung sachliche Gespräche geführt werden. Die jeweiligen Positionen konnten nachvollziehbar und von den Kostenträgern einheitlich dargelegt werden. Deutlich wurde, dass es bei der Gesundheitsreform auch

um den Weiterbestand der Großen Koalition, also die Machtfrage geht. Auf Grund gravierender handwerklicher Fehler, so die baden-württembergischen Kostenträger, muss die derzeit geplante Gesundheitsreform auch scheitern dürfen. Dies wurde in Teilen auch seitens der Politik bestätigt.

Es folgten Informationsveranstaltungen mit Podiumsdiskussionen, welche ebenso verbändeübergreifend initiiert waren. Daran beteiligt waren weitere Akteure im Gesundheitswesen aus der jeweiligen Region wie etwa Leistungserbringer. Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung waren ebenso präsent wie die Gewerkschafts- und Arbeitgeberseite. Als „neutrale Instanz“ lag die Einladung oftmals beim jeweiligen Landrat, der da-



Im Stuttgarter Wahlkreisbüro von Biggi Bender, MdB (Bündnis 90/Die Grünen) wurden die Auswirkungen der derzeit geplanten Gesundheitsreform ausführlich besprochen. Unser Bild zeigt: (von li. nach re.) Hugo Schüle/IKK Baden-Württemberg und Hessen, Walter Scheller/VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg, Biggi Bender, MdB/Bündnis 90/Die Grünen, Rolf Hoberg/AOK Baden-Württemberg, Konrad Ehing/BKK Landesverband Baden-Württemberg.

rüber hinaus moderierte und den Veranstaltungsort zur Verfügung stellte. Die Veranstaltungen waren mit ca. 250 bis 300 Teilnehmerinnen und Teilnehmer sehr gut besucht. Veranstaltungen wurden in Aalen, Göppingen, Schwenningen und Freiburg durchgeführt. Die Themen variierten von „Die Gesundheitsreform 2006 – Weg in die Staatsmedizin und zur Einheitskrankenkasse?“ über „Die Gesundheitsreform 2006 – Großer Wurf oder großer Murks?“ bis „Die neue Gesundheitsreform – Weg in die Sackgasse?“ Das Fazit der Veranstaltungen war einhellig: Die geplante Gesundheitsreform kann so nicht kommen.

Die Kassen und ihre Verbände in Baden-Württemberg verfassten ein gemeinsames Positionspapier zu den Eckpunkten einer Gesundheitsreform. Darin wurden vor allem die Themen „Wettbewerb und Reformen“, „Wettbewerb statt Vereinheitlichung“, „Nachhaltige Finanzierung statt überflüssigem Gesundheitsfonds“, „Bürokratieabbau statt -aufbau“ sowie „Gesprächsbereitschaft“ in den Mittelpunkt gestellt. Darüber hinaus verständigten sich die Akteure im Gesundheitswesen auf zwei gemeinsame Presseinformationen, welche von allen Verbänden, der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitgetragen wurden.

In einem Schreiben an alle 77 Bundestagsabgeordneten aus Baden-Württemberg, welche die Wählerinnen und Wähler auf Bundesebene vertreten, wurde nochmals über die Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform auf Baden-Württemberg informiert; stets fachlich und an Fakten orientiert. Dieses Schreiben wurde von allen wesentlichen Akteuren des baden-württembergischen Gesundheitswesens persönlich unterschrieben. Die Medien wurden anschließend darüber informiert. Der Leiter der Landesvertretung stand zur geplanten Gesundheitsreform dem Zahnärzteblatt Baden-Württemberg Rede und Antwort. Weitere Gespräche wurden mit den Selbsthilfekontaktstellen und den Gewerkschaften gesucht. Unter der Regie des Landesapothekerverbandes wurde ein Flyer für die Versicherten



Ulla Haussmann, MdL SPD und gesundheitliche Sprecherin ihrer Partei stellte sich bei der VdAK/AEV-Landesausschuss-Sitzung am 25. September in der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg den Fragen der Mitglieder und stellte ihre Sicht der Dinge dar.

aufgelegt, der von allen Akteuren des baden-württembergischen Gesundheitswesens mitgetragen wurde. Dieser zeigt die Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform auf.

