

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE RÜCKSCHAU auf die gesundheitspolitische Veranstaltung | FAKTENPAPIER Krankenhäuser im Land
PFLEGEKAMPAGNE | FÜR EINEN LEISTUNGSSTARKEN RETTUNGSDIENST | MIT DER POLITIK im Gespräch

BADEN-WÜRTTEMBERG

VERBAND DER ERSATZKASSEN . SEPTEMBER 2013

AUS DEM VDEK

Stabile Ersatzkassen im Wettbewerb

GRAFIK: vdek



Die Ersatzkassengemeinschaft wächst weiter. Im Juni 2013 waren in Baden-Württemberg über 2,8 Millionen Menschen versichert. Bundesweit sind es jetzt mehr als 26 Millionen Menschen. Damit wird die starke Position der Ersatzkassen am Markt deutlich.

Für Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg, sind vor allem Flexibilität und Versichertenähe für die gute Marktposition entscheidend. Mit entscheidend sind aber auch die modernen und innovativen Gesundheitsleistungen sowie die regionale Vernetzung. Mit jetzt 37,2 Prozent aller 69,9 Millionen Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) baut die Ersatzkassengemeinschaft ihre Marktführerschaft beständig weiter aus. Dahinter folgen die AOK mit einem Marktanteil von 34,8 Prozent und die BKK mit 16,6 Prozent Marktanteil.

GESUNDHEITSPOLITISCHE VERANSTALTUNG VOR DER BUNDESTAGSWAHL

„Wir wollen noch mehr gestalten!“

Zentrale Forderungen der Krankenkassen sind: Die Selbstverwaltung stärken – die Beitragssatzautonomie – die Qualität ausbauen. Arzneimittel und Behandlungsmethoden müssen daraufhin überprüft werden, ob sie dem Patienten tatsächlich etwas bringen.

Knapp 90 Prozent der Bevölkerung sind bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert. Ausdruck des hier geltenden Solidarprinzips ist, dass die Leistungen unabhängig von der Höhe der gezahlten Beiträge erbracht werden. Die wiederum werden – mit einigen Ausnahmen – paritätisch von den Arbeitnehmern und Arbeitgebern aufgebracht, wobei sich durch die Gesundheitsreformen die „Parität“ immer weiter zu Ungunsten der Arbeitnehmer verschoben hat.

Ein nachhaltiges, zukunftsfähiges und generationengerechtes Gesundheitswesen steht für die Krankenkassen auf drei Säulen:

1. dem Selbstverwaltungsprinzip,
2. der Beitragssatzautonomie und
3. der Finanzierung durch Arbeitnehmer und Arbeitgeber

Die Krankenkassen in Baden-Württemberg wollen die vollständige Beitragssatzautonomie für die Krankenkassen. Dies wurde auf der gut besuchten gesundheitspolitischen Veranstaltung am 10. Juli „Gesundheitspolitik vor der Bundestagswahl: Qualitätswettbewerb im

Gesundheitswesen – Ziele und Wege“ im GENO-Haus in Stuttgart deutlich.

Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen

„Von einer Vielzahl von Arzneimitteln und Behandlungsmethoden weiß die Gesellschaft heute nicht, was sie dem Patienten wirklich bringt, und bei Medizinprodukten gibt es nicht einmal ein richtiges Zulassungsverfahren. Es wird Geld für Dinge ausgegeben, die im Zweifel nichts nutzen. Gegebenenfalls sind sie sogar schädlich“, so Walter Scheller. Erinnert wurde an den Skandal um die Brustimplantate der Firma PIP im vorletzten Jahr, aber auch an die mangelhaften Hüftgelenke oder die selbstexpandierenden Wingspan-Stents, die anstelle einer besseren Gehirndurchblutung zu einer 2,5-fach erhöhten Schlaganfallrate geführt haben. „Es geht hierbei nicht in erster Linie um die Kosten, sondern um die Patienten und ihr Recht auf Sicherheit und Schutz. Der medizinische Fortschritt ist stets daraufhin zu überprüfen, ob er eine echte Neuerung darstellt oder nicht.“



KOMMENTAR

Vor der Wahl



von
WALTER SCHELLER
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Baden-Württemberg

Die Bundestagswahl am 22. September naht und wichtige Themen erforderten und fordern nach wie vor unseren Einsatz. Der vdek hat sein gesundheitspolitisches Programm verabschiedet. Wir haben das Jahr 2013 als Ersatzkassengemeinschaft genutzt und unsere gesundheitspolitischen Ziele und Anregungen gegenüber der Politik nachvollziehbar und sachlich begründet artikuliert. Exemplarisch seien das Gesetz zur Förderung der Prävention und hierbei insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung im Land, die Krankenhausfinanzierung, die unterschiedliche Aufsichtspraxis bei Selektivverträgen bei Bund und Land sowie der ärztlicher Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst in Baden-Württemberg genannt.

