

baden-württemberg

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

ersatzkassen

Okt. 2004

Das Interview Biggi Bender und die Bürgerversicherung

Stuttgart. Während SPD und CDU ihren Richtungsstreit zur Frage der Zukunftssicherung der gesetzlichen Krankenversicherung in aller Öffentlichkeit austragen, hat der Bundesvorstand von Bündnis 90/Die Grünen am 7. September 2004 in aller Ruhe einen Leitantrag zur „grünen Bürgerversicherung“ vorgestellt. Anlässlich der am 2./3. Oktober 2004 stattfindenden 23. ordentlichen Bundesdelegiertenkonferenz in Kiel soll der Antrag zur Beschlussfassung vorgelegt und verabschiedet werden.

Die Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg nahmen dies zum Anlass, die gesundheitspolitische Sprecherin, Biggi Bender, am 15. September in der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg zum vorliegenden Grundkonzept einer grünen Bürgerversicherung zu befragen.

? **Frau Bender, wesentliches Merkmal der grünen Bürgerversicherung ist es, alle Bürgerinnen und Bürger in diese neue Form der Krankenversicherung einzubeziehen, also auch Beamte und Selbständige. Was sind für Sie die ausschlaggebenden Argumente, die eine solche ordnungspolitische Kurskorrektur rechtfertigen?**

••• Dafür gibt es vor allem zwei Argumente: Es gibt keinen guten Grund dafür, dass ausgerechnet die wirtschaftlich leistungsfähigsten und im Durch-

schnitt auch gesündesten Bevölkerungsgruppen nicht am Solidarausgleich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung beteiligt sind. Zudem wird durch die heutigen Parallelstrukturen von gesetzlicher und privater Krankenversicherung sowie Beamten-Beihilfe der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherern stark eingeschränkt. Durch eine Bürgerversicherung würde endlich eine einheitliche Wettbewerbsordnung entstehen, innerhalb derer alle Krankenversicherer – gesetzliche und private – miteinander um alle Bürgerinnen und Bürger konkurrieren. Das würde der Qualität und Wirtschaftlichkeit unseres Gesundheitswesens zugute kommen.

? Wie hat man sich das neue Verhältnis von gesetzlicher und privater Krankenversicherung diesbezüglich vorzustellen?

... Private Krankenversicherer sollen die Bürgerversicherung genauso anbieten können, wie die öffentlich-rechtlichen Krankenkassen auch. Allerdings zu den Bedingungen der Bürgerversicherung. Das heißt: Niemand wird abgelehnt, keine Risikoprüfungen, einkommensabhängige Beiträge und Teilnahme am Risikostrukturausgleich.

? Eine der schwierigsten Fragen dieses Reformvorhabens dürfte die Finanzierung der Einnahmenseite betreffen, d.h. welche Einkunftsarten und welche Beitragsbemessungsgrenzen umfasst dieses neue Krankenversicherungskonstrukt?

... Zur Finanzierung der Bürgerversicherung wollen wir alle Einkommensarten heranziehen, also auch Miet-, Zins- und Kapitalerträge. Damit würde endlich die Ungerechtigkeit beendet, dass die Beitragsbelastung eines Versicherten nicht von der tatsächlichen Höhe seines Einkommens, sondern von der Zusammensetzung seiner Einkommensquellen abhängig ist. Über die Höhe der Beitragsbemessungsgrenze diskutieren wir noch in der grünen Partei. Einige wollen sie auf das in der Rentenversicherung geltende Niveau von 5.150 Euro heraufsetzen. Andere – zu denen auch ich zähle – sprechen sich für die Beibehaltung der geltenden Beitragsbemessungsgrenze aus. Wir wollen vermeiden, dass die Menschen, die heute freiwillig der gesetzlichen Krankenversicherung angehören, durch eine Bürgerversicherung zusätzlich belastet werden.

? Die Teilhabe am medizinisch-technischen Fortschritt ist ein wichtiger Aspekt, den Sie mit Einführung der Bürgerversicherung gewährleisten wollen. Wer entscheidet nach Ihren Vorstellungen darüber, was medizinisch notwendig ist

und welche Leistungen künftig über Zusatzversicherungen in Anspruch genommen werden können?