Gesundheitspolitische Hintergrundgespräche im Rahmen außerordentlicher Landesausschuss-Sitzungen mit den gesundheitspolitischen Sprechern/innen hinterfragten den Sinn der Gesundheitsreform. Hierzu hatte die VdAK/AEV-Landesvertretung jeweils separat Andreas Hoffmann, MdL (CDU), Ulla Haussmann, MdL (SPD) und Brigitte Lösch, MdL und Bärbl Mielich, MdL (Bündnis 90/Die Grünen) eingeladen. Die Ersatzkassen und ihre Verbände sprachen im Sozialministerium mit Ministerin Dr. Monika Stolz über die Auswirkungen der Reform auf Baden-Württemberg. Es folgte im Amtssitz der Ministerin ein zweites kassenartenübergreifendes Gespräch.

Fazit:

Die Bewertung aller baden-württembergischen Akteure im Gesundheitswesen zur Gesundheitsreform war von Anfang an einheitlich. Die Reform bedeutet mehr Staat, mehr Bürokratie, weniger Wettbewerb. Sie geht zu Lasten der Versicherten und Beitragszahler. Die Gesundheitsakteure fordern für ihre Versicherten und Beitragszahler eine qualitativ hochwertige und ökonomische Gesundheitsversorgung. Selbstverwaltung und Vielfalt im Gesundheitswesen im Sinne eines Wettbewerbs sind ein Erfolgsmodell. Deshalb muss das staatsferne Modell einer selbstverwalteten und gegliederten gesetzlichen Krankenversicherung gestärkt und ihre Handlungsspielräume weiter ausgebaut werden.

**Einladung zum Ersatzkassentag
in Baden-Württemberg**

**Die Zukunft der gesetzlichen
Krankenversicherung im
Spannungsverhältnis von
Solidarität, Wettbewerb und
Finanzierung**

„Wir brauchen eine Gesundheitsreform und keinen Gesundheitsfonds.“ Dies erklärte die Vorstandsvorsitzende der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV, Dr. Doris Pfeiffer, auf dem Ersatzkassentag am 17. Mai 2006 in Stuttgart. „Das Fondsmodell löst die entscheidenden

Probleme unseres Gesundheitswesens nicht, sondern verteilt lediglich die Finanzströme im Gesundheitswesen anders – und das mit erheblichem bürokratischem Aufwand“, betonte die Vorstandsvorsitzende vor Journalisten in Stuttgart. Weder das zentrale Problem der sinkenden Einnahmen der Krankenversicherung noch Fehlentwicklungen oder Versorgungsprobleme auf der Ausgabenseite würden damit gelöst werden. Vielmehr bringe das Modell einseitige Belastungen der Versicherten, zusätzlichen bürokratischen Verwaltungsaufwand beim Beitragseinzug und stärkere staatliche Regulierung.

Nach dem Gesundheitsfondsmodell sollen Arbeitgeber und Versicherte ihre Beiträge nicht mehr an die Krankenkasse, sondern in einen Fonds zahlen. Die Beiträge für die Kinder sollen aus Steuermitteln (Gesundheits-soli) finanziert werden und ebenfalls in den Fonds fließen. Jede Krankenkasse soll eine einheitliche Prämie in Höhe von etwa 160 Euro aus dem Fonds zur medizinischen Versorgung ihrer Versicherten erhalten. Sinken die Einnahmen aus dem Fonds wegen evtl. Konjunkturschwäche oder sinkender Steuereinnahmen oder steigen die Ausgaben, so muss die Kasse eine zusätzliche Prämie von den Versicherten einfordern. „Das heißt, die Prämie muss künftig die gesamte Ausgabendynamik auffangen. Die Prämien werden sich dann schnell verdoppeln und verdreifachen – und das ohne soziale Abfederung“, so Pfeiffer.

Eine Illusion sei es, dass unter diesen Bedingungen ein sinnvoller Wettbewerb der Krankenkassen entstehe. Vielmehr werde jede Kasse sich nur noch um die gesündesten Versicherten bemühen, um die Prämie möglichst niedrig zu halten. „Ohne sozialen Ausgleich fährt dieses System vor die Wand“, so die Vorstandsvorsitzende.

Richtig sei es, durch Steuern die Solidarleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren.

