



---

**Arbeitsgemeinschaft B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg**

---

**Positionen  
zur  
Landtagswahl Baden-Württemberg 2016**

**Inhaltsverzeichnis**

I. Kernaussagen .....	1
II. Erläuterungen.....	3
1. Vorbemerkung.....	3
2. Ambulante Versorgung .....	5
3. Stationäre Versorgung .....	7
4. Prävention .....	8
5. Pflege .....	9
6. Digitalisierung.....	11
7. Zukunftsplan Gesundheit .....	12
8. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen .....	13

## **I. Kernaussagen**

1. Wir wollen, dass die Menschen in Baden-Württemberg auch zukünftig unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer sozialen Herkunft eine hervorragende medizinische Versorgung zu bezahlbaren Preisen in Anspruch nehmen können.
2. Dabei sind der demografische Wandel, der medizinisch-technologische Fortschritt sowie strukturelle Unzulänglichkeiten innerhalb des Versorgungssystems nur einige der vor uns liegenden Herausforderungen, deren Bewältigung eine Daueraufgabe darstellt. Wir werden vor diesem Hintergrund auch weiterhin die Chance nutzen, aktiv an der Gestaltung tragfähiger und effizienter Versorgungsstrukturen mitzuwirken und die gesundheitspolitischen Weichen immer wieder neu zu stellen.
3. Zu unseren erklärten Zielen gehört, die Vielfalt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewahren. Deshalb wollen wir, dass der Wettbewerb unter fairen Rahmenbedingungen und die (gemeinsame) Selbstverwaltung als prägende Elemente eines paritätischen Interessenausgleichs wieder gestärkt werden, weil damit Patientenorientierung, Innovationsbereitschaft und Wirtschaftlichkeit einhergehen.
4. Baden-Württemberg verfügt über eine gute ambulante Versorgung – allerdings stellt uns der demografische Wandel mit wachsenden Patientenzahlen und einem veränderten Niederlassungsverhalten des ärztlichen Nachwuchses vor zunehmende Herausforderungen. Neben einer fachärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten sind in ländlichen Räumen vor allem im hausärztlichen Bereich erste Versorgungsengpässe zu verzeichnen. Hier bedarf es einer weiteren Öffnung für neue Arbeitsmodelle (zum Beispiel in medizinischen Versorgungszentren) sowie einer Überprüfung der Arbeitsteilung zwischen Arzt und medizinischem Fachpersonal (Stichwort: Delegation und Substitution). Die rettungsdienstliche Versorgung sollte durch den Aufbau zentraler Leitstellen gestrafft werden.
5. Die Qualität der Krankenhausversorgung im Land kann durch Konzentration und Kooperation sowie ein höheres Maß an Spezialisierung noch erheblich gesteigert werden. Nur Krankenhäuser mit einer nachgewiesenermaßen guten Behandlungsqualität sollen an der Versorgung teilnehmen dürfen und auch Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben.
6. Die baden-württembergischen Strukturen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind bundesweit einmalig. Hier engagieren sich die in der B 52-Verbändekooperation zusammengeschlossenen Krankenkassen schon seit langem. Wir erwarten, dass in Umsetzung des Präventionsgesetzes dem gesamtgesellschaftlichen Charakter des Themas Rechnung getragen wird und sich weitere Akteure aktiv einbringen.