... Grundsätzlich soll in der Bürgerversicherung derselbe Leistungskatalog gelten, wie heute – nach der Gesundheitsreform – in der gesetzlichen Krankenversicherung auch. Die Konkretisierung und Fortschreibung des Leistungskatalogs wird auch weiterhin im Gemeinsamen Bundesausschuss durch Krankenkassen und Ärzteschaft unter Beteiligung der Patientenverbände erfolgen.

? Die bisherige Regelung der Familienversicherung wird durch den aktuellen Reformvorschlag von Bündnis 90/Die Grünen einer Neuregelung unterzogen. Wie sehen Ihre Zielvorstellungen hierzu konkret aus?

... Wir wollen, dass Kinder auch weiterhin beitragsfrei bei ihren Eltern mitversichert sind und wir wollen auch, dass nicht-erwerbstätige Ehegatten, die Kinder erziehen oder Angehörige pflegen, keine Beiträge zahlen müssen. Für ungerechtfertigt halten wir aber die beitragsfreie Mitversicherung von nicht-erwerbstätigen Ehegatten, die weder Kinder erziehen noch Pflegeleistungen erbringen. Hier schlagen wir ein Ehegattensplitting vor. Das heißt: Das beitragspflichtige Einkommen des erwerbstätigen Ehepartners wird rechnerisch auf beide Ehepartner verteilt. Danach werden beide Einkommenshälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht unterworfen. In der Folge würden Einverdiener-Ehen, deren Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze liegt, einen größeren Teil ihres Einkommens der Beitragspflicht unterwerfen müssen als bisher. Damit würde endlich die Ungerechtigkeit beendet, dass gering verdienende Krankenversicherte mit ihren Beiträgen besser verdienende Einverdiener-Ehen subventionieren.



Biggi Bender, gesundheitspolitische Sprecherin von Bündnis 90/Die Grünen im Gespräch mit dem Vorsitzenden des VdAK/AEV Landesausschusses Baden-Württemberg, Christoph Höglmeier (li.) und dem Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg, Roger Jaeckel in der VdAK/AEV Landesvertretung in Stuttgart.



? Mit Einführung der so vorgestellten grünen Bürgerversicherung soll der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung auf 12,5% verringert werden können. Worauf stützt sich diese positive Annahme bzw. welche Rechenformel liegt diesem prognostizierten Ergebnis zu Grunde?

Wir haben zu Beginn des Jahres bei einem renommierten Forschungsinstitut ein Gutachten über die Auswirkungen einer Bürgerversicherung machen lassen. Die Forscher haben errechnet, dass durch die Einbeziehung aller Bürgerinnen und Bürger der durchschnittliche Krankenversicherungsbeitrag um 0,6 Prozentpunkte und durch die Ausweitung der Beitragspflicht auf alle Einkommensarten um weitere 0,8 Prozentpunkte abgesenkt werden könnte. Weitere 0,2 Prozentpunkte an Spielraum für Absenkungen würde durch die Einführung des Ehegattensplittings entstehen. Zusammen sind das 1,6 Prozentpunkte. Wenn wir davon ausgehen, dass zum Jahresende der durchschnittliche Beitragssatz in der Krankenversicherung voraussichtlich bei 14,1 Prozent liegen wird, würden wir durch die Einführung einer Bürgerversicherung auf 12,5 Prozent kommen.

? Welche Realisierungschancen sehen Sie im Konzept der unterschiedlichen Reformvorschläge der anderen Parteien, Ihr Konzept der grünen Bürgerversicherung erfolgreich durchzusetzen?

Ich bin da ganz optimistisch. Der internationale Trend geht hin zu Einwohnerversicherungen. In Europa gibt es außer in Deutschland nur noch in den Niederlanden eine Zweiteilung in ein gesetzliches und ein privates Krankenversicherungssystem. Und das nicht mehr lange – unsere Nachbarn werden zum 1.1.2006 beide Systeme in einer allgemeinen Krankenversicherung zusammenführen. Für eine Bürgerversicherung sprechen

eben nicht nur die höhere Beitragsgerechtigkeit und die nachhaltigere Finanzierung, sondern auch Gesichtspunkte der Qualität und Wirtschaftlichkeit.