Diese müssten jedoch verlässlich sein. Die Streichung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen, womit den Krankenkassen 2,7 Mrd. Euro in 2007 und weitere 4,2 Mrd. € in 2008 verloren gingen, sei kein ermutigendes Beispiel. Dennoch sei es richtig, die bereits seit Jahren durch die Unterfinanzierung von Arbeitslosen in der gesetzlichen Krankenversicherung entstehenden Lasten zu kompensieren. Die Belastung betrage Jahr für Jahr 2,6 Mrd. €, während die PKV nur einen verschwindend geringen Anteil Arbeitsloser versichert und damit diese Lasten nicht zu schultern hat. Zusammen mit der Beibehaltung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen und der in anderen europäischen Ländern üblichen reduzierten Mehrwertsteuer auf Arzneimittel (6,7 Mrd. €) könnte eine sachgerechte Finanzierung eine Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung herbeiführen, ohne deren Grundfesten in Frage zu stellen.

Schließlich sei auch eine Neuordnung des Verhältnisses von GKV und PKV notwendig. Um zu verhindern, dass weiter junge gesunde freiwillig Versicherte die GKV verlassen und den Krankenkassen damit notwendige Finanzmittel zur Versorgung kranker Menschen entzogen werden, sollte die Versicherungspflichtgrenze in der GKV aufgehoben werden. „Damit gäbe es eine klare und gerechte Aufgabenteilung zwischen GKV und PKV: Die GKV als Arbeitnehmersversicherung, die PKV als Versicherung für Selbstständige und Beamte.“

Abschließend appellierte die Vorstandsvorsitzende noch einmal eindringlich an die Politik, die derzeitigen Pläne zum Gesundheitsfonds fallen zu lassen. Zusammen mit der ebenfalls geplanten Regulierungsbehörde, in der die Medizinischen Dienste, der gemeinsame Bundesausschuss und weitere Institutionen des Gesundheitswesens aufgehen sollen, führen zu einer immer stärkeren Regulierung und letztlich zur Verstaatlichung des Gesundheitswesens. Wettbewerb werde dann nicht mehr stattfinden, warnte Pfeiffer. Nicht nur, dass der Staat den Beitragseinzug über den Gesundheitsfonds verwalten und – je nach Haushaltslage – beeinflussen könne, auch über die Regulierungsbehörde werde der Staat Einfluss nehmen auf die Gestaltung des Leistungskatalogs, auf die Weiterentwicklung der Vergütungssysteme, auf die Vertragsgestaltung mit den Ärzten und Krankenhäusern und vieles mehr. „Die Krankenkassen sind dann nur noch Erfüllungsgehilfen des Staates“, monierte Pfeiffer. Sie bezweifelte, dass die Regulierungsbehörde die Aufgaben, die heute die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen übernehmen, besser und effizienter wahrnehmen könnte. „Die Probleme verstaatlichter Gesundheitssysteme sind hinlänglich bekannt: mehr Bürokratie, weniger Geld und vor allem Wartelisten. Der Versorgung kranker Menschen würde damit eher geschadet als genutzt.“



Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des VdAK/AEV fordert eine nachhaltige Finanzierung, mehr Wettbewerb, Selbstverwaltung und Pluralismus statt Verstaatlichung und Einheitsversicherung.

Gutachten vorgestellt:

Mit Regionen-Leitstellen mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Notfallversorgung

Die Krankenkassen und ihre Verbände in Baden-Württemberg wollen für die Bürgerinnen und Bürger eine höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Notfallversorgung erreichen. Derzeit gibt es in Baden-Württemberg 45 Leitstellen ohne gegenseitige Vernetzung. Das vorgestellte Gutachten eines Fachingenieurs für Leitsysteme, belegt die Vorteile, welche durch die Einrichtung von acht Regionen-Leitstellen erreicht werden können.

Derzeit gibt es Leitstellen in Baden-Württemberg, die nachts nur mit einem Disponenten besetzt sind. So kann es passieren, dass sich bei einem hohen Einsatzaufkommen die Vermittlung eines Rettungswagens hinauszögert. Die Vorstände der AOK Baden-Württemberg, des Landesverbands der Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg, der Innungskrankenkasse Baden-Württemberg und Hessen, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg sowie der Verbände der Ersatzkassen in Baden-Württemberg setzen bei den neuen Regionen-Leitstellen auf hochmoderne Technik: Denn dadurch werden die Personalkapazitäten effektiv genutzt und ökonomische Einheiten ermöglicht. Bei den vom Gutachter vorgeschlagenen Leitstellenstrukturen werden die Disponenten durch eine ausgefeilte Technik unterstützt. So berechnet das Einsatzleitsystem mittels GPS-Daten bereits bei Eingabe der Einsatzdaten das mit der kürzesten Anfahrtszeit freie Rettungsfahrzeug und übermittelt bei Alarmierung den Anfahrtsweg an das Navigationssystem des Fahrzeugs. Das heißt konkret, so Walter Scheller und Dr. Rolf Hoberg, kürzere Eintreffzeiten. Derzeit wird in annähernd der Hälfte der Landkrei-