Alle Politikerinnen und Politiker auf Bundes- und Landesebene haben die Gespräche mit uns, dem Verband der Ersatzkassen und seinen Vorständen auf Landesebene, gerne wahrgenommen. Auch die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium nahm sich für uns in Stuttgart Zeit. An dieser Stelle sei allen Beteiligten gedankt, die dazu beigetragen haben, die gesundheitliche Versorgung im Land mit zu organisieren bzw. die Herausforderungen anzunehmen und zu lösen. In den vergangenen vier Jahren jedenfalls konnte einiges auf den Weg gebracht werden. Nun liegt es an den Wählerinnen und Wählern ihr Votum abzugeben.



Die gesetzliche Krankenversicherung braucht Innovationen, die einen echten therapeutischen Nutzen für den Patienten darstellen. Und dies im Hinblick auf Verbesserungen, wie eine deutliche Verlängerung der Lebenszeit und der Lebensqualität. Stehen dann noch die Mehrkosten in einem adäquaten Verhältnis zum therapeutischen Effekt, dann kann dies auch als echter Fortschritt für die Solidargemeinschaft angesehen werden. Einen solchen Fortschritt kann die Krankenversicherung auch guten Gewissens finanzieren. Die gesetzliche Krankenversicherung kann sich für Ihre Versicherten gute Qualität erlauben. Es stecken genügend Ressourcen im Gesundheitswesen; mehr als 190 Milliarden Euro allein in diesem Jahr.

Bedarfsplanung

Für Baden-Württemberg lässt sich feststellen: Es gibt zwar einige wenige offene Arztstühle; von einem Ärztenotstand sind

»Wir verfestigen unwirtschaftliche Strukturen, wenn wir Geld mit der Gießkanne ausgeben.«

wir im Land aber weit entfernt. Im Sinne der allgegenwärtigen Vernetzung und des Sektoren übergreifenden Handelns kommt auch den Kommunen eine wichtige Verantwortung zu. Es sind die Rahmenbedingungen, die mitentscheiden, ob sich ein Arzt an einem Ort niederlassen möchte. Diese müssen attraktiv gestaltet werden. Da ist Fantasie gefordert. Aussichtsreich ist, sich bei der Anwerbung auf die Absolventen zu konzentrieren, die einen Bezug zur Region haben, sei es durch ihre Herkunft oder das Studium.

Es geht aber nicht nur allein um die Ärzte. Die nicht-ärztlichen Berufsgruppen sind genauso wichtig. Ergotherapeuten und Physiotherapeuten, Logopäden, Pflegekräfte. Gerade in der Pflege wird die Demografie besonders spürbar werden.



PROF. DR. DR. H.C. PETER OBERENDER von der Universität Bayreuth hielt das Impulsreferat; hier im Gespräch mit Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen.

Einen Arbeitskräftemangel kann sich unsere Gesellschaft nicht leisten.

Mit der solidarischen Krankenversicherung existiert ein solides und tragfähiges Fundament. Genauso wichtig aber ist, das Aufeinander zu bewegen, ohne Scheuklappen, und mit Blick auf das Gesamtergebnis müssen alle Beteiligten die gesundheitliche Versorgung gestalten.

Krankenhäuser im Fokus

Das Thema Qualitätswettbewerb im Gesundheitswesen ist komplex und vielschichtig zugleich: Mehr Geld für die Krankenhäuser – löst das die Probleme?

2013 und 2014 erhalten die Krankenhäuser eine Finanzspritze von 1,1 Milliarden Euro. Aus Sicht der Krankenhäuser reicht das nicht. Die Krankenkassen hingegen wollen Strukturen verändern und mehr Qualität. Nur ein Krankenhaus, das gute Qualität erbringt, sollte Anspruch auf volle Vergütung haben.

Die Krankenhausstrukturen sind historisch gewachsen, die Zuständigkeit für die Planung der Krankenhäuser liegt bei den Ländern. Die Krankenkassen wollen gestalten, entscheiden aber nicht mit.