? Wann glauben Sie ist der Zeitpunkt gekommen, um über die Einführung der Bürgerversicherung eine konkrete Weichenstellung vornehmen zu können bzw. ab wann werden wir mit der Einführung der Bürgerversicherung zu rechnen haben?

Die Reform der Finanzierungsseite der Krankenversicherung wird in der nächsten Legislaturperiode auf der Tagesordnung stehen. Bis dahin gilt es die Debatte um die Eckpunkte einer solchen Reform zu führen und für sie zu werben. Solche großen Reformen brauchen die Unterstützung über parlamentarische Mehrheiten hinaus.

Frau Bender, wir danken Ihnen recht herzlich für das ausführliche Gespräch.

Eckpunkte der grünen Bürgerversicherung

Mit der Bürgerversicherung soll die solidarische Krankenversicherung erhalten und eine nachhaltige Möglichkeit geschaffen werden, die Lohnnebenkosten zu senken.

In dem vorgelegten Leitantrag werden zum Beispiel die Grundlinien skizziert, mit denen die strukturellen Defizite in der Gesetzlichen Krankenversicherung beseitigt werden sollen. Eine solidarische Wettbewerbsordnung werde zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen führen. Ziel sei es, mehr Möglichkeiten zu Direktverträgen zwischen Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern, mehr Wettbewerb für die pharmazeutische Industrie und mehr Transparenz über das jeweilige Versorgungsangebot zu schaffen.

Zudem soll die Bürgerversicherung alle Bevölkerungskreise in die Bürgerversicherung einbeziehen, um mehr Gerechtigkeit bei der solidarischen Finanzierung zu gewährleisten. Mit einem Ehegatten-Splitting soll künftig Ungleichbehandlung von Einkommen verhindert werden. Außerdem sollen in die Beitragsbemessung für die Bürgerversicherung auch Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung sowie aus Zinsen und Kapital einbezogen werden.

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: Dr. Friedrich Gagsteiner, Kerstin Stachel, Frank Winkler

Positionspapier der Ersatzkassen der Krankenhausversorgung

Ausgangssituation:

Die Umstellung des Vergütungssystems im Krankenhausbereich einerseits und die vertragswettbewerblichen Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen der Gesundheitsreform (GMG) andererseits führen in der Konsequenz zu einer nachhaltigen Veränderung der etablierten Versorgungsstrukturen im Krankenhausbereich.

Mit dem vorliegenden Positionspapier wollen die Ersatzkassenverbände in Baden-Württemberg zum einen den notwendigen Diskussionsprozess zur Anpassung der Krankenhausstrukturen in Gang setzen und zum anderen eine frühzeitige Weichenstellung vornehmen, auch künftig für eine bedarfsgerechte Krankenhausversorgung im Land Sorge zu tragen.

Es gilt, den Krankenhausbereich unter Beachtung der Grundsätze „Bedarfsgerechtigkeit“, „Wirtschaftlichkeit“ und „Leistungsfähigkeit“ gezielt auf die kommenden wettbewerblichen Rahmenbedingungen vorzubereiten, ohne den Anspruch auf eine flächendeckende Versorgung außer Acht zu lassen.

1. Grundsatzpositionen

► Flächendeckende Krankenhausversorgung durch wettbewerbliche Strukturen ermöglichen