se eine Funkabdeckung von nicht mehr als 70 Prozent erreicht. Durch die neue Technik kann dieser Prozentsatz landesweit auf über 95 Prozent angehoben werden. Ein weiterer Vorteil ist die erhöhte Sicherheit bei einem Rechnerausfall, da mehrere Rechner parallel laufen. Durch eine Vernetzung der Leitstellen untereinander kann diese Sicherheit zudem wesentlich erhöht werden.

Im Interesse aller Patienten sind die kürzeren Eintreffzeiten bei einem Notfall. So sind zeitgleich mehr Disponenten in einer Leitstelle anwesend als in der jetzigen Struktur. Dadurch wird die Vermittlung der Einsätze auch bei stärkerem Einsatzaufkommen gewährleistet. Jede Leitstelle im Land kann alle Einsätze disponieren. Auf Grund der großräumigeren Zuständigkeit bedeutet dies, dass jeder Disponent jeweils auf das nächste freie Fahrzeug einen Zugriff hat. Das spart Zeit, da Nachfragen bei der Nachbarleitstelle entfallen. Außerdem kann der Disponent durch ein geographisches System visuell alle Fahrzeugstandorte und Fahrzeugzustände erkennen. So zum Beispiel, ob ein Patient transportiert wird oder sich das Fahrzeug auf einer Rückfahrt oder im Einsatz befindet. Die Folge: Geringere Wartezeiten im Krankentransport, da der Disponent alle Fahrzeuge in Baden-Württemberg in seine Disposition einbeziehen kann.

Der VdAK/AEV und die AOK in Baden-Württemberg wiesen außerdem auf den Vorteil der Vielsprachigkeit hin. So kann mit einer zunehmenden Anzahl von Disponenten auf sprachliche Anforderungen der Anrufer im zusammenwachsenden Europa reagiert werden. Bei einer Ein- oder Zwei-Mann-Besetzung ist diese deutlich eingeschränkter als bei einer 12-Personenbesetzung.

Die Ersatzkassenverbände und AOK unterstreichen, dass Qualität, Versorgungssicherheit und Ökonomie gerade keine unvereinbaren Gegensätze darstellen. Heute erfordert eine Leitstelle Investitionskosten von rund 2 Mio. Euro. Davon entfallen auf Feuerwehr und Rettungsdienst nach den Empfehlungen des Innenministeriums und des Ministeriums für Arbeit und Soziales jeweils 50 Prozent. Auf Grundlage des Gutachtens kostet die optimierte bereichsübergreifende integrierte Leitstelle rund 2,5 bis 4 Mio. Euro – und das nur achtmal im Land.



Die Kassen und ihre Verbände in Baden-Württemberg setzen bei den Regionen-Leitstellen auf hochmoderne Technik. Unser Bild zeigt Dr. Rolf Hoberg/AOK Baden-Württemberg und Walter Scheller/VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg. Rechts Gutachter Bernd Appel; Frank Winkler (links) von der VdAK/AEV-Landesvertretung führte durch die Pressekonferenz.

Durch eine wirtschaftliche Auslastung der Disponenten können frei werdende Kapazitäten dazu genutzt werden, auftretende Personallücken im Fahrdienst zu schließen, welche durch den Abbau der Zivildienstleistenden entstanden sind. Krankenkassen und Verbände im Land sind überzeugt, dass mit der Reorganisation in Regionen-Leitstellen eine

höhere Qualität in der Notfallversorgung erreicht wird. Die Umsetzung soll bis Ende 2010 abgeschlossen sein. Schließlich dürfen – so Walter Scheller und Dr. Rolf Hoberg – keine Steuermittel oder Sozialversicherungsbeiträge von Versicherten und Arbeitgebern verschwendet werden.

DMP-Stützpunkt Süd arbeitet erfolgreich

Zum 1. April 2006 wurde in der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg der DMP-Stützpunkt Süd etabliert. Dieser verfolgt gemeinsam mit den Landesvertretungen Bayern und Baden-Württemberg die Implementierung beziehungsweise die Weiterentwicklung der strukturierten Behandlungsprogramme in dem jeweiligen Bundesland. Durch die damit verbundene personelle Verstärkung für die beiden Regionen ist es nunmehr möglich, die stetig wachsenden Aufgaben im Rahmen der Disease Management Programme in der gebotenen Qualität zu bewältigen und das Ersatzkassenprofil in diesem Bereich weiter zu schärfen. Verstärkt wurden die Ersatzkassen in diesem Bereich durch die beiden Betriebswirtinnen Nadine Böhmert und Anita Guth. Eine fachliche Spezialisierung erfolgte durch eine Bündelung der Vertragsaufgaben bei Nadine Böhmert und der Aufgaben des Datenmanagements bei Anita Guth. In Baden-Württemberg sind bisher die Disease Management Programme für die Indikationen Diabetes mellitus Typ 2, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit eingeführt.

Die Betrachtung der Entwicklung der Qualitätsziele für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 im medizinischen sowie im Bereich der Kooperation stand im Mittelpunkt des ersten Qualitätsberichtes der Gemeinsamen Einrichtung in Baden-Württemberg. Zum einen zeigt dieser, ob die gesteckten Ziele realitätsnah sind oder ob sie nachjustiert werden müssen. Zum anderen wird die Entwicklung der realen Versorgung durch die Betrachtung der Zielerreichung im Zeitablauf sichtbar. Die Beteiligten bekommen so die Möglichkeit, durch zielgerichtete Maßnahmen auf die Akteure einzuwirken. Der Grundgedanke der DMP, ein selbst-lernendes-System zur Verbesserung der Versorgung zu bilden kann konkretisiert und umgesetzt werden. Der Qualitätsbericht zeigt eine erfreuliche Tendenz in der Versorgung der Versicherten. Als Grundlage dienten zwei Feedbackberichte aus den beiden Halbjahren des Jahres 2005.

Erfreulicherweise ist eine positive Entwicklung im medizinischen Bereich nahezu durchgängig gelun-

gen. Die Vermeidung von schweren Hypoglykämien ist auf niedrigem Niveau konstant geblieben. Stationäre Aufenthalte konnten reduziert werden, immer weniger Patienten waren als hypertone einzustufen. Immer mehr Patienten wurden von diabetes-typischen Symptomen befreit und Folgeerkrankungen vermieden. Die gewünschte Verbesserung in der Arzneimitteltherapie wurde erreicht. Die Anzahl der Funduskopien stieg. Des Weiteren wurden bei immer mehr Patienten der vereinbarte HbA1c-Wert erreicht. Es zeigte sich eine Reduktion der Patientenzahl, die von einem zu hohen Blutdruck hin zu einem normalen Blutdruck gebracht werden konnten. Im kooperativen Bereich ist eine ähnlich gute Entwicklung zu verzeichnen. Bei auffälligem Fußstatus erfolgten mehr Überweisungen an spezialisierte Einrichtungen, es wurden jedoch weniger Fußinspektionen durchgeführt. Ausgehend von einem Niveau von 96,7 % ist dieser Rückgang allerdings zu relativieren. Auf Seiten der Versicherten ist erfreulicherweise eine höhere Teilnahmequote an empfohlenen Schulungen erreicht worden, welche hinsichtlich Diabetes-Schulungen 0,8 %-Punkte und bei Hypertonie-Schulungen 1,5 %-Punkte betrug.

Obwohl die Disease Management Programme durchaus im Mittelpunkt zahlreicher versorgungspolitischer wie auch medizinischer Diskussionen standen, ist die Einführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 in Baden-Württemberg geglückt. Die beschriebenen Ergebnisse weisen auf eine grundsätzliche Akzeptanz der neuen Versorgungsform hin.

Mit der Implementierung des strukturierten Behandlungsprogramms für Diabetes mellitus Typ 1 wurde am 1. Juli 2006 begonnen. Darüber hinaus haben die Ersatzkassen die Einführung des DMP Asthma und COPD für den Beginn des Jahres 2007 fest im Visier. Dieses Engagement entspricht den Bemühungen der Ersatzkassen, die bereits im Rahmen der Integrierten Versorgung seit dem Jahr 2002 in diesem Feld aktiv sind.