Hinzu kommt: Die Krankenhausfinanzierung steht auf zwei Säulen. Die Betriebskosten bzw. die Versorgung der Versicherten werden von den Krankenkassen bezahlt, die Länder sind für die Investitionen, also baulichen Maßnahmen zuständig. Allerdings ziehen sich immer mehr Länder aus der Verantwortung zurück. In Baden-Württemberg liegt der Investitionsstau bei

1,2 Milliarden Euro. Auch deshalb fordern die Krankenhäuser immer mehr Geld von den Krankenkassen. Für 2013 und 2014 bekommen die Krankenhäuser nun nach dem Gießkannenprinzip die bereits erwähnte Finanzspritze in Höhe von 1,1 Milliarden Euro. Wer soll das finanzieren – wie immer die gesetzlichen Krankenkassen. Aber wird dieses Geld die Probleme wirklich lösen? Hier sind berechtigte Zweifel angebracht. Denn indem undifferenziert Geld über alle Krankenhäuser gegossen wird, werden auch die unwirtschaftlichen Strukturen verfestigt und gleichzeitig auch für schlechte Qualität bezahlt. Die kürzlich veröffentlichte OECD-Studie über die Mängelentwicklung in Deutschlands Krankenhäusern zeigt, das Geld muss dorthin verteilt werden, wo wirklich gute Behandlungsqualität erbracht wird. Anspruch auf volle Vergütung sollte deshalb nur das Krankenhaus erhalten, das wirklich gute Qualität erbringt. Die Versorgungsstrukturen müssen stärker nach dem Bedarf ausgerichtet werden, d. h. Über- und Unterversorgung abbauen, aber auch den ambulanten und stationären Bereich besser verzahnen. All das setzt eine enge Zusammenarbeit zwischen Krankenhausplanern – den Ländern und den Financiers,

den Krankenkassen, voraus. Das Thema wird die Akteure des Gesundheitswesens in der kommenden Wahlperiode beschäftigen. Die gesetzliche Krankenversicherung steht hier als Gesprächspartner bereit.

Lob für das AMNOG

Bei der Podiumsdiskussion deutete sich in punkto Hausarztverträge eine schwarz-grüne Übereinstimmung für eine Reform an: Die Pflicht für die Krankenkassen, eine hausarztzentrierte Versorgung anbieten zu müssen, sollte fallen, erklärten die Gesundheitspolitikerinnen Karin Maag (CDU) und Biggi Bender (Bündnis 90/Die Grünen). Karin Maag ließ erkennen, dass auch die umstrittene Wirtschaftlichkeitsklausel in Paragraph 73 b keinen Bestand haben müsste – genau das fordern auch die Grünen. Die CDU-Vertreterin machte deutlich, dass ihre Fraktion den Einheitsbeitrag für die Krankenkassen „nicht weiter verfolgen“ wolle. Dessen Abschaffung – und damit die Rückkehr zur Beitragssatzautonomie der Krankenkasse – ist ebenfalls Teil des grünen Programms. Die CDU-Politikerin konzidierte, dass es in der GKV vorrangig bisher einen

Preiswettbewerb zwischen den Krankenkassen gebe. Allerdings sei die Verhandlung von Erstattungspreisen im Arzneimittelgesetz AMNOG, deren Höhe vom Ausmaß des festgestellten Zusatznutzens abhängt, ein Beispiel für Qualitätswettbewerb, den die Koalition geschaffen habe, erklärte sie. Dagegen steht für Grüne und CDU fest, dass eine Krankenhausreform einen Schwerpunkt der nächsten Legislaturperiode bilden wird. Es gebe Partei übergreifend – mit Ausnahme der Linkspartei – Konsens darüber, dass es zu vielen Kliniken gebe, so Biggi Bender. Beide Politikerinnen stimmten darin überein, dass sie am Kollektivvertrag als Grundlage der Sicherstellung festhalten wollen. Die Grünen-Politikerin definierte Selektivverträge als Instrumente, die „Suchprozesse nach besseren Modellen“ erlaubten. „Wenn sie sich in der Evaluation als erfolgreich erweisen, kann man sie in die Fläche übertragen“, so die gesundheitspolitische Sprecherin ihrer Fraktion.

Deutlich wurde in der Debatte, dass das Prinzip des AMNOG, den Preis aus dem Zusatznutzen für den Patienten abzuleiten, „handlungsleitend sein wird für alle anderen Bereiche“, prognostizierte Biggi Bender. Karin Maag erklärte, der Gesetzgeber müsse gegensteuern, falls Pharma-Hersteller ihr Medikament wegen eines aus ihrer Sicht zu geringen Erstattungspreises vom Markt nehmen. Insgesamt gehe es aber nur um die Nachjustierung eines „guten Gesetzes“, so die Unionsabgeordnete: „Wir wären schlecht beraten, wenn wir einen Haken dran machen und es weglegen.“ Für die B 52- Verbändekooperation machte Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung, deutlich, dass die Reform des stationären Sektors auf der Agenda oben stehen sollte. „Wir verfestigen unwirtschaftliche Strukturen, wenn wir mit der Gießkanne Geld ausgeben“, sagte Walter Scheller in Anspielung auf das von der Koalition geschnürte Hilfspaket im Umfang von 1,1 Milliarden Euro. Die Kassen der Arbeitsgemeinschaft würden dazu in Kürze ein eigenes Papier mit Reformforderungen vorlegen. ■



UNSER FOTO ZEIGT VON LINKS NACH RECHTS: Pascal Kober, MdB/FDP, Karin Maag, MdB/CDU, Anton Hauptenthal/Knappschaft, Jacqueline Kühne/BKK Landesverband, Walter Scheller/vdek, Biggi Bender, MdB/Bündnis 90/Die Grünen, Monika Schulz/IKK classic.