- Auch in Zukunft ist in einem Flächenstaat wie Baden-Württemberg eine ausreichende und flächendeckende Krankenhausversorgung zu gewährleisten.
- Krankenhäuser verändern sich in hohem Tempo von hoheitlichen Versorgungsbetrieben zu modernen Dienstleistungsunternehmen. Die Einführung des neuen Fallpauschalenentgeltsystems (DRG) verschärft den Wettbewerb unter den Krankenhäusern in Baden-Württemberg.
- Rund 50 % der baden-württembergischen Krankenhäuser bzw. 72 % der Krankenhausbetten befinden sich derzeit in öffentlicher Trägerschaft. Zahlreiche öffentliche und freigemeinnützige Träger haben sich frühzeitig auf den Wettbewerb mit privaten Klinikketten eingerichtet und können darin erfolgreich bestehen.
- Unter Beachtung des Grundsatzes der Trägerpluralität ist eine Stärkung der Managementstrukturen bsp. durch Umwandlung von bisherigen kommunalen Regie- und Eigenbetrieben in wirtschaftlichere Betriebsformen sinnvoll und geboten.
- Die rasante medizinische Entwicklung sowie der steigende ökonomische Druck zwingen die Krankenhäuser zur Vorhaltung betriebswirtschaftlich effizienter Strukturen. Unter dem Aspekt eines notwendigen Bettenabbaus sind insbesondere die kommunalen Krankenhausträger gefordert, landkreisübergreifende Versorgungskonzepte zu entwickeln und umzusetzen. Für egoistisches Scheuklappendenken innerhalb der eigenen Kommune bzw. des eigenen Landkreises gibt es künftig weder Anlass noch Bedarf, politische Interessen müssen sich letztlich an betriebswirtschaftlichen Erfordernissen messen lassen.
- Insgesamt erwarten sich die Ersatzkassenverbände von einer modernen Krankenhausstruktur in Baden-Württemberg eine Abkehr vom Planungsansatz hin zu selbststeuernden wettbewerblichen Strukturen. Dies ist nicht nur aus versorgungspolitischen Gründen wünschenswert, sondern auch verfassungsrechtlich geboten. Die Ersatzkassenverbände regen daher an, die Landeskrankenhausplanung bisheriger Prägung – zunächst in einzelnen Modellen – durch die gemeinsame Ausschreibung von Versorgungsaufträgen in Baden-Württemberg durch das Sozialministerium und die Krankenkassen zu ersetzen.

2. Investitionsförderung

► Künftige Investitionsförderung stärker leistungsbezogen ausrichten

- Die bisherige Investitionsförderung hat den Leistungsbezug nur rudimentär berücksichtigt. Vor dem Hintergrund der neuen Versorgungsformen (z.B. Integrierte Versorgung, DMP, Ambulantes Operieren) halten wir es für unabdingbar, dass das Land – insbesondere unter Aufrechterhaltung des Prinzips der dualen Krankenhausfinanzierung – diesen Strukturwandel stärker als bisher aktiv fördert.
- Die indirekt noch vorhandene Orientierung an den Bettenzahlen der Krankenhäuser ist nicht mehr zeitgemäß und muss durch einen konsequenten Leistungsbezug ersetzt werden, wobei auch vermehrt Anreize für alternative Behandlungsformen zu schaffen sind.
- So wurde bei der letzten Anpassung der Pauschalförderverordnung zwar ein neues – bettenunabhängiges – Bemessungssystem eingeführt, aber im Wesentlichen wird die Pauschalförderung nach wie vor durch die sog. Grundpauschale bestimmt, welche auf 90 % der bisherigen bettenbezogenen Pauschalförderung basiert. Die bettenunabhängigen Faktoren sind deshalb nach wie vor nicht ausreichend berücksichtigt.
- Angesichts der prognostizierten Bettenreduzierung in den kommenden Jahren sollte es gerade im staatlichen Interesse sein, das bisherige Fördervolumen für Krankenhausinvestitionen mindestens aufrecht zu erhalten, getreu dem Grundsatz „nicht wer mehr Betten vorhält, sollte künftig stärker belohnt werden, sondern wer in zukunftsträchtige Versorgungsformen (amb. Öffnung, Integrierte Versorgung) investiert!“. Erforderliche krankenhauplanerische Anpassungsprozesse könnten somit einer landesweiten Steuerungskompetenz zugeführt werden, die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser könnte anhand bettenunspezifischer Leistungskriterien somit eine neue Zuordnung erfahren.