7. In der pflegerischen Versorgung wird uns der demografische Wandel sowohl in struktureller als auch in personeller Hinsicht vor große Herausforderungen stellen. Hier bedarf es einer gemeinsamen Kraftanstrengung des Landes, der Kommunen, der Leistungserbringer sowie der Kranken- und Pflegekassen. Dabei geht es zum einen darum, in ausreichendem Umfang geeigneten Wohnraum und eine leistungsfähige Pflegeinfrastruktur zu schaffen. Zum anderen benötigen die Pflegebedürftigen und deren Angehörige bedarfsgerechte und gut erreichbare Beratungs- und Informationsangebote.
8. Das Potential der Telematik im Gesundheitswesen ist riesig. Von der Digitalisierung des Gesundheitswesens versprechen wir uns mehr Qualität, mehr Transparenz sowie ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren. Zudem eröffnet die Digitalisierung große Potentiale zur Stärkung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Obgleich Baden-Württemberg ein Hochtechnologie-land ist, steckt die Telematik im Gesundheitswesen noch immer in den Kinderschuhen. Gleichzeitig boomt der Markt der so genannten Gesundheits-Apps, die von privaten Unternehmen angeboten werden. Das zeigt, dass viele Versicherte digitalen Gesundheitsanwendungen mittlerweile offen gegenüber stehen. Auch in ihrem Interesse gilt es, endlich die technischen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte nutzbar zu machen. Dazu müssen auch die Leistungserbringer ihren Beitrag leisten.
9. Die B 52-Verbände Kooperation bekennt sich ausdrücklich zur Sinnhaftigkeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse. Mit ihnen geht allerdings eine Vielzahl von neuen Gremien und Arbeitsgruppen einher, die die Gefahr mit sich bringen, dass die beteiligten Akteure überfordert werden. Zudem droht die Grenze zu den gesetzlich normierten Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zu verschwimmen. Deshalb ist dringend darauf zu achten, dass die neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse nicht zum Selbstzweck werden, sondern stets einen klar definierten und abgegrenzten Arbeitsauftrag verfolgen, dessen Inhalt auch tatsächlich der Gestaltung zugänglich ist.
10. Die in der B 52-Verbände Kooperation vertretenen Krankenkassen sind bereit, aktiv daran mitzuwirken, dass die nach Baden-Württemberg kommenden Flüchtlinge unbürokratisch und angemessen medizinisch versorgt werden. Dazu ist – sollte die Landesregierung eine Beteiligung der Krankenkassen anstreben – eine Landesrahmenvereinbarung zu schließen, die insbesondere den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, den Umgang mit dem gesetzlich eingeschränkten Leistungsumfang und die vollständige Erstattung der Kassenaufwendungen regelt.

## **II. Erläuterungen**

### **1. Vorbemerkung**

Deutschland hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt und Baden-Württemberg belegt im bundesweiten Vergleich bei vielen gesundheitsbezogenen Parametern einen Spitzenplatz: Die Lebenserwartung ist am höchsten, die Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte am niedrigsten, es gibt vergleichsweise wenige pflegebedürftige Menschen und die Beschäftigten melden sich nur selten krank.

Hierzu trägt eine Vielzahl von Umständen bei. Als Bundesland mit einer sehr niedrigen Arbeitslosigkeit bietet Baden-Württemberg vielen Menschen die Möglichkeit, in gesicherten sozialen Verhältnissen sowie unter gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen aufzuwachsen und zu leben. Darüber hinaus verfügt die Spitzenmedizin in unserem Hochtechnologieland nicht nur mit Blick auf Forschung und Lehre über einen ganz besonderen Stellenwert. Schließlich unternehmen das Land, die Kommunen und die gesundheitspolitischen Akteure gemeinsam große Anstrengungen, um den Menschen vor Ort leistungsfähige medizinische Versorgungsstrukturen zur Verfügung zu stellen. Die B 52-Verbände Kooperation beschränkt sich dabei nicht auf die Erledigung der gesetzlich den Krankenkassen und ihren Landesverbänden zugewiesenen Kernaufgaben, sondern sie unterstützt das gemeinsame Ziel zum Beispiel auch durch den Förderpreis Gesunde Kommune, durch die Mitwirkung in zahllosen gesetzlichen und untergesetzlichen Gremien, durch die Mitarbeit am Zukunftsplan Gesundheit, durch den fortgesetzten Austausch mit den vielen gesundheitspolitischen Partnern und durch zahlreiche weitere Aktivitäten.

Diesen Weg gilt es fortzusetzen, um die guten Versorgungsstrukturen und die Gesundheit der Menschen im Land zu erhalten. Damit unsere Versicherten auch zukünftig unabhängig von ihrem Wohnort und ihrer sozialen Herkunft eine hervorragende medizinische Versorgung zu bezahlbaren Preisen in Anspruch nehmen können, bedarf es weiterer Anstrengungen. Der demografische Wandel, der medizinisch-technologische Fortschritt sowie strukturelle Unzulänglichkeiten innerhalb des Versorgungssystems sind nur einige der vor uns liegenden Herausforderungen, deren Bewältigung eine Daueraufgabe darstellt. Wir wollen vor diesem Hintergrund auch weiterhin die Chance nutzen, aktiv an der Gestaltung tragfähiger und effizienter Versorgungsstrukturen mitzuwirken und die gesundheitspolitischen Weichen immer wieder neu zu stellen. Und wir erwarten ein entsprechendes Engagement von den (gesundheits-) politisch Verantwortlichen des neu zu wählenden 16. Landtags von Baden-Württemberg.