Krankenhaus, quo vadis?!

Polemisieren im Krankenhauswesen hilft nicht weiter, Lösungen sind gefragt. Für den Verband der Ersatzkassen und andere Kassenarten sind strukturelle Änderungen in diversen Handlungsfeldern unausweichlich.

In Auszügen berichten wir über das gemeinsam erstellte Fakten- und Positionspapier der B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg. Die Krankenhäuser sind zentraler Bestandteil der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Sie leisten einen unverzichtbaren Beitrag zur medizinischen Versorgung der Menschen in Baden-Württemberg. Sie stellen darüber hinaus als Arbeitgeber und Unternehmen einen wichtigen Wirtschaftsfaktor dar. Die Sorgen der Menschen – vor allem im ländlichen Raum – dass „ihr Krankenhaus“ geschlossen werden könnte, haben es deshalb verdient, ernst genommen zu werden. Dennoch kommt die B 52-Verbändekooperation nicht umhin, die Argumente aller Beteiligten sachlich zu prüfen.

Obwohl die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) noch nie so viel Geld für Krankenhäuser bezahlt hat wie derzeit, weisen unterschiedliche Statistiken für ein Drittel bis die Hälfte der Krankenhäuser in Baden-Württemberg rote Zahlen aus. Politisch werfen sich Landes- und Bundesebene wechselseitig vor, ihren jeweiligen Finanzierungsverpflichtungen nicht angemessen nachzukommen.

Vor diesem Hintergrund hat die B 52-Verbändekooperation in Baden-Württemberg Zahlen, Daten und Fakten zur Krankenhausplanung, Krankenhausfinanzierung und Qualitätssicherung zusammengestellt. Die daraus resultierenden Schlussfolgerungen und Positionen sollen als Grundlage für den notwendigen Diskussionsprozess zur Anpassung der Krankenhausstrukturen im Land dienen. Damit die Krankenhäuser im Land auch zukünftig ihren wichtigen Aufgaben nachkommen

können, sind strukturelle Änderungen in diversen Handlungsfeldern unausweichlich.

Für die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg ergeben sich damit die folgenden zentralen Aussagen und Forderungen:

- Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg bekennt sich ausdrücklich zu einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen Versorgung mit Krankenhäusern, in deren Fokus das Wohl der Patienten stehen muss. Sie erkennt an, dass in Baden-Württemberg zur Erreichung dieses Ziels bereits große Anstrengungen unternommen wurden. Nichtsdestotrotz besteht nach wie vor eine Überversorgung mit stationären Versorgungsangeboten. Deshalb sind weitere strukturelle Maßnahmen unerlässlich.
- Durch die Vereinbarung auskömmlicher Landesbasisfallwerte kommt die gesetzliche Krankenversicherung in Baden-Württemberg ihrer Verpflichtung zur Betriebskostenfinanzierung vollumfänglich nach. Die Krankenhäuser im Land sind gehalten, diese Beitragsgelder tatsächlich für die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung der Patienten einzusetzen und nicht fehlende Investitionsmittel damit auszugleichen. Nur so wird gewährleistet, dass die stationäre Versorgung im Land weiterhin auf einem hohen Niveau erfolgt.
- Die Finanzierung der Krankenhäuser wird gegenwärtig zu 95 Prozent von den Krankenkassen und zu fünf Prozent vom Land getragen. Das Land muss den Investitionskostenanteil deutlich auf mindestens zehn Prozent erhöhen, damit die Krankenhäuser den notwendigen Strukturanpassungen nachkommen können.

• Ein geordneter Wettbewerb der Krankenhäuser um Patienten ist ein geeignetes Instrument, um eine bestmögliche Versorgung zu erreichen. Die pekuniären Anreize dürfen aber nicht überwiegen und zu Fehlentwicklungen wie zum Beispiel unnötigen oder verfrühten Operationen führen. Der Wettbewerb muss sich deshalb in gleichem Maß auf die Qualität erstrecken. Mehrleistungen sollen zwar auskömmlich finanziert werden, sie dürfen sich aber nicht zum wichtigsten Anreiz der Krankenhäuser im Wettbewerb entwickeln.

• Die Qualität der Krankenhausversorgung kann durch Konzentration und Kooperation sowie ein höheres Maß an Professionalisierung und Spezialisierung noch erheblich gesteigert werden. Nur Krankenhäuser mit einer nachgewiesenen guten Behandlungsqualität sollen Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben. Dementsprechend muss die Qualitätssicherung gestärkt und die Qualitätsmessung verbessert werden.

• Zur Überwindung der sektoralen Versorgungsgrenzen müssen die ambulante und die stationäre Versorgung besser miteinander verzahnt werden. Im Rahmen einer am Patientennutzen orientierten Bedarfsplanung muss der Definition sektorenübergreifender Behandlungspfade stärkeres Gewicht beigemessen werden. Entsprechend darf die Qualitätsmessung nicht mit dem Abschluss des Krankenhausaufenthaltes enden, sondern muss auch die weitere Genesung außerhalb des Krankenhauses umfassen.

Das Faktenpapier kann unter <http://www.vdek.com/LVen/BAW.html> kostenlos heruntergeladen werden. ■

PFLEGEKAMPAGNE

Ausbildungsoffensive Altenpflege

Der Verband der Ersatzkassen unterstützt und beteiligt sich an der Informations- und Werbekampagne „Vom Fach – für Menschen“ des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren.

Unter Moderation des Sozialministeriums wurde mit Akteuren der Pflege und den gesetzlichen Krankenkassen eine gemeinsame Lenkungsgruppe eingerichtet, welche den Bekanntheitsgrad der Kampagne, auch medial, noch weiter voranbringen soll.

„Wir machen gemeinsam auf konkrete Angebote für Pflege- und Sozialberufe aufmerksam, etwa Ausbildungsberufe, Weiterbildung in der Pflege oder Studiengänge. Die Informationen sind sehr konkret und verschaffen einen sehr guten und nachvollziehbaren Einblick in die Pflegeberufe sowie die sozialen und hauswirtschaftlichen Berufe“, so Frank Winkler vom Verband der Ersatzkassen. Beschäftigte in Pflegeberufen, sozial- und hauswirtschaftliche Berufe leisten für unsere Gesellschaft einen wichtigen Beitrag. Sie sorgen für die Pflege und Betreuung von Menschen. Dabei bringen Sie in hohem Maße Verantwortung und soziale Kompetenz, aber vor allem eine gute und fundierte Ausbildung mit. Die Beschäftigten dieser Berufe sind sehr gefragt und es ist bekannt, dass die Anzahl an Pflegebedürftigen und damit der Bedarf an Beschäftigten in den nächsten Jahrzehnten weiter zunimmt.

Ausbildung bis zum Studium

Auch für den Verband der Ersatzkassen und die Mitgliedskassen ist es keine Frage, dass hierfür in der Gesellschaft ein neues Bewusstsein erwachsen muss, welche hohe Bedeutung diese Berufe haben und welche vielfältigen Perspektiven sie

bieten. Mit der Kampagne „Vom Fach – für Menschen“ sollen Leistung und Kompetenz der Beschäftigten verdeutlicht sowie die beruflichen Möglichkeiten aufgezeigt werden. Die Informationsoffensive umfasst auch die beruflichen Perspektiven. Denn in Baden-Württemberg besteht die Möglichkeit, dass alle, die sich für eine Tätigkeit in der Pflege oder Betreuung interessieren, in einen dieser Berufe einsteigen können. Gemeinsam mit einem Netzwerk aus Partnern werden landesweit Maßnahmen umgesetzt, um die Bedeutung dieser Berufe darzustellen – ihre Bedeutung für die Gesellschaft genauso wie für den Einzelnen im Berufsleben.

www.vom-fach-fuer-menschen.de

Im Mittelpunkt der Kampagne steht die Website www.vom-fach-fuer-menschen.de. Über dieses Portal sind alle Informationen zur Kampagne sowie über die Berufe zu bekommen. Im Mittelpunkt der Internetseite stehen die Pflegeberufe sowie die sozialen und hauswirtschaftlichen Berufe mit ihren Perspektiven. Insbesondere die Rubrik „Soziale Karriere“ informiert hierüber anhand lebendiger Porträts. Ein Einblick in den Berufsalltag ist im Blog „Botschafter vom Fach“ möglich.

Im Servicebereich finden Berufsinteressierte genauso wie bereits Berufsausübende alle Informationen, die für eine Karriere in diesen Berufen wichtig sind. Außerdem erhält der Online-Kalender auf www.vom-fach-fuer-menschen.de Informationen zu Veranstaltungen und Aktionen zur Kampagne. ■

BUCHEMPFEHLUNG

Das Jahrhundert der Patienten – Gesundheit als Bildungsproblem

Eine effiziente Gesundheitsversorgung braucht nicht einfach mehr Geld, sondern gut funktionierende Ärzte und Patienten. Das Gesundheitssystem, das uns das 20. Jahrhundert hinterlassen hat, erfüllt beides nicht. Viele Ärzte verstehen Gesundheitsstatistiken nicht: sie sind irreführenden Marketing-Strategien ausgeliefert und können medizinische Fachartikel in ihrem eigenen Gebiet nicht kritisch beurteilen.

Wie kommt es zu diesem Mangel an Wissen? Die Autoren wagen den selbstkritischen Blick hinter die Kulissen: Sie zeigen, dass die ärztliche Ausbildung so gut wie alles lehrt – außer dem Verständnis wissenschaftlicher Evidenz. Gleichzeitig werden Forschungsschwerpunkte oft von den Interessen der Industrie statt von denen der Patienten bestimmt. Schließlich ist die Berichterstattung über Nutzen und Schaden neuer Behandlungen bereits in den medizinischen Fachzeitschriften verzerrt. Das Ergebnis sind fehl informierte Ärzte und unmündige Patienten.

Die Autoren zeigen konkrete Verbesserungsmöglichkeiten auf:

- Wie kann Forschungsfinanzierung patientenorientierter werden?
- Wie kann die medizinische Ausbildung verbessert werden?
- Wie können Journalisten Risiken transparent kommunizieren?



Gigerenzer, Gray (Hrsg.)
Mit einem Vorwort von G. Jonitz
Bessere Ärzte, bessere Patienten,
bessere Medizin
402 S., 39,95 €,
Medizinisch Wissenschaftliche
Verlagsgesellschaft Berlin, 2013

Für einen leistungsstarken Rettungsdienst

Der vdek setzt sich für die Bürgerinnen und Bürger ein, wenn es darum geht, eine höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Notfallversorgung zu erreichen. Dies kann mit zehn bis zwölf Regionen-Leitstellen organisiert werden.

In allen Bereichen des Lebens, selbstverständlich auch im Gesundheitswesen, schreiten Zukunft und Technik unaufhaltsam voran. „Vorstellbar wären zehn bis zwölf integrierte Leitstellen für die landesweite Organisation des Rettungsdienstes. Durch eine Bündelung und Verknüpfung von Leitstellen könnte das Personal effektiver eingesetzt werden und die neuen Leitstellen wären dann auch ökonomischer.“, so Walter Scheller, Leiter der vdek-Landesvertretung. Darüber hinaus führt eine Bündelung der Leitstellen zu erheblichen Vorteilen bei Notfallsituationen.

Qualitativ hoher Versorgungsanspruch

Zum aktuellen Stand und zu einigen Hintergründen: In Deutschland sind die Länder für den Rettungsdienst zuständig. Daher gibt es 16 unterschiedliche Rettungsdienstgesetze. Das Rettungsdienstgesetz in Baden-Württemberg macht die

sondern wurde damals vom Sozialministerium mit Veröffentlichung des Landesrettungsdienstplanes 2000 in Zusammenarbeit mit dem Landesausschuss Rettungsdienst festgelegt.

Notärztliche Hilfsfrist abschaffen

Diese sogenannte doppelte Hilfsfrist ließe sich ohne eine Gesetzesänderung verändern. Festgehalten werden muss auch, dass die Hilfsfrist nicht gleich Hilfsfrist ist. Dies hängt zum einen mit dem unterschiedlichen Beginn der Zeiterfassung zusammen. In Baden-Württemberg gilt die Zeiterfassung ab der Einsatzentscheidung, in Bayern zum Beispiel ab Fahrtbeginn. Außerdem gelten unterschiedliche Vorgaben des Höchstwerts zur Einhaltung der Landesnorm bei Notfällen. Wir praktizieren heute schon weitestgehend die 10 bis 15minütige Frist nach erfolgtem Anruf. Somit ist die die notärztliche Hilfsfrist nicht notwendig.

Ein Blick über die Grenze

Ein Blick in die Schweiz zeigt, dass normalerweise lediglich zwei Rettungssanitäter am Unfallort sind, der Notarzt kommt nur bei Bedarf hinzu. Ende März 2013 wurde vom Bundesrat das Rettungssanitätärgesetz verabschiedet. Die Ausbildungsdauer beträgt nun zwei statt drei Jahre, Befugnisse für Notfallsanitäter sind im Vergleich zu den bisherigen Rettungsassistenten erweitert. Auch sie dürfen jetzt zum Beispiel invasive Maßnahmen durchführen.

Mehr Qualität für den Rettungsdienst

Für den Verband der Ersatzkassen (vdek) ist in der Gesamtorganisation des Rettungsdienstes von besonderem Interesse, dass möglichst viele Ressourcen in eine leistungsstarke und qualitative Versorgung der Menschen und nicht in einen ineffektiven administrativen Apparat eingebracht werden. Durch mehr Personal in der Anrufnehmenden Leitstelle könnten die Einsätze auch bei stärkerem Einsatzaufkommen schneller vermittelt und dadurch die Eintreffzeiten verkürzt werden. Hinzu kommt, dass die Disponenten landesweiten Zugriff auf alle freien Kapazitäten hätten und so weitere Zeit für Anfahrtswege und Wartezeiten eingespart werden könnte. Durch die Vernetzung der Leitstellen untereinander wäre weiterhin ein geordneter Ablauf im unwahrscheinlichen Fall eines technischen Ausfalls einer Leitstelle besser als heute gesichert. Zudem ist eine erhöhte Sicherheit bei einem Rechnerausfall gegeben, da mehrere Rechner parallel laufen. Durch eine Vernetzung der Leitstellen untereinander kann diese Sicherheit zudem wesentlich erhöht werden.

„Wir müssen endlich in die Umsetzung kommen. Die Argumente sind hinreichend ausgetauscht worden. Die Regionen-Leitstellen für Rettungsdienst, Feuerwehr und den vertragsärztlichen Notdienst sind aus qualitativer und ökonomischer Betrachtungsweise einfach ein Muss. Hochqualifiziertes Personal kann über eine sinnvolle Vernetzung effektiver eingesetzt werden. Jetzt darf es keinen Stillstand mehr geben!“, fordert Walter Scheller. ■

»Stillstand im Rettungsdienst bedeutet Rückschritt.«

Vorgabe, dass in 95 Prozent der Fälle sowohl der Notarzt als auch der Rettungstransportwagen (RTW) zwischen 10 und 15 Minuten nach erfolgtem Anruf am Unfallort sein müssen. Hierunter ist die doppelte Hilfsfrist zu verstehen, die im Land einen hohen Versorgungsanspruch darstellt. Die doppelte Hilfsfrist steht allerdings nicht im Rettungsdienstgesetz,

VOR DER BUNDESTAGSWAHL

Die Ersatzkassengemeinschaft im Dialog mit der Politik

FOTO vdek



FOTO vdek



FOTO Daniel Caroppo



FOTO vdek



FOTO vdek



Im Vorfeld der Bundestagswahl am 22.09.2013 führte die vdek-Landesvertretung Baden-Württemberg eine Vielzahl gesundheitspolitischer Gespräche mit Bundespolitikern durch. Die Gespräche wurden im Vorfeld thematisch gemeinsam mit den Vorständen der Ersatzkassen auf Landesebene diskutiert und gemeinsam festgelegt: das Gesetz zur Förderung der Prävention und hierbei insbesondere die Prävention und Gesundheitsförderung im Land, die Krankenhausfinanzierung, die unterschiedliche Aufsichtspraxis bei Selektivverträgen bei Bund und Land sowie der ärztlicher Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst

in Baden-Württemberg. Dabei wurden auch die Themen Stärkung der Selbstverwaltung, Autonomie in der Finanzierung, die paritätische Finanzierung und die Forderung nach mehr Qualität in der Versorgung angesprochen.

Die Expertenrunden wurden mit den Mitgliedern, die im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages politische Verantwortung tragen und ihren Wahlkreis in Baden-Württemberg haben, durchgeführt. Von April bis Juli 2013 wurde ein gesundheitspolitischer Austausch mit Pascal Kober – MdB/FDP, Karin Maag – MdB/CDU und Hilde Mattheis – MdB/SPD und Biggi Bender – MdB/Bündnis 90/Die Grünen geführt. Außerdem fand in Stuttgart ein Gespräch mit der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Annette Widmann-Mauz, MdB/CDU, statt.

Darüber hinaus wurden ebenso im gleichen Zeitraum Gespräche auf Landesebene mit den gesundheitspolitischen Sprechern Stefan Teufel – MdL/CDU, Florian Wahl – MdL/SPD und Jochen Haussmann – MdL/FDP/DVP sowie mit der gesundheitspolitischen Sprecherin Bärbl Mielich MdL und Manfred Lucha MdL – Bündnis 90/Die Grünen geführt. Bärbl Mielich ist auch Vorsitzende des Sozialausschusses Baden-Württemberg. ■

BÜCHER

Gesundheitswesen 2020

Glauben Sie, dass Sie sich eine umfassende Gesundheitsversorgung im Jahr 2020 noch leisten können? Gesundheit ist unser höchstes Gut – es darf keine Zeit vergeudet werden, weil die gesellschaftlichen Herausforderungen drängen und zugleich unsere Ressourcen begrenzt sind.