Verbände zur Weiterentwicklung in Baden-Württemberg

3. Krankenhausvergütung

► Konsequente Umstellung auf das neue Entgeltsystem und weitere Flexibilisierung

- Das in einem ständigen Veränderungsprozess befindliche DRG-System ist weiter zu verfeinern, um zu einer sachgerechten Abbildung des Krankheitsgeschehens und der dafür erforderlichen Vergütung zu gelangen. Für landesspezifische Versorgungsstrukturen (z.B. Brückenpflege) sind rechtzeitig entsprechende Vergütungsalternativen ausserhalb der Krankenhausvergütung zu entwickeln.
- Die konsequente Einführung und Wirkung des neuen DRG-Systems hat zeitnah zu erfolgen. Forderungen nach einer mehrjährigen Ausdehnung der bisher auf drei Jahre festgelegten Konvergenzphase finden daher keine Zustimmung, die Wettbewerbsfähigkeit der Krankenhäuser steht und fällt mit der Beachtung des Leistungsprinzips.
- Zur Stärkung des Wettbewerbsgedankens ist eine weitere Flexibilisierung des Vergütungssystems erforderlich. Die Vereinbarung eines Krankenhausbudgets nach dem Grundsatz „gemeinsam und einheitlich“ blockiert vertragswettbewerblich sinnvolle Entwicklungen und ist deshalb durch kassen(arten)spezifische Vergütungsformen zu ergänzen. Ein Blick auf die vertragsärztliche und -zahnärztliche Vergütungsstruktur belegt die Wirkung dieses Grundgedankens. Der politische Auftrag, integrierte und damit auch sektorübergreifende Versorgungsformen aufzubauen, könnte damit eine nicht zu unterschätzende Wirkungskraft erfahren.

4. Neue Versorgungsformen

► Konsequente Nutzung der neuen Versorgungsformen

- Die spätestens mit dem GMG zur Verfügung gestellten Versorgungsalternativen (Integrierte Versorgung, Ambulantes Operieren im Krankenhaus, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung etc.) sind flächendeckend zu nutzen und umzusetzen.
- Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen ist dabei der niedergelassene Sektor stärker als bisher einzubeziehen. Die Anbindung der niedergelassenen Ärzteschaft (z.B. durch die Einrichtung von niedergelassenen Praxen in Krankenhäusern) stellt bis heute eine Einzelfallerscheinung dar. Dieser Prozeß ist noch weiter zu befördern und zu intensivieren. Insbesondere im ländlichen Raum können bei relativ geringer Facharztichte solche Kooperationsmodelle einen wesentlichen Beitrag zur Standortsicherung leisten. Mehr Leistungsqualität bei geringerer Bettendichte lautet hierzu die Devise.

5. Qualität und Transparenz

► Optimierung der Versorgungsabläufe durch gezielten Aufbau und Nutzung komplementärer Versorgungsangebote

- Insbesondere ältere und multimorbide Patienten bedürfen aufgrund der eingeleiteten Verweildauerverkürzung einer ergänzenden Versorgung, die durch die Nutzung komplementärer Versorgungsstrukturen erreicht werden kann (z.B. Aufbau von Kurzzeitpflegestationen in Krankenhäusern). Sowohl durch die stärkere Öffnung der Krankenhäuser als auch durch eine intensivere Kooperation mit dem niedergelassenen Bereich ist es möglich, sektorübergreifende Versorgungsprozesse ohne Qualitätsverluste zu gestalten.

► Aktive Teilnahme und Darstellung der Qualitätssicherungsergebnisse im Rahmen der zu erstellenden Qualitätsberichte (ab 2005)

- Durch die Abgabe sog. Qualitätsberichte wird der Öffentlichkeit eine bisher noch nie dagewesene Form der Leistungstransparenz der Krankenhäuser zugänglich gemacht. Zur Umsetzung dieser gesetzlichen Bestimmungen soll landesweit eine gemeinsame Informationsplattform aufgebaut werden, um vergleichbare Aussagen zu bestimmten Qualitätsparametern treffen zu können. Qualitätsberichte in Krankenhäusern werden ein Informationsinstrument sein, das über Stand und Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen vergleichende Aussagen ermöglichen soll. Der Weg in Richtung mehr Qualitätswettbewerb im Krankenhauswesen hat somit eine entscheidende Weichenstellung erfahren.
- Im Rahmen des jährlich ausgelobten Qualitätsförderpreises des Landes besteht darüber hinaus auch die Möglichkeit, eigene Qualitätssicherungsprojekte darzustellen und auf entsprechende Qualitätsverbesserungen aufmerksam zu machen. Der Wettbewerbsgedanke im Gesundheitswesen kann bei sinnvoller Steuerung Qualitätsverbesserungspotenziale zu Tage fördern und der Bevölkerung nutzenstiftend zur Verfügung stellen.

Region Südwürttemberg bei der integrierten Versorgung Vorreiter

Ulm. In Baden-Württemberg wurde im Juli 2004 der erste flächendeckende Vertrag „Integrierte Versorgung bei chronischen Atemwegserkrankungen“ zwischen den Ersatzkassen und dem Gesundheitsnetz Südwürttemberg (GNSW) unterzeichnet.