Zu unseren erklärten Zielen gehört, die Vielfalt in der gesetzlichen Krankenversicherung zu bewahren. Als Heimat vieler mittelständischer Unternehmen wissen wir in Baden-Württemberg um den Wert pluraler und dezentraler Strukturen. Deshalb wollen wir, dass der Wettbewerb unter fairen Rahmenbedingungen und die (gemeinsame) Selbstverwaltung als prägende Elemente eines paritätischen Interessenausgleichs wieder gestärkt werden, weil damit Patientenorientierung, Innovationsbereitschaft und Wirtschaftlichkeit einhergehen.

In diesem Sinne haben wir im Folgenden zentrale Positionen zu wichtigen gesundheitspolitischen Handlungsfeldern zusammengetragen. Sie dürfen gleichsam als Selbstverpflichtung wie als Lastenheft für die künftige Landesregierung verstanden werden.

## 2. Ambulante Versorgung

**Baden-Württemberg verfügt über eine gute ambulante Versorgung – allerdings stellt uns der demografische Wandel mit wachsenden Patientenzahlen und einem veränderten Niederlassungsverhalten des ärztlichen Nachwuchses vor zunehmende Herausforderungen. Neben einer fachärztlichen Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten sind in ländlichen Räumen vor allem im hausärztlichen Bereich erste Versorgungsengpässe zu verzeichnen. Hier bedarf es einer Öffnung für neue Arbeitsmodelle (zum Beispiel in medizinischen Versorgungszentren) sowie einer Überprüfung der Arbeitsteilung zwischen Arzt und medizinischem Fachpersonal (Stichwort: Delegation und Substitution). Die rettungsdienstliche Versorgung sollte durch den Aufbau zentraler Leitstellen gestrafft werden.**

Erste Schritte in die richtige Richtung sind bereits getan: So gestattet die neue kleinteiligere Bedarfsplanung, den Bedarf vor Ort besser zu ermitteln. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, auf Länderebene von den Bedarfsplanungsvorgaben der Bundesebene abzuweichen. Ein entsprechendes Konzept wurde für den Ostalbkreis entwickelt und soll nun erprobt werden. Weitere Kreise können folgen.

Auf der Vergütungsseite ist zu konstatieren, dass seit 2015 die fachärztliche Grundversorgung, die zum Beispiel Augenärzte, Orthopäden, HNO-Ärzte, Chirurgen und Hautärzte durchführen, mit einer höheren Grundpauschale gefördert wird. Für Hausärzte gilt, dass sie seit 2015 auch in nicht unterversorgten Gebieten einen Praxisassistenten beschäftigen können, der sie bei der Behandlung ihrer Patienten unterstützt und zum Beispiel Hausbesuche übernimmt. Hausärzte haben dadurch mehr Zeit für ihre Patienten und Nachwuchsärzte werden so an den Beruf des Landarztes herangeführt. Die Anstellung von Praxisassistenten sollte deshalb fortgeführt und ausgebaut werden.

Ergänzend setzt das 10-Punkte-Aktionsprogramm Landärzte der Landesregierung sinnvolle Anreize zur Förderung der Niederlassung im ländlichen Raum.

Darüber hinaus hat die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes Anfang 2014 die Ärzte vor allem auf dem Land deutlich entlastet. Inzwischen gibt es im Land rund 120 Notdienstpraxen an Krankenhäusern, die sowohl von der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg als auch von den Krankenkassen als Erfolgsmodell betrachtet werden: Ärzte müssen nicht mehr als sieben Bereitschaftsdienste im Jahr absolvieren, die Notfallambulanzen der Krankenhäuser werden entlastet und Patienten haben eine klar definierte Anlaufstelle im Notfall, die in weniger als einer halben Stunde erreichbar ist.

Stärker genutzt werden könnte in Baden-Württemberg die Möglichkeit zum Betrieb von Medizinischen Versorgungszentren in der Trägerschaft der Kommune oder der Kassenärztlichen Vereinigung. Solche Modelle ermöglichen Ärzten, als Angestellte tätig zu sein, was einem weit verbreiteten Wunsch heutiger Medizinstudenten entgegenkommt. Bereits heute sind 2/3 aller Medizinabsolventen

Frauen, welche geeignete Arbeitszeitmodelle zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf immer stärker nachfragen. Die Medizinischen Versorgungszentren bieten diesbezüglich neue Möglichkeiten im Vergleich zur bisher gängigen Einzelpraxis eines niedergelassenen Arztes.

Darüber hinaus erscheint es sinnvoll, die Arbeitsteilung zwischen Arzt und medizinischem Fachpersonal zu überdenken. Seit mittlerweile mehr als zehn Jahren beschäftigen sich Politiker und Wissenschaftler nicht nur mit der Delegation, sondern auch mit der Substitution ärztlicher Leistungen. Dabei besteht allenthalben Einigkeit, dass viele Tätigkeiten nicht mehr zwangsläufig an einen Arzt gebunden sein müssen. Dennoch tritt die Diskussion auf der Stelle. AGnES (Arztentlastende, Gemeindenahe, E-Health-gestützte, Systemische Intervention), VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis), EVA (Entlastende Versorgungsassistentin) und MoPra (Mobile Praxisassistentin) gehören keineswegs zur Regelversorgung. Auch das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz der großen Koalition hat hier keine neuen Impulse gesetzt, obwohl noch große Potentiale bestehen, die zumindest erprobt werden sollten.

Zudem sehen wir im Ausbau der Telemedizin ein erhebliches Potential, um zu einer Stärkung der medizinischen Versorgung in ländlichen und potenziell unterversorgten Regionen beizutragen.<sup>1</sup>

Zu einer umfassenden, sektorenübergreifenden Versorgung gehört zwingend ein gut funktionierender Rettungsdienst. Für eine qualitativ hochwertige und effiziente Steuerung des Rettungsdienstes würden unseres Erachtens zehn bis zwölf zentrale Rettungsleitstellen im Land ausreichen.

---

<sup>1</sup> Siehe dazu auch Ziffer 6.



### **3. Stationäre Versorgung<sup>2</sup>**

**Die Qualität der Krankenhausversorgung im Land kann durch Konzentration und Kooperation sowie ein höheres Maß an Spezialisierung noch erheblich gesteigert werden. Nur Krankenhäuser mit einer nachgewiesenermaßen guten Behandlungsqualität sollen an der Versorgung teilnehmen dürfen und auch Anspruch auf eine vollständige Vergütung haben.**

Die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg begrüßt die mit dem Krankenhaus-Strukturgesetz normierten Regeln zur besseren Erfassung und zur Stärkung der Transparenz von Qualität in den Krankenhäusern als einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochwertigen stationären Versorgung, in deren Fokus das Wohl der Patienten steht. Die damit verbundenen Handlungs- und Gestaltungsmöglichkeiten einschließlich struktureller Maßnahmen zum Abbau von Über- und Fehlversorgung sollten konsequent genutzt werden.

Dazu zählt insbesondere die qualitätsorientierte Weiterentwicklung der Krankenhausplanung. Baden-Württemberg soll sich zu den vom Gemeinsamen Bundesausschuss zu entwickelnden Indikatoren für die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bekennen und sie tatsächlich zur Grundlage für seine Planungsentscheidungen machen.

Soweit dabei die Notwendigkeit entsteht, nicht versorgungsrelevante Kapazitäten abzubauen oder umzuwidmen, haben alle gesundheitspolitischen Akteure dafür Sorge zu tragen, dass die Bevölkerung den entsprechenden Konzentrationsprozess als das erlebt, was er ist: nicht eine quantitative Verschlechterung, sondern ein sinnvoller und notwendiger Schritt zur Verbesserung der Patientenversorgung und zu Stärkung der Wirtschaftlichkeit der Versorgungsstrukturen insgesamt.

Mit dem Krankenhaus-Strukturfonds stehen in den nächsten Jahren für Baden-Württemberg GKV-Beitragsmittel von fast 65 Mio. Euro zur Verfügung, um solche Konsolidierungsprozesse zu unterstützen. Wir appellieren an die politisch Verantwortlichen, diese Mittel durch die gesetzlich vorgeschriebene Kofinanzierung nutzbar zu machen.

Grundsätzlich zu begrüßen ist der Einstieg in eine qualitätsorientierte Vergütung. Dabei wird es entscheidend darauf ankommen, die Systematik der qualitätsbezogenen Zu- und Abschläge so auszugestalten, dass keine ökonomischen Anreize für die Erbringung unterdurchschnittlich guter Leistungen entstehen.

---

<sup>2</sup> Umfangreiche Fakten zur Krankenhausversorgung in Baden-Württemberg hat die B 52-Verbändekooperation in einem Positionspapier (Stand: September 2015) zusammengestellt.

#### **4. Prävention**

**Die baden-württembergischen Strukturen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention sind bundesweit einmalig. Hier engagieren sich die in der B 52-Verbändekooperation zusammengeschlossenen Krankenkassen schon seit langem. Wir erwarten, dass in Umsetzung des Präventionsgesetzes dem gesamtgesellschaftlichen Charakter des Themas Rechnung getragen wird und sich weitere Akteure aktiv einbringen.**

Gesundheitsförderung und Prävention sind gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die nicht allein in den Zuständigkeitsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Deshalb müssen sich an ihrer Organisation und Finanzierung auch die private Krankenversicherung (PKV), die öffentliche Hand und andere Sozialversicherungsträger beteiligen.

Dabei sollen bewährte Strukturen erhalten und weiterentwickelt werden. Mit den Kommunalen Gesundheitskonferenzen hat das Land Baden-Württemberg bereits eine Plattform geschaffen, die sich zukünftig auf die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention konzentrieren sollte. Die hierbei entwickelten Programme müssen qualitätsgesichert und zielgruppenorientiert durchgeführt werden. Maßnahmen zur Umsetzung des Präventionsgesetzes in Baden-Württemberg sollen sich deshalb am Gesundheitsleitbild und an den Gesundheitszielen des Landes orientieren.

Viele Kommunen im Land haben bereits in der Vergangenheit zielgruppen- und lebensweltorientierte Präventionsprogramme installiert und dabei ihre regionalen Gestaltungsspielräume genutzt. Mit dem Förderpreis Gesunde Kommune, den wir bereits seit 2013 verleihen, hat die B 52-Verbändekooperation ein Werkzeug zur Bewertung und Honorierung solcher kommunaler Präventionsprogramme geschaffen. Der Preis würdigt Städte und Gemeinden, die die Gesundheit ihrer Bewohner durch Projekte und Maßnahmen nachhaltig fördern und nachahmenswerte Strukturen für die Zusammenarbeit im Ort, auf Stadt- oder Kreisebene etablieren. Dies ist ein Aufgabenfeld, dem bei einer zurückgehenden und gleichzeitig alternden Wohnbevölkerung zukünftig noch größere Bedeutung in den Kommunen zukommen wird.

Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention fallen darüber hinaus in den Zuständigkeitsbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der deshalb sowohl quantitativ als auch qualitativ weiterzuentwickeln ist.

Die B 52-Verbändekooperation begrüßt ausdrücklich die vom Präventionsgesetz vorgesehene Stärkung der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit der Gründung des „Bündnisses für Arbeit und Gesundheit“ wurde in Baden-Württemberg ein sinnvoller Ansatz auf den Weg gebracht, alle insoweit zuständigen Institutionen zur gemeinsamen Übernahme ihrer Verantwortung zu animieren.

## 5. Pflege

**In der pflegerischen Versorgung wird uns der demografische Wandel sowohl in struktureller als auch in personeller Hinsicht vor große Herausforderungen stellen. Hier bedarf es einer gemeinsamen Kraftanstrengung des Landes, der Kommunen, der Leistungserbringer sowie der Kranken- und Pflegekassen. Dabei geht es zum einen darum, in ausreichendem Umfang geeigneten Wohnraum und eine leistungsfähige Pflegeinfrastruktur zu schaffen. Zum anderen benötigen die Pflegebedürftigen und deren Angehörige bedarfsgerechte und gut erreichbare Beratungs- und Informationsangebote.**

Baden-Württemberg wird im Jahr 2060 den Höchststand an Pflegebedürftigen erreichen. Dabei wird sich die Situation regional ganz unterschiedlich verändern. Diese regionale Unterschiedlichkeit macht es erforderlich, dass die Kommunen eine stärkere Rolle bei der Gestaltung pflegefreundlicher und -unterstützender Verhältnisse übernehmen. Dazu zählt neben dem Ausbau barrierefreier Wohn- und Lebensbedingungen zum Beispiel auch die Weiterentwicklung der Mobilitätsunterstützung auf dem Land. Dabei ist an der Verpflichtung des Landes festzuhalten, insgesamt für eine leistungsfähige, ausreichende und wirtschaftliche pflegerische Infrastruktur zu sorgen. Mögliche Forderungen nach einer Beteiligung der Pflegekassen an der Finanzierung der kommunalen Pflegeinfrastruktur lehnen wir ab.

Neben den stationären Angeboten in Pflegeheimen sollte der Ausbau von ambulant betreuten Wohngemeinschaften verstärkt und besser gefördert werden. Um die Zahl der Pflege-WGs deutlich zu erhöhen, müssen neue Kooperationsformen geschaffen werden, die familiäre und selbstorganisierte Pflege unterstützen, wie zum Beispiel Tageseinrichtungen im Quartier, quartiersnahe Wohnkonzepte oder häusliche Betreuung auch im Bereich der Nachbarschaftsbetreuung. Dabei werden Ehrenamtliche eine immer wichtigere Rolle spielen. Kommunen sollten deshalb Anreize schaffen, um das ehrenamtliche Engagement der Bürgerinnen und Bürger zu fördern. Hierzu könnte zum Beispiel die kostenfreie Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel angeboten werden.

Zudem ist ein umfassendes Beratungs- und Informationsangebot für Pflegebedürftige und deren Angehörige unerlässlich. Die Kranken- und Pflegekassen in Baden-Württemberg tragen diesem Umstand mit einem Ausbau der Pflegestützpunkte Rechnung. Zusätzlich zu den bestehenden 48 Stützpunkten werden 24 weitere Pflegestützpunkte eingerichtet und die Finanzierung der Pflegestützpunkte wird insgesamt erhöht.

Um eine zielgerichtete Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen zu ermöglichen, sollte das Land gemeinsam mit den Kommunen eine Bedarfsermittlung für das Jahr 2030 erstellen. Dabei sollte insbesondere eine Zielgröße der benötigten Wohn- und Betreuungsformen festgelegt werden (zum Beispiel bar-

rierefreie Wohnungen, Quartierobjekte, Tagespflegeplätze, stationäre Pflegeplätze etc.).

Das Leistungsrecht muss so ausgestaltet sein, dass die flexible Inanspruchnahme solcher Angebote unbürokratisch möglich ist. Hier wurde mit den Pflegestärkungsgesetzen I und II schon einiges erreicht. Dieser Weg sollte konsequent fortgesetzt werden.

Der zukünftige Bedarf an qualifizierten Pflegekräften macht es erforderlich, die Attraktivität des Pflegeberufs zu steigern. Maßnahmen dazu sind unter anderem ein durchlässigeres System der Qualifizierung und Weiterqualifizierung, das Aufstiegschancen bietet, sowie eine gute Personalausstattung in den Einrichtungen, die einer Überlastung von Pflegekräften entgegenwirkt. Zudem ist es notwendig, die Berufsbedingungen der Pflegekräfte im tatsächlichen Pflegealltag zu verbessern. Hier geht es insbesondere um familienfreundliche Arbeitsbedingungen, die dafür sorgen, dass die Verweildauer der Fachkräfte in ihrem Beruf gesteigert wird, sowie um altersgerechte Arbeitsplätze, die älteren Pflegekräften eine Weiterarbeit bis zur Regelaltersgrenze ermöglichen.

## 6. Digitalisierung

**Das Potential der Telematik im Gesundheitswesen ist riesig. Von der Digitalisierung des Gesundheitswesens versprechen wir uns mehr Qualität, mehr Transparenz sowie ein vereinfachtes Abrechnungsverfahren. Zudem eröffnet die Digitalisierung große Potentiale zur Stärkung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum. Obgleich Baden-Württemberg ein Hochtechnologieland ist, steckt die Telematik im Gesundheitswesen noch immer in den Kinderschuhen. Gleichzeitig boomt der Markt der so genannten Gesundheits-Apps, die von privaten Unternehmen angeboten werden. Das zeigt, dass viele Versicherte digitalen Gesundheitsanwendungen mittlerweile offen gegenüber stehen. Auch in ihrem Interesse gilt es, endlich die technischen Möglichkeiten der elektronischen Gesundheitskarte nutzbar zu machen. Dazu müssen auch die Leistungserbringer ihren Beitrag leisten.**

Bereits im November 2003 wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz der Auftrag zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) zum 01.01.2006 erteilt. Mehr als zehn Jahre später sind die Versicherten zwar flächendeckend mit einer entsprechenden Versicherungskarte ausgestattet. Trotz Kosten von mehr als 1 Mrd. Euro fehlt es bislang aber immer noch an einer funktionsfähigen Telematikinfrastruktur und an konkreten Anwendungen für die eGK.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die mit dem E-Health-Gesetz angestrebte Beschleunigung des Aufbaus der notwendigen Infrastruktur und die Definition eines verbindlichen Zeitplans zur Umsetzung konkreter Anwendungen ausdrücklich. Und wir appellieren an unsere Partner in der gemeinsamen Selbstverwaltung, jetzt endlich mit der Umsetzung des gesetzlichen Auftrags ernst zu machen, weil es große Potentiale mit sich bringt.

Ein modernes Stammdatenmanagement sorgt für aktuelle Daten in der Arztpraxis und schützt vor Leistungsmissbrauch zu Lasten der Beitragszahler. Die Möglichkeit, auf Wunsch des Patienten medizinische Notfalldaten und / oder einen Medikationsplan abzuspeichern, macht wichtige Informationen im Ernstfall schnell verfügbar. Die Einführung der elektronischen Patientenakte mit Patientenfach ist die Voraussetzung dafür, die medizinischen Informationen mehrerer Behandler und die Daten, die der Patient möglicherweise selbst erfasst (Patiententagebuch, Fitnesstracker) zusammenzuführen und damit eine ganzheitliche Behandlung zu ermöglichen, bei der Doppeluntersuchungen und Fehldiagnosen minimiert werden. Die Aufnahme der telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen und der Online-Videosprechstunde in die vertragsärztliche Versorgung sind schließlich geeignet, einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum zu leisten.

Angesichts dessen sind alle Beteiligten gefordert, sich aktiv einzubringen und damit der Digitalisierung des Gesundheitswesens im Land den Weg zu ebnen.

## **7. Zukunftsplan Gesundheit**

**Die B 52-Verbändekooperation bekennt sich ausdrücklich zur Sinnhaftigkeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen und der neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse. Mit ihnen geht allerdings eine Vielzahl von neuen Gremien und Arbeitsgruppen einher, die die Gefahr mit sich bringen, dass die beteiligten Akteure überfordert werden. Zudem droht die Grenze zu den gesetzlich normierten Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung zu verschwimmen. Deshalb ist dringend darauf zu achten, dass die neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse nicht zum Selbstzweck werden, sondern stets einen klar definierten und abgegrenzten Arbeitsauftrag verfolgen, dessen Inhalt auch tatsächlich der Gestaltung zugänglich ist.**

Mit dem Zukunftsplan Gesundheit verfolgt die Landesregierung das Ziel, alle Partner im Gesundheitswesen sowie die Bürgerinnen und Bürger bzw. die Patientinnen und Patienten in die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Baden-Württemberg einzubeziehen. Dazu wurde zunächst das Gesundheitsforum Baden-Württemberg in die Landesgesundheitskonferenz überführt und es wurde der Aufbau von Kommunalen Gesundheitskonferenzen vorangetrieben. Erste Aufgabe der Landesgesundheitskonferenz war die Entwicklung eines Gesundheitsleitbildes für Baden-Württemberg. Schließlich wurden mit dem Landesgesundheitsgesetz die so entstandenen Dialog- und Arbeitsformen auf eine gesetzliche Grundlage gestellt.

Die B 52-Verbändekooperation unterstützt die Landesregierung von Beginn an bei der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und bei der Etablierung der neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse. Wir bekennen uns ausdrücklich zur Sinnhaftigkeit der Kommunalen Gesundheitskonferenzen, die die regionalen Versorgungsstrukturen stärken und eine Plattform bieten, um das Wissen der Experten und der Bürgerschaft vor Ort nutzbar zu machen. Und wir arbeiten gerne an und in den neuen Strukturen mit.

Wir müssen allerdings auch darauf hinweisen, dass die Vielzahl von neuen Gremien und Arbeitsgruppen die Gefahr mit sich bringt, dass die Akteure überfordert und Entscheidungsprozesse unnötig verzögert werden. Zudem beobachten wir, dass die Grenzziehung zwischen den Möglichkeiten der Beteiligungs- und Dialogprozesse und den Zuständigkeiten der gesetzlich normierten Entscheidungsgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung immer wieder verwischt wird. Dadurch entsteht oftmals eine Erwartungshaltung der Beteiligten, die nicht erfüllt werden kann. Gleichzeitig geraten die zuständigen Entscheidungsträger unnötig „unter Druck“. Deshalb erscheint es uns dringend geboten, darauf zu achten, dass die neuen Beteiligungs- und Dialogprozesse nicht zum Selbstzweck oder gar zum Feigenblatt werden, sondern stets einen klar definierten und abgegrenzten Arbeitsauftrag verfolgen, dessen Inhalt auch tatsächlich einer Gestaltung zugänglich ist.

## **8. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen**

**Die in der B 52-Verbändekooperation vertretenen Krankenkassen sind bereit, aktiv daran mitzuwirken, dass die nach Baden-Württemberg kommenden Flüchtlinge unbürokratisch und angemessen medizinisch versorgt werden. Dazu ist – sollte die Landesregierung eine Beteiligung der Krankenkassen anstreben – eine Landesrahmenvereinbarung zu schließen, die insbesondere den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte, den Umgang mit dem gesetzlich eingeschränkten Leistungsumfang und die vollständige Erstattung der Kassenaufwendungen regelt.**

Der starke Zustrom von Flüchtlingen insbesondere seit der 2. Jahreshälfte 2015 stellt das Land und die Kommunen vor große Herausforderungen und ist zu einem der Hauptthemen für die Landtagswahl 2016 geworden. Dabei geht es auch um die Frage, wie die medizinische Versorgung der Flüchtlinge in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts unbürokratisch organisiert werden kann, ohne falsche Anreize zu setzen.

In der Diskussion sind verschiedene Modelle, die den Bürokratieaufwand und die Verwaltungskosten der Städte und Gemeinden reduzieren sollen. Ihnen allen ist gemein, dass das Behandlungsscheinverfahren, das vor jeder medizinischen Behandlung eines Flüchtlings eine ausdrückliche Genehmigung der zuständigen Kommune erforderlich macht, abgelöst werden soll. So wird insbesondere vorgeschlagen, Flüchtlingen im Land nach Verlassen der Erstaufnahmeeinrichtung durch die Nutzung einer elektronischen Gesundheitskarte den direkten Zugang zum vertragsärztlichen Versorgungssystem zu ermöglichen. Dafür ist die Betreuung der Flüchtlinge durch eine Krankenkasse erforderlich.

Die Mitglieder der B 52-Verbändekooperation sind bereit, aktiv an einem entsprechenden Verfahren mitzuwirken. Sie können dafür allerdings keine solidarisch erhobenen Beitragsmittel der Versichertengemeinschaft einsetzen. Sollte sich das Land für eine Beteiligung der Krankenkassen entscheiden, ist eine Landesrahmenvereinbarung zu schließen, die sicherstellt, dass den Kassen die Behandlungs- und Verwaltungskosten in vollem Umfang ersetzt werden. Ferner ist zu regeln, dass sich der Leistungsumfang auf die vom Asylbewerberleistungsgesetz bestimmten Fälle beschränkt und die Leistungserbringer dem Rechnung zu tragen haben. Um effiziente Abläufe zu ermöglichen, muss schließlich je Landkreis eine Krankenkasse für die Betreuung der Flüchtlinge zuständig sein.

**B 52-Verbändeoperation Baden-Württemberg**

Geschäftsstelle beim BKK Landesverband Süd

Stuttgarter Straße 105

70806 Kornwestheim

Tel.: 07145/1316-340

E-Mail: [geschäftsstelle@arge-b52.de](mailto:geschäftsstelle@arge-b52.de)

Internet: [www.arge-b52.de](http://www.arge-b52.de)

**Vertretungsberechtigt und verantwortlich:**

Konrad Ehing, BKK Landesverband Süd

Anton Hauptenthal, Knappschaft – Regionaldirektion München

Gerd Ludwig, IKK classic

Walter Scheller, Verband der Ersatzkassen e. V. – Landesvertretung Baden-Württemberg

**Redaktion**

Jens Bürger, BKK Landesverband Süd

Gisbert Frühauf, Knappschaft – Regionaldirektion München

Bettina Uhrmann, IKK classic

Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen e. V. – Landesvertretung Baden-Württemberg