Das Buch wendet sich an alle, die sich um die Zukunft unseres Gesundheitswesens Gedanken machen. Die Herausgeber fordern eine gesamtgesellschaftliche Kraftanstrengung. Die Zeit ist reif für einen Masterplan Gesundheitswesen 2020.



Dr. B. Klein und M. Weller (Hrsg.)
Masterplan Gesundheitswesen
2020
2012, 225 S., 39,- €,
Nomos Verlagsgesellschaft

Wer blockiert?!

Die Entstehung von Reformblockaden durch eine hohe Vetospielerzahl wird selten hinterfragt und in Deutschland vielfach zur Erklärung des inkrementellen Wandels herangezogen. Entgegen der langläufigen Meinung, lässt sich aber auch hier vielfach ein weitreichenderer Politikwandel in einzelnen Politikfeldern beobachten.

Die Studie evaluiert anhand der Analyse dreier deutscher Gesundheitsreformen die Erklärungskraft der Vetospielertheorie für die Politikstabilität in einzelnen Politikfeldern und Einzelreformen und damit deren Anwendbarkeit in der Politikfeldanalyse.



Dr. S. Pannowitsch, M.A.
Vetospieler in der deutschen
Gesundheitspolitik
2012, 326 S., 54,- €,
Nomos Verlagsgesellschaft

GESUNDHEITSPOLITIK

Wofür der vdek steht

Die Ersatzkassen haben sich auf gemeinsame gesundheitspolitische Positionen verständigt, mit denen sie sich in die gesundheitspolitische Debatte in der nächsten Legislaturperiode einbringen wollen. Darin sprechen sie sich für eine Stärkung der Selbstverwaltung, Autonomie in der Finanzierung und für mehr Qualität in der Versorgung aus.

Die Politik wird aufgefordert, die Finanzierung wieder in die Hände der Selbstverwaltung zu geben. Das jetzige Finanzierungssystem mit einem staatlich festgesetzten Beitragssatz, Zusatzbeiträgen und Prämien hat sich nicht bewährt. Die Krankenkassen benötigen wieder die Entscheidungsgewalt über die Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zusatzbeiträge und Prämien gehören abgeschafft, die Beitragssatzautonomie muss wieder eingeführt werden. Darüber hinaus muss die paritätische Finanzierung wieder hergestellt werden. Arbeitgeber und Versicherte sollten sich zu gleichen Teilen an der Finanzierung beteiligen. Des Weiteren fordern die Ersatzkassen unbedingte Verlässlichkeit bei den zugesagten Steuermitteln. Die Versorgungsqualität muss zudem einen höheren Stellenwert bekommen. Die Ersatzkassen erwarten daher mehr verlässliche und aussagekräftige Qualitätsbewertungen von Leistungen. Qualitätsanforderungen an den ambulanten und den stationären Sektor sind sinnvoller aufeinander abzustimmen. Zudem müssen die Versorgungsstrukturen an die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft angepasst werden. In strukturschwachen Regionen darf auch die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung kein Tabu sein.

REGIONALER KNOTEN

Sozial benachteiligt!

FOTO: LGA Baden-Württemberg



Die Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter ist für die Ersatzkassen ein wichtiges Thema. Im Rahmen des Regionalen Knotens, jetzt Koordinierungsstelle für gesundheitliche Chancengleichheit, arbeitet der vdek an der Zielsetzung „Gesundheitsförderung sozial Benachteiligter“. Praxisansätze werden koordiniert, Beispiele guter Praxis initiiert, begleitet und gefördert. Hierzu leisten die Ersatzkassen im Land ihren Beitrag und führten, gemeinsam mit dem Landesgesundheitsamt sowie weiteren Krankenkassen, im Mai unter Moderation des vdek einen Fachtag durch. Experten aus ganz Deutschland, u.a. aus St. Pauli, Hamburg und Kassel, gaben Einblicke in die Praxis. Über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer besuchten den Fachtag.

IMPRESSUM

Herausgeber

Landesvertretung Baden-Württemberg
des vdek

Christophstr. 7, 70178 Stuttgart

Telefon 07 11 / 2 39 54-19

Telefax 07 11 / 2 39 54-16

E-Mail frank.winkler@vdek.com

Redaktion Frank Winkler

Verantwortlich Walter Scheller

Druck Lausitzer Druckhaus GmbH

Gestaltung ressourcenmangel

Grafik schön und middelhaufe

ISSN-Nummer 2193-2220