Dr. Michael Barczok

Dr. Michael Barczok, Facharzt für Lungen- und Bronchialkrankheiten/ Medizinischer Projektleiter

Mit diesem Schritt setzen die Ersatzkassen in Baden-Württemberg den vom Gesetzgeber an die Hand gegebenen Handlungs- und Gestaltungsspielraum im Rahmen des Vertragswettbewerbs in die Praxis um.

Worum geht es: 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 für die Region Südwürttemberg 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.

„Die mit dem Mannheimer Projekt Atemwegserkrankungen gemachten mehr als zweijährigen Erfahrungen haben gezeigt, dass bei Atemwegserkrankungen die medizinische Versorgung durch abgestimmte

Vernetzung zwischen Hausärzten bzw. Kinderärzten und Lungenfachärzten nachweislich verbessert werden kann. Und dies bei gleichzeitiger Reduzierung der Behandlungskosten. So etwas kann nur mit aktiven, gut funktionierenden Ärztenetzen umgesetzt werden“, so der baden-württembergische Ersatzkassenverbandschef Roger Jaeckel bei der Pressekonferenz in Ulm. „Mit dem Gesundheitsnetz Südwürttemberg steht uns ein kompetenter Vertragspartner zur Seite, der auf Grund seiner Mitgliederstruktur sowie seines Organisationsgrads, die Ersatzkassen effektiv und nachhaltig beim flächendeckenden Aufbau der integrierten Versorgung im Land unterstützt“, so Jaeckel abschließend.



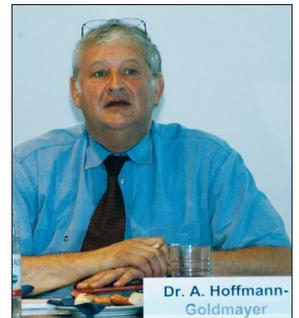
Dr. Martin Wagner

Dr. Martin Wagner, Vorstandssprecher des GNSW



Roger Jaeckel

Roger Jaeckel, VdAK/ AEV Landesvertretung Baden-Württemberg



Dr. A. Hoffmann-Goldmayer

Dr. Achim Hoffmann-Goldmayer, Vorstandssprecher des GNSW



Bei der Pressekonferenz in Ulm stellten sich die Experten der integrierten Versorgung unter der bewährten Leitung von Frank Winkler von der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg hinsichtlich der praktischen Umsetzung des flächendeckenden Vertrags „Integrierte Versorgung bei chronischen Atemwegserkrankungen“ den Fragen der Medien .

Ersatzkassen fordern: „Neuordnung der Pflegeversicherung nicht mit zusätzlicher Bürokratie überfrachten!“

- **Administrativer Aufwand für den Einzug des Beitrags für Kinderlose ist nicht zu rechtfertigen**
- **Beweislast für Kindererziehende ist inakzeptabel**
- **Steuerliche Entlastung von Eltern mit Kindern als „Bonusmodell“ ist sinnvoller**

Stuttgart. Von 2005 an sollen kinderlose Mitglieder der Pflegeversicherung 0,25 Prozentpunkte mehr Pflegebeitrag zahlen. „Ich warne hier vor einem auf uns zukommenden riesigen administrativen Aufwand beim Einzug des Beitrages für Kinderlose. Wir sollten hier nicht den gleichen Fehler begehen, den die Politik beinahe beim Zahnersatz begangen hätte“, so der baden-württembergische Ersatzkassenverbandschef Roger Jaeckel. „Die geplante Beitragserhöhung für Kinderlose führt in der Konsequenz zu einer weiteren unnötigen Bürokratie bei Kindererziehenden.“

Eltern werden nur dann von dem geplanten Beitragszuschlag befreit, wenn sie ihre Kinder gegenüber dem Arbeitgeber bzw. der Pflegekasse nachweisen. Damit wird denjenigen, die entlastet werden sollen, die Beweislast auferlegt. Die jeweiligen beitragsab-

führenden Stellen und auch die Pflegekassen als Empfänger dieser Beiträge müssen dann für jedes einzelne Mitglied der Pflegeversicherung eine gesonderte Überprüfung durchführen, was den Verwaltungsaufwand immens erhöht.