Ersatzkassen fördern Selbsthilfekontaktstellen im Land mit über 130.000 Euro

Ob in Baden die Regionen um Freiburg, Villingen, Konstanz, Offenburg, Karlsruhe, Mannheim und Heidelberg oder in Württemberg die Regionen Stuttgart, Tübingen, Ulm und Schwenningen: Die Ersatzkassen und ihre Verbände unterstützen und fördern seit Jahren in den genannten Regionen die Aktivitäten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfekontaktstellen. In der Region Tuttlingen soll eine weitere Selbsthilfekontaktstelle dauerhaft finanziert werden. Hierzu hat der Landrat die VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg mit anderen Kostenträgern für Ende Oktober eingeladen. Am 9. Oktober trafen sich die Selbsthilfekontaktstellen mit der VdAK/AEV-Landesvertretung Baden-Württemberg zu einem Gespräch im Gesundheitsamt Stuttgart, um sowohl über die zukünftige Finanzierung als auch über die Außendarstellung im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu diskutieren. Die zehn vertretenen Verantwortlichen der Selbsthilfekontaktstellen erhielten eine gedruckte Ausgabe „Leitfaden Selbsthilfe“ (s. Abb.), der die gemeinsamen und einheitlichen Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe nach § 20 Abs. 4 SGB V enthält. Die Teilnehmer waren sich einig, dass sich die seit Oktober 2003 standardisierten Antragsformulare bewährt hätten; der Leitfaden soll die Anträge mit den dazugehörigen Projekten weiter strukturieren helfen und wichtige Hinweise bieten.

Selbsthilfegruppen sind für Patientinnen und Patienten von großer Bedeutung. „Die ehrenamtliche Tätigkeit der Gruppen und die hauptamtliche Tätigkeit der Selbsthilfekontaktstellen sind unverzichtbar zur Bewältigung und zur Heilung von

Krankheiten“, so der Sprecher der Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg, Frank Winkler.

„Für viele Patienten ist die Arbeit in einer Selbsthilfegruppe wie ein „Airbag“ gegen Krankheit, deshalb hat der Landesausschuss der Ersatzkassen der finanziellen Förderung auch uneingeschränkt zugestimmt. Wir kommen unserer gesetzlichen Verpflichtung in Baden-Württemberg nach. In diesem Jahr erhalten zehn Selbsthilfekontaktstellen in ganz Baden-Württemberg 131.170,05 Euro. Dies entspricht einer Steigerung um 18 Prozent zum Vorjahr (2005: 107.780,60 Euro). Dieses ist gut angelegtes Geld“, so Winkler weiter. „Wir wollen, dass die Selbsthilfekontaktstellen so schnell wie möglich eine finanzielle Förderung erhalten, die es ihnen ermöglicht, ihre Arbeit am Menschen optimal zu gestalten. Damit kann nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden, sondern auch Folgekosten vermieden werden. Es ist weiterhin notwendig, dass das Land und die Kommunen die Arbeit der Selbsthilfeförderung im selben Maße umfassend finanziell mitunterstützen. Es kann nicht allein Aufgabe der Krankenversicherung sein, diese wichtige Arbeit zu unterstützen.“

Die Selbsthilfekontaktstellen leisten einen äußerst wichtigen Beitrag der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Ohne die Selbsthilfe wäre die Situation vieler chronisch Kranker deutlich schwieriger. Die Initiative von Betroffenen und ihrer Angehörigen ist zu einer nicht mehr wegzudenkenden Ergänzung unseres Versorgungssystems geworden. Mit der Erhöhung ihrer Beiträge für die Selbsthilfekontaktstellen unterstreichen die Ersatzkassen ihre Verantwortung für die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Selbsthilfe.

LEITFADEN SELBSTHILFE

Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V vom 10. März 2000 in der Fassung vom 11. Mai 2006

Federführend für die Veröffentlichung: VdAK/AEV, Siegburg

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Baden-Württemberg des VdAK/AEV

Christophstraße 7 (Eberhard Passage) · 70178 Stuttgart

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

E-Mail: Frank.Winkler@vdak-aev.de

Verantwortlich: Walter Scheller · Redaktion: Frank Winkler

Fotos: Silke Im Wolde, Ministerium für Arbeit und Soziales, Frank Winkler, Thomas Kränzle