„Sinnvoller“, so Jaeckel, „ist eine steuerliche Entlastung von Eltern mit Kindern. Für eine steuerliche Entlastung spricht, dass der Familienlastenausgleich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe darstellt. Zudem wären dann auch privat Versicherte mit in die Finanzierungsverantwortung einbezogen. Die Ersatzkassenverbände fordern daher die Politik auf, den derzeit vorliegenden Finanzierungsvorschlag noch einmal grundsätzlich zu überdenken“, so Jaeckel abschließend.

Hintergrund ist ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 2001 zur beitragsmäßigen Entlastung von Personen mit Kindern gegenüber Kinderlosen in der Pflegeversicherung. Das Urteil soll mit dem Kinder-Berücksichtigungsgesetz umgesetzt werden, das im Bundestag verabschiedet werden soll.

Ersatzkassen in Baden-Württemberg unterstützen Förderpreis Gesundheit 2004/2005 Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen

Warum ein Förderpreis Gesundheit?

Mit der Ausschreibung des Förderpreises zur Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen in Baden-Württemberg sollen

- nachahmenswerte Projekte beispielsweise zu den Themen Ernährung, Bewegung, Sport, Freizeitgestaltung, Kompetenzförderung oder zur Gestaltung von Lebensräumen prämiert, bekannt gemacht und verbreitet werden
- die Themen Ernährung und Bewegung mehr ins öffentliche Bewusstsein gerückt werden
- die vielfältigen Projekte erfasst und in einer elektronischen Datenbank veröffentlicht werden
- der Austausch über „gute Praxisbeispiele“ und eine Fachtagung zur Vernetzung der Teilnehmer/innen initiiert werden

Welche Projekte, Programme und Maßnahmen können eingereicht werden?

Gesucht werden bereits durchgeführte oder laufende längerfristige Projekte, Programme und Maßnahmen zur Veränderung des Ernährungs- und/oder Bewegungsverhaltens bei Kindern, Jugendlichen und deren Familien beispielsweise mit folgenden Strategien:

- Verbesserung des Nahrungsangebotes, z. B. in der Gemeinschaftsverpflegung
- Förderung der Bewegungsmöglichkeiten im Alltag
- Entwicklung und Förderung von Lebens- und Gesundheitskompetenzen
- Berücksichtigung der Lebenswelten wie z. B. Kindergärten, Schulen, Vereine, Kommunen
- Verstärkte Zusammenarbeit und Vernetzung z. B. in den Bereichen Ernährung, Sport, Pädagogik und Beratung
- Fortbildung und Schulung von Multiplikatoren

Wer kann sich bewerben?

- Einzelpersonen, Zusammenschlüsse und Netzwerke sowie Einrichtungen und Unternehmen in Baden-Württemberg, die Initiativen zur Prävention von Übergewicht für Kinder und Jugendliche und/oder deren Umfeld anbieten. Beteili-

gen können sich z.B. Kindertageseinrichtungen, Schulen, Ernährungsfachkräfte, Sportvereine, Krankenkassen, Ärzte und Apotheker, Wohlfahrtsverbände, Ausbildungsstätten, Unternehmen, Stadt-/Landkreise und Kommunen.

- Am Förderpreis teilnehmende Träger von Projekten, Programmen und Maßnahmen müssen bereit sein, ihre Vorgehensweise und Ergebnisse transparent zu machen und auch anderen Interessierten zur Verfügung zu stellen.
- Die Projekte sind anhand eines Fragebogens, der beim Projektbüro angefordert oder im Internet heruntergeladen werden kann, zu beschreiben. Es geht dabei u. a. um Ziele und Methoden, Kooperationspartner und Vernetzung, Erfolgsfaktoren und Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Die bereitgestellten Informationen bilden den Grundstock einer elektronischen Datenbank, die der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wird.

Einsendeschluss ist der 30. November 2004

Der Förderpreis Gesundheit ist mit insgesamt 10.000 € dotiert und wird von den Ersatzkassen in Baden-Württemberg finanziell unterstützt.

- Die Verleihung an die Preisträger erfolgt im Juni 2005 im Rahmen einer Fachtagung.
- Die zuerkannte Preissumme ist projektbezogen zu verwenden.

Weitere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie beim Projektbüro Förderpreis Gesundheit

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg

Ref. 32- Gesundheitsförderung

Katrin Eitel

Wiederholdstr. 15 · 70174 Stuttgart

Tel. 0711/1849-412 · Fax 0711/1849-325

E-Mail: eitel@lga.bwl.de

und stehen im Internet zum Download bereit:

www.gesundheitsforum-bw.de,

Stichwort: „Präventionspreis Übergewicht 2004/05“

Patientenrechte stärken

Stuttgart. Der Informations- und Fachkongress im Haus der Wirtschaft wurde im Juni als gemeinsame Veranstaltung von Landesgewerbeamt Baden-Württemberg, Verbraucherzentrale Baden-Württemberg und der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg durchgeführt. Expertinnen und Experten informierten über Patientenrechte und -pflichten. „Sie werden feststellen, dass Baden-Württemberg hier kein Entwicklungsland ist, sondern dass im Ländle schon einiges passiert, aber auch im Werden begriffen ist. Selbstverständlich ist alles entwicklungs-fähig und deshalb wollen wir auch selbstkritisch analysieren und diskutieren“, so der Vorsitzende des VdAK/AEV-Landesausschusses Baden-Württemberg, Christoph Höglmeier.

Das Thema lautete „Patientin und Patient im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung – neue Ansätze zur Stärkung der Souveränität von Kranken“. Für Roger Jaeckel, Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg gehört es zum Selbstverständnis der Ersatzkassen, gegenüber den Ersatzkassenversicherten eine Schutzfunktion wahrnehmen. Mitunter fehlt es jedoch an der Transparenz für die Versicherten, so dass die Veranstaltung als Auf-

taktveranstaltung zu verstehen war, in deren Mittelpunkt Patienten- und Versicherteninteressen stehen. Grundsätzlich wohnt dem – durch die neue Gesundheitsreform bedingten – „neuen“ Wettbewerb im Gesundheitswesen eine gewisse Intransparenz inne. Warum? Es sind alternative, erweiterte und auch neue Versorgungsformen entstanden, die für Versicherte und Patienten – und manchmal nicht nur von diesen – oftmals nur sehr schwer zu durchdringen sind. Hierzu gehören zum Beispiel die Integrierte Versorgung, die Disease-Management-Programme oder die Hausarztzentrierte Versorgung, aber auch die Bonus-Programme der Kassen oder die Praxisgebühr.

Versorgungsformen sind immer nur so gut, wie sie von den Versicherten verstanden und angenommen werden. Um einen Einblick in die aktuelle Sachlage zu gewinnen, diskutierten ausgesuchte Vertreter von Ärzteschaft, Fachpresse, Politik, Krankenhauswesen und Selbsthilfeorganisationen den Bedarf an Patientinformationen und -rechten. Gesundheitsversorgung verpflichtet: Die Ersatzkassenverbände sehen sich nach Abschluss dieser Veranstaltung darin bestärkt, weitere Aktionen zu planen.



Schilderten im Haus der Wirtschaft in Stuttgart ihre persönliche Sichtweise in Sachen „Patientenrechte, Patientenautonomie und Patientensouveränität“: Dr. Gisela Dahl/ Präventionsbeauftragte der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Wolfgang van den Bergh/Ressortleiter Gesundheitspolitik der Ärzte-Zeitung, Moderator Roger Jaeckel/Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg, Ute Kumpf/MdB, Klaus-Peter Murawski/Gesundheitsbürgermeister der Stadt Stuttgart, Birgit Wohland-Braun/Geschäftsstellenleiterin des Krebsverbandes Baden-Württemberg (von li. nach re.). Die Einführung in die Thematik und Vorstellung der Diskussionsteilnehmer hatte Frank Winkler von der VdAK/AEV Landesvertretung Baden-Württemberg übernommen.

Termine

27. Oktober 2004

Verleihung des Qualitätsförderpreises Gesundheit Baden-Württemberg 2004, Haus der Wirtschaft, Stuttgart

13. November 2004

Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte in Baden-Württemberg, 23. ATO-Tagung, Freiburg

30. November 2004

Letzte Projektantragabemöglichkeit Förderpreis Gesundheit 2004/2005 „Prävention von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen“