

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

**Sonderausgabe
2006**

ersatzkassen

15 Jahre Landesvertretung Bayern der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV

Fünfzehn Jahre im Leben einer Organisation ist sicherlich kein zu langer Zeitraum. Doch die VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern blickt auf einen spannenden, abwechslungsreichen und intensiven Zeitabschnitt zurück. Wahrscheinlich in keinem anderen Bereich des gesellschaftlichen Lebens als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) werden die rechtlichen Rahmenbedingungen so oft und nicht selten widersprüchlich geändert. In keinem anderen Politikbereich als in der Gesundheitspolitik ist oft von den „Jahrhundertreformen“ die Rede. Langweilig wird es mit Sicherheit auch in den nächsten fünfzehn Jahren nicht werden.

Die Gründung der Landesvertretung ist dem Gesetzgeber zu verdanken. Den Anstoß lieferte das Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 1989. Da eine regionale Aufgabenerfüllung im Gesundheitswesen politisch gewünscht war, haben sich die bundesweit organisierten Ersatzkassen und ihre Verbände entschlossen, ihre Repräsentanz in den Bundesländern aufzubauen.

Man hat wirklich klein angefangen. Nicht jeder Mitarbeiter der ersten Minimannschaft hatte zunächst

mal einen Schreibtisch. Ein Fensterbrett half in dem Fall. Auch ihre Mitarbeiter konnte die Landesvertretung zuerst nicht sein Eigen nennen: De jure standen manche Mitarbeiter anfangs noch auf der Gehaltsliste einer Mitgliedskasse.

Mit der Gründung der Landesvertretungen wurde zunächst die bundesweite Vertragskompetenz der Ersatzkassen nicht in Frage gestellt. Die ärztliche und zahnärztliche Versorgung in Bayern wurde auch nach 1990 von der Bundesebene aus durch die Vorstands- und Vertragskommissionen von VdAK und AEV geregelt. Die Landesvertretung war nur für die Verträge mit allen sonstigen Leistungserbringern zuständig, die meist gemeinsam und einheitlich mit den anderen Kassenarten abzuschließen waren.

„Man wächst bekanntlich mit seinen Aufgaben. Und auf die neuen Aufgaben mussten wir nicht lange warten“, sagte rückblickend Christian Bredl, Leiter der Landesvertretung, in seiner Rede bei der Eröffnung der Feierstunde anlässlich des Jubiläums. „Drei Jahre später kam das Gesundheitsstrukturgesetz und mit ihm die zwingende Vorschrift, ab

vdak

Verband der
Angestellten-
Krankenkassen e.V.



AEV – Arbeiter-
Ersatzkassen-
Verband e.V.

dem Jahr 1993 Verträge für den ambulanten Bereich auf Landesebene zu schließen. Nach einer technischen Übergangsphase von drei Jahren verhandelte die Landesvertretung und die Landesverhandlungskommission der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns 1996 zum ersten Mal über die ‚bayerischen‘ Honorare.

Leicht war es noch nie, sich zu einigen, wenn es um das liebe Geld geht. Doch die Honorarverhandlungen zwischen den Ersatzkassen und der Kassenärztlichen sowie der Kassenzahnärztlichen Vereinigung in Bayern können manche Tarifaueinandersetzungen in der Wirtschaft mühelos in die Schatten stellen. Die Begleitmusik in der Presse – insbesondere bei den Verhandlungen um die zahnärztlichen Honorare – klang oft als Kanonendonner und nicht als eine öffentliche Meinungsäußerung. Die Landesvertretung und die Ersatzkassen ließen sich aber mit solchen Methoden nicht aus der Ruhe bringen. Vernunft und Augenmaß waren die Leitwerte, die unsere Position bestimmten“.

Erst 2004 kam der erste Honorarvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu Stande. In den Jahren 1998 bis 2002 musste die ärztliche Vergütung per Schiedsspruch geregelt werden. Im zahnärztlichen Bereich konnten sogar die Schiedssprüche nicht weiter helfen. Die persönliche Vermittlung der bayerischen Sozialministerin, Christa Stewens, sowie der Einsatz eines „Staatskommissars“ an der Spitze der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns waren notwendig, um den Honorarstreit beizulegen.

„Wir hoffen, dass diese Turbulenzen endgültig der Vergangenheit angehören“, sagte Christian Bredl an die Adresse der Vertragspartner. „Und wir sind froh, die Beziehungen der Landesvertretung zu der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns endlich als Vertragspartnerschaft bezeichnen zu können. Die Honorarverträge zu schließen ist eine originäre Aufgabe der Selbstverwaltung der Krankenkassen und Leistungserbringer. Dass dies in Bayern möglich ist, haben wir gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung bereits zweimal erfolgreich demonstriert. Nun rufen wir unsere zahnärztlichen Vertragspartner auf, diesem Beispiel zu folgen und einen Honorarvertrag in diesem Jahr ohne fremde Hilfe zu schließen“.

Ein weiteres Feld für die Tätigkeit der Landesvertretung stellt der Krankenhausbereich dar. Die Krankenhausversorgung in Bayern kann sich sowohl im nationalen als auch im internationalen Vergleich sehen



Christian Bredl erinnerte an die Entstehungsgeschichte der Landesvertretung und warf einen optimistischen Blick in die Zukunft.

lassen und nimmt eine Spitzenstellung ein. Zu verdanken ist diese Tatsache nicht zuletzt den hohen Investitionen des Freistaates Bayern im Rahmen der so genannten dualen Finanzierung. Die Landesvertretung leistet ihren Beitrag zur Weiterentwicklung der bayerischen Krankenhauslandschaft als Mitglied im Krankenhausplanungsausschuss. Der bisherige geregelte Wandel der Kapazitäten im stationären Sektor wird sich mit der Einführung der DRGs sicherlich verstärken. Die Ersatzkassen sind aber zuversichtlich, dass dieser Prozess dem Krankenhausangebot in Bayern gut tun wird.

„In der Geschäftsordnung der Landesvertretung ist nachzulesen, dass eine ihrer wichtigsten Aufgaben darin besteht, politische Kontakte zur Vermittlung der Ersatzkassenpolitik auf Landesebene herzustellen und wahrzunehmen. Hinter dieser trockenen Formulierung verbirgt sich eine vielfältige und lebhaftige Tätigkeit“, betonte Christian Bredl weiter. „In den zurückliegenden fünfzehn Jahren haben wir nicht bloß gute Beziehungen zur Bayerischen Staatsregierung und den zuständigen Ministerien aufgebaut, sondern oft und deutlich gezeigt, dass die bundesweit organisierten Ersatzkassen durchaus über ein bayerisches Profil verfügen. Zugegeben: es grenzt manchmal an ein Kunststück, den Interessenausgleich zwischen Bundes- und Landesebene herzustellen. Und oft waren wir in Siegburg für die eingeschlagenen ‚bayerischen Wege‘ und die gefundenen ‚bayerischen Problemlösungen‘ gescholten. Doch alles in allem ist es der Landesvertretung in der Vergangenheit gelungen, die landesspezifischen Besonderheiten bei der Umsetzung der Bundesgesetze gebührend zu berücksichtigen. Wir setzen weiterhin auf eine sachliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Bayerischen Sozial-, Gesundheits- und Innenministerien in all den Bereichen, die das Wohl und die Gesundheit unserer Versicherten betreffen“.

Von besonderer Bedeutung ist die aktive und vielschichtige Zusammenarbeit zwischen der Landesver-

tretung und den anderen Kassenarten. „Das Spannende dabei besteht darin, dass wir zugleich Kollegen und Wettbewerber sind. Es ist uns gelungen, diese Zusammenarbeit zu organisieren“, stellte Christian Bredl fest. Bayern war das erste Bundesland, in dem die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände gegründet wurde. Und obwohl diese Institution virtuell bleibt, schafft sie eine sichere und in den Jahren bewährte Plattform für den Meinungs austausch, den Interessenausgleich und die Problemlösung. Besonders ergiebig ist die Zusammenarbeit verständlicherweise in den Bereichen, in denen die gesetzlichen Krankenkassen per Gesetz gemeinsam und einheitlich die medizinische Versorgung ihrer Versicherten zu organisieren haben.

Abschließend hob Christian Bredl die Leistungsfähigkeit der Landesvertretung hervor: „Nur wenige von den Anwesenden wissen, was aber unsere Mitglieds-kassen an dem Verband besonders schätzen, ist die Tatsache, dass die Ersatzkassenverbände die günstigsten Verbände in der Gesetzlichen Krankenversicherung sind. Das beschied uns eine unabhängige Wirtschaftsprüfung. Auch in Bayern verfügen die Ersatzkassenverbände über eine sehr schlanke Struktur. Die letzte strukturelle Änderung auf Landesebene fand im Sommer 2002, als 34 Ortsausschüsse der Ersatzkassen aufgelöst wurden. Ihre Aufgaben wurden der Landesvertretung übertragen. Die Landesvertretung erbringt ihre Dienstleistungen für die Ersatzkassen mit einer hoch qualifizierten und ebenso hoch motivierten Mannschaft von 23 Mitarbeitern. Ihnen allen möchte ich an dieser Stelle anlässlich des 15-jährigen Bestehens der Landesvertretung meinen Dank und meine Anerkennung aussprechen“.

Der Vorsitzende des Landesausschusses, Dierk Neugebauer, wies auf die erfolgreiche Entwicklung der Ersatzkassen in Bayern in den vergangenen 15 Jahren hin: Die Mitgliederzahl stieg in dieser Zeit von knapp zwei Millionen auf rund drei Millionen. Das bedeutet, dass fast ein Drittel der bayerischen GKV-Versicherten bei einer Ersatzkasse versichert sind. Dieses Wachstum ist eine Bestätigung für die Qualität der Versichertenbetreuung.

Landesvertretung hat sich enorm entwickelt

„Auch die Landesvertretung hat sich durch die Verlagerung der Vertragsverantwortung von der Bundes- auf die Landesebene enorm weiterentwickelt. Dabei ist es nicht leicht, den Interessen aller Mitglieds-kassen in beiden Verbänden gerecht zu werden,

so Dierk Neugebauer weiter. „Aber auch bei inhaltlich unterschiedlichen Auffassungen ist es immer gelungen, konstruktiv an Lösungen zusammenzuarbeiten. Dies im Interesse aller Ersatzkassenversicherten in Bayern“.

Die Landesvertretung hat sich seit ihrer Errichtung für die Interessen der Ersatzkassenversicherten eingesetzt. „Wir haben für unsere Versicherten Partei ergriffen, Bedarfsnotwendiges mit Engagement vertreten und auf die qualitative Verbesserung der stationären und ambulanten Versorgung hingewirkt. Gleiches gilt für die Förderung von Selbsthilfegruppen. Auch die Einführung der Pflegeversicherung 1994 haben wir auf Landesebene aktiv mitgestaltet“, unterstrich Dierk Neugebauer. „Die Verbandsvertreter in Bayern werden auch weiterhin die Gesundheitspolitik aktiv begleiten und soweit möglich auf Landesebene gestalten. Dabei ist uns klar, dass wir für Bedarfsnotwendiges kämpfen werden, Entbehrliches aber unterlassen müssen“.

Dierk Neugebauer dankte allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesvertretung Bayern für das Geleistete und wünschte den Ersatzkassen gemeinsam für die Zukunft eine glückliche Hand für die Interessenvertretung der Versicherten.

Auch der Vorsitzende des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, Ludwig Huber, fand herzliche Worte des Dankes für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowohl der VdAK/AEV-Landesvertretung als auch aller Ersatzkassen in Bayern, die sich unermüdlich für die bessere medizinische Versorgung der Versicherten einsetzen.



V.l.n.r.: Dierk Neugebauer, Vorsitzender des Landesausschusses Bayern, Christa Stewens, Bayerische Sozialministerin, Doris Pfeiffer, VdAK/AEV-Vorstandsvorsitzende, Christian Bredl, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, Ludwig Huber, AEV-Verbandsvorsitzender.

Ausführlich ging Ludwig Huber in seinem Beitrag auf das Thema Wettbewerb ein. Er bezeichnete ihn als Jagd um die Wirtschaftlichkeit und Qualität sowie um die optimale Betreuung der Versicherten. Für die Ersatzkassen, betonte Huber, war der Wettbewerb eine Selbstverständlichkeit schon lang bevor ein Wettbewerb innerhalb der GKV zugelassen wurde. „Wir waren es gewöhnt, andere mussten es erst lernen“, unterstrich Ludwig Huber.

Wettbewerb um bessere Versorgung der Kranken

Die Ersatzkassen einzeln und geeinigt in der Landesvertretung stehen zum Wettbewerb im obigen Sinne und tragen auf Landesebene dazu bei, dass diese Auseinandersetzung unter den gesetzlichen Krankenkassen den Kranken in ihrer Notsituation hilft.

Ein Gesunder, der seinen Beitrag zur Krankenversicherung zahlen muss, kann sich glücklich schätzen, nicht krank zu sein. Für einen Kranken, möglicherweise einen Schwerkranken, ist der Krankheitsschutz eine Art sein letzter Strohhalm, um den er sich klammert und von seiner Krankenkasse versorgt und betreut werden will. Eben um die bestmögliche medizinische Versorgung der Kranken und nicht um die Gewinnung von Gesunden als Mitglieder soll sich der Wettbewerb unter den gesetzlichen Krankenkassen entwickeln.

Zu solch einem Wettbewerb haben die Ersatzkassen in Bayern bislang beigetragen und werden auch künftig ihren Teil dazu tun. Ludwig Huber rief zum Schluss alle gesetzlichen Krankenkassen in Bayern auf, sich diesem Wettbewerb zu stellen.

Christa Stewens:

Das deutsche Gesundheitssystem wird meist schlechter geredet als es ist. Handlungsdruck bei Reformen duldet keinerlei Aufschub

Es war eine richtige Entscheidung, Vertretungen in den Bundesländern einzurichten. Richtig deshalb, weil mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1993 das Vertragsgeschehen weitestgehend regionalisiert und damit auch Präsenz, Entscheidungskompetenz und Fachkompetenz auf Landesebene zwingend notwendig wurde. Die VdAK/AEV-Landesvertretung in Bayern hat diese Aufgabe in den vergangenen 15 Jahren vorbildlich erfüllt und damit die gesundheitliche Versorgung in Bayern mit hohem Verantwortungsbewusstsein mitgestaltet.

Einrichtung der Landesvertretung zeugt von politischer Einsicht und Weitblick

Es war aber auch eine gute Entscheidung. Der Gedanke, durch eine Landesvertretung auch die Verbände kassenpolitisch zu repräsentieren und den Kontakt mit den Landesregierungen zu halten, zeugt von politischer Einsicht und Weitblick. Denn nach meiner Überzeugung findet die Gesundheitspolitik ganz maßgeblich auch vor Ort in der Region statt. Dass die Ersatzkassen bei vielen bayerischen Vorhaben mitgemacht und diese auch konstruktiv mitgestaltet haben, verdient daher Dank und Anerkennung.

Überbordender Wohlfahrtsstaat ist unsozial

Die Angst der Bürgerinnen und Bürger vor Einschnitten in den Sozialstaat sitzt tief. Wer Abstriche fordert, gilt als unsozial. In Wirklichkeit ist jedoch ein überbordender Wohlfahrtsstaat in seinen Auswirkungen zutiefst unsozial, da er die Lohnkosten in die Höhe treibt und damit Millionen Arbeitsplätze vernichtet. Auf der einen Seite wird das Gros der Bevölkerung über Steuern und Abgaben zur Kasse gebeten. Und auf der anderen Seite wird oft das Geld nur von der einen Tasche in die andere geschoben.

Der Bundesminister für Finanzen, Peer Steinbrück, hat kürzlich in einer viel beachteten Rede beim Neujahrsempfang der Industrie- und Handelskammer Frankfurt am Main die Zahlen auf den Tisch gelegt. Danach lassen wir uns – als größten Ausgabenblock im Haushalt – die soziale Sicherung 128 Milliarden Euro kosten. Das sind rund 50 Prozent des Bundeshaushalts. Und dabei – das muss man nüchtern konstatieren – geht es keineswegs vorrangig um eine Umverteilung von den Reichen zu den Armen.

Da drängt sich doch die Vermutung auf: „Es ist etwas faul im Staate Dänemark.“

Gesundheitssystem – Tophema 2006

Eines der wichtigsten Vorhaben des Jahres 2006 wird die Reform, konkret die Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung sein. Denn zum einen ist ein funktionierendes Gesundheitswesen ein entscheidender Faktor dafür, wie wohl und sicher sich die Menschen in einem Land fühlen. Zum anderen ist den Menschen nichts wichtiger, als gesund zu bleiben oder gesund zu werden. Nicht der Wohlstand, nicht der Beruf und auch nicht die Karriereaussichten – Gesundheit ist in erster Linie für uns alle existenziell. Darum ist ein leistungsfähiges, ein humanes Gesundheitswesen so wichtig.

In diesem Zusammenhang lege ich Wert auf die Feststellung: Das deutsche Gesundheitssystem wird meist schlechter geredet als es ist. Sowohl die erst kürzlich in Berlin vorgestellte 6-Länder-Studie als auch das im August 2005 veröffentlichte Gutachten des Kieler Forschungsinstituts IGSF haben gezeigt, dass das deutsche Gesundheitssystem durchaus effizient ist und im internationalen Vergleich vorne mithalten kann. Infolge der hohen Haus-, Fach- und Zahnarzt-dichte ist der Zugang zu medizinischen Leistungen in Deutschland leichter als in anderen Ländern. Der Leistungskatalog bei Heil-, Hilfs- und Arzneimitteln ist überdurchschnittlich und mit relativ geringen Zusatzleistungen verbunden. Gleichzeitig liegen die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheitsleistungen in Deutschland unter dem Durchschnitt der untersuchten Länder.

Deutsche Arbeitsplätze haben Vorrang

Ein weiterer Aspekt, der in der Diskussion um die Ausgaben im Gesundheitswesen häufig vernachlässigt oder gar gänzlich außer Acht gelassen wird, ist die Tatsache, dass das deutsche Gesundheitswesen mehr als 4 Mio. Arbeitsplätze generiert. Und das sind inländische Arbeitsplätze und das müssen auch inländische Arbeitsplätze bleiben! Insoweit habe ich nicht das geringste Verständnis, wenn einzelne Kassen so aktiv für eine Leistungserbringung – oft dazu ohne die Sicherung ausreichender Qualität – im Ausland werben. Ich denke, dies ist unverantwortlich.

Dringender Handlungsbedarf

Der relativ gute Zustand unseres Gesundheitswesens ändert jedoch nichts an den auf uns zukommenden gewaltigen Herausforderungen in den nächsten Jah-



ren, die bedingt sind durch den demografischen Wandel, die schwierige Lage am Arbeitsmarkt und den fraglos absolut wünschenswerten medizinischen bzw. medizinisch-technischen Fortschritt.

Ein erster Schritt zur Kostensenkung in der GKV war die von Union und damaliger Bundesregierung im Jahr 2003 auf den Weg gebrachte Gesundheitsreform. Wir haben erreicht, dass die Kassen 2004 erstmals seit langem wieder einen deutlichen Überschuss zu verzeichnen hatten, vor allem aber dass die aufgelaufene Verschuldung von knapp 10 Mrd. Euro schrittweise abgebaut werden konnte. Zur langfristigen Sicherung der Finanzlage der GKV sind jedoch weiter gehende Reformen unabdingbar.

Stand der gesundheitspolitischen Diskussion

Die gesundheitspolitischen Auseinandersetzungen im vergangenen Jahr waren daher insbesondere geprägt von der Diskussion über die Frage der künftigen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung. Zwei Modelle wurden hier vehement diskutiert: Die so genannte Bürgerversicherung einerseits und das Konzept einer solidarischen Gesundheitsprämie andererseits, die ja kein reines Prämienmodell ist, sondern ein Kompromissmodell darstellt.

Aufgrund der weit auseinander liegenden Vorstellung der Beteiligten haben sich die Koalitionsverhandlungen im Bereich der Zukunft der GKV äußerst schwierig gestaltet. Grundlegende Reformen auf der Einnahmenseite sind gegenwärtig nicht konsentiert. Die Chancen stehen jedoch nach meiner Überzeugung nicht schlecht, dass in der weiteren Diskussion eine Einigung auf eine tragfähige Lösung zustande kommt, zumal der Handlungsdruck offensichtlich ist und keinerlei Aufschub duldet.



Nach einer gelungenen Veranstaltung (v.l.n.r.: Christian Bredl, Christa Stewens und Doris Pfeiffer).

Entwurf eines Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes

Um Fehlentwicklungen bei der Arzneimittelversorgung entgegenzuwirken und die steigenden Arzneimittelkosten einzudämmen, hat die Bundesregierung den Entwurf eines Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes erarbeitet. Die kritische Haltung der Spitzenverbände der Krankenkassen zu diesem Gesetzentwurf teile ich in weiten Bereichen. Auch ich erachte den Gesetzentwurf für noch nicht ausgereift und in seinen Konsequenzen als nicht zu Ende gedacht.

Die inzwischen vorgenommenen Nachbesserungen sind sachgerecht, sie reichen jedoch nicht aus, die konzeptionellen Mängel des Gesetzentwurfs zu beseitigen. Ich würde es daher begrüßen, wenn nochmals intensiv über das Gesetzesvorhaben nachgedacht werden würde. Insbesondere erscheinen es mir die Überlegungen von Kassenseite zu den Einsparungen im Arzneimittelbereich wert, darüber vertieft zu diskutieren.

Pflegeversicherung muss reformiert werden

Die Pflegeversicherung ist der jüngste Zweig der Sozialversicherung, mit etwas über zehn Jahren noch jünger als die VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, nichtsdestotrotz muss er dringend reformiert werden. Dies schon allein deshalb, weil das Finanzergebnis der sozialen Pflegeversicherung in den letzten Jahren ansteigend defizitär war und weil die hinlänglich bekannte demographische Entwicklung in den nächsten Jahren dazu führen wird, dass der Anteil Pflegebedürftiger in unserer Gesellschaft stark ansteigen wird. Hinzu kommt, dass auch im Leistungsbereich dringend Nachjustierungen vorgenommen werden müssen.

Vorschläge des VdAK

Die Ersatzkassenverbände haben im Sommer letzten Jahres ein Papier zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vorgelegt. Ich freue mich, dass sie sich darin ganz klar für den Erhalt der Pflegeversicherung als eigenständigem Zweig der Sozialversicherung ausgesprochen haben. Ich stimme mit dem Papier auch darin überein, dass sowohl Rehabilitation und Prävention als auch die häusliche Pflege dringend gestärkt werden müssen.

Wenn sich die Ersatzkassen für den Erhalt des Umlageverfahrens aussprechen, so bin ich der Ansicht, dass die Pflegeversicherung den Herausforderungen der Zukunft nur dann gerecht werden kann, wenn wir das Umlageverfahren durch eine kapitalgedeckte Komponente ergänzen. Das bayerische Modell einer privaten Ergänzungsversicherung zeigt einen gangbaren Weg auf, wie die Finanzierung dieses Versicherungszweiges durch eine geringfügige zusätzliche Prämie für eine kapitalgedeckte Versicherung langfristig und für alle bezahlbar sichergestellt werden kann.

Durch die Vereinbarung im Koalitionsvertrag, dass das Umlageverfahren durch kapitalgedeckte Elemente als Demographiereserve ergänzt werden muss, ist hierfür der Weg frei. Für den falschen Weg halte ich hingegen die Einführung einer Bürgerversicherung, die im Papier der Ersatzkassenverbände als Lösungsweg aufgezeigt wird. Denn dadurch kann, abgesehen von verfassungsrechtlichen Bedenken, die Stabilität der Finanzen der Pflegeversicherung nicht langfristig sichergestellt werden.

Weiterentwicklung Pflegebedürftigkeitsbegriff

Eine weitere Problematik, die mir am Herzen liegt und die im Papier der Ersatzkassenverbände ebenfalls angesprochen wird, ist die zunehmende Zahl gerontopsychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger. Ich schlage schon seit langem vor, den zusätzlichen Hilfe- und Betreuungsaufwand, wie er bei diesem Personenkreis regelmäßig anfällt, bei der Einstufung mit bis zu 30 Minuten täglich zu berücksichtigen. Ich bin froh, dass die bessere Berücksichtigung des Hilfe- und Betreuungsbedarfs von demenziell Erkrankten durch die Pflegeversicherung nun im Koalitionsvertrag festgeschrieben ist und dieses Thema damit im Rahmen der vereinbarten Reform der Pflegeversicherung angegangen werden muss.

In den Koalitionsverhandlungen wurde außerdem vereinbart, dass langfristig der Begriff der Pflegebedürftigkeit überarbeitet werden muss. Dabei müssen die aktuellen Erkenntnisse der Pflegewissenschaften

Berücksichtigung finden. Ich bin der Ansicht, dass wir von der momentan rein verrichtungsbezogenen Betrachtungsweise wegkommen müssen, um den veränderten Bedarfen der Pflegebedürftigen gerecht werden zu können.

Darüber hinaus sieht der Koalitionsvertrag – maßgeblich durch unser bayerisches Pflegekonzept „in-

spiriert“ – weitere Verbesserungen sowie die Behebung von strukturellen Mängeln der Pflegeversicherung vor, z. B. die Nachjustierung der Pflegeleistungen mit dem Ziel der Stärkung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“.

Doris Pfeiffer:

Erfolgsmodell GKV – Erwartungen und Forderungen der Ersatzkassen an die Weiterentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung

Zu Beginn des 21. Jahrhunderts stehen alle Sozialversicherungszweige in Deutschland vor großen Herausforderungen. Das gilt in hohem Maße auch für unser Gesundheitswesen, das von besonderer Dynamik z. B. durch medizinischen Fortschritt und die demographische Entwicklung gekennzeichnet ist. Für die Bürgerinnen und Bürger ist der Zugang zu einer medizinisch hochwertigen Versorgung auf dem jeweils neuesten Stand der Erkenntnisse von herausragender Bedeutung. Dies zu gewährleisten – ohne Einschränkungen und Wartelisten und unabhängig von Einkommen und Status – zeichnet das deutsche Gesundheitswesen aus.

Ein wesentlicher Garant dafür ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV), die die Krankenversorgung von ca. 90 Prozent der Bevölkerung sicherstellt und – auch im internationalen Vergleich – eine hohe Leistungsfähigkeit bewiesen hat. Übergeordnetes Ziel der Gesundheitspolitik muss es sein, den hohen Standard der Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft für alle zu gewährleisten. Das verlangt eine ständige Weiterentwicklung im Sinne nachhaltiger Verbesserungen der bestehenden sozialen Krankenversicherung und nicht radikale Systemwechsel mit unklarem Ausgang.

Für die laufende Legislaturperiode sind zum einen Reformmaßnahmen notwendig, die die Finanzierung der GKV zukunftssicher machen. Zum anderen müssen Strukturveränderungen vorgenommen werden, die sicherstellen, dass die Beitragsgelder noch wirkungsvoller eingesetzt werden und die Versorgungsangebote dem sich ändernden Bedarf der Versicherten entsprechen.

Bei der angekündigten Strukturreform 2006 und der GKV-Finanzreform sollten die bewährten Grundprinzipien der GKV – Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität – gestärkt werden. Experimente, die die Grundlagen der GKV in Frage stellen, oder gar Veränderungen in Richtung „mehr staatliche Steuerung“ würden dem Vertrauensbedürfnis der Patienten und Versicherten nicht gerecht.

Arzneimittelausgaben bremsen

Akuter Handlungsbedarf besteht auf der Ausgaben-seite – will man die Beiträge in den nächsten Jahren stabil halten – bei den Arzneimitteln und den Krankenhäusern. So muss die Ausgabendynamik vor allem bei den Arzneimitteln gebremst werden. Zuwächse von ca. 20 Prozent bei den Ausgaben – verursacht vor allem durch neue teure Arzneimittel, die keinen nennenswerten therapeutischen Zusatznutzen aufweisen – sind einfach nicht hinnehmbar. Hier liegen noch große Wirtschaftlichkeitsreserven, die z.B. durch Kosten-Nutzen-Analysen bei Arzneimitteln, gehoben werden müssen. Allerdings fehlt dieses Instrument auch in dem aktuell vorliegenden Arzneimittelsparpaket der großen Koalition.

Blickt man auf die neue politische Konstellation, kann man froh sein, dass überhaupt etwas bei den Arzneimittelausgaben geschehen soll. Leider belasten Union und SPD mit ihren Maßnahmen zur Haushaltssanierung die GKV in den nächsten Jahren gravierend. Zum einen wird sich gerade bei den Arzneimitteln die Mehrwertsteuererhöhung besonders stark auswirken. Allein in diesem Sektor kostet uns jeder Prozentpunkt Mehrwertsteuererhöhung 250 Mio.



Die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland sei ein Erfolgsmodell, unterstrich in ihrer Rede Doris Pfeiffer.

Euro, das macht bei einer Erhöhung um drei Prozent 750 Mio. Euro jährlich. Deshalb fordern wir schon lange für Arzneimittel den reduzierten Mehrwertsteuersatz. In anderen europäischen Ländern ist das schon immer der Fall.

Steuerfinanzierung

Zum anderen fehlen der GKV durch die stufenweise Zurückführung der Bundesbeteiligung für versicherungsfremde Leistungen spätestens ab 2009 komplette 4,2 Mrd. Euro pro Jahr, die uns vor gerade einmal 24 Monaten mit dem GMG zugesagt wurden. Zusammen mit der Belastung durch die Mehrwertsteuer sind das schon mehr als 5 Mrd. Euro oder 0,5 Beitragssatzpunkte, die zusätzlich kompensiert werden müssen.

Die fehlende Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen haben in diesem Fall die Haushaltspolitiker beider Seiten zu verantworten. Mit der Streichung des Steuerzuschusses für versicherungsfremde – besser: „familienpolitische“ – Leistungen werden eindeutig gesamtgesellschaftliche Aufgaben wieder allein den Beitragszahlern in der GKV aufgebürdet. Diese müssen die Leistungen dann über ihr Arbeitseinkommen finanzieren. Das verträgt sich wohl kaum mit dem Ziel der Senkung von Lohnnebenkosten.

Vor dem Hintergrund der gerade beschlossenen Streichung von Steuerzuschüssen erinnern die politischen Vorstöße um mehr Steuermittel für die GKV – z. B. zur Finanzierung der Gesundheitsausgaben für Kinder – an eine Phantomdiskussion. Bei genauerer Prüfung basiert die Forderung anscheinend auf einem Trugschluss seitens einiger Gesundheitspolitiker. Die dominierende Haushaltspolitik folgt denn auch einer gänzlich anderen Rationalität.

Sozialversicherungspflichtige Beschäftigung stärken

Auf der Einnahmeseite gilt es, eine nachhaltige und gerechte Finanzierung zu sichern. Das kann man ideologiefrei angehen. Um so mehr als die beiden unvereinbaren Konzepte einer Gesundheitsprämie oder einer Bürgerversicherung in der großen Koalition vom Tisch sind. Die Politik ist zunächst gefordert, den Rückgang der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung zu stoppen. Unsere Finanzierungsgrundlage wurde durch den Rückgang zwischen 2000 und 2004 in Höhe von fast 1,6 Mio. sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse stark geschwächt. Wenn wir hier einen Zuwachs hin bekämen, wäre schon einmal die zentrale Basis für stabile Finanzen gestärkt.

Aufhebung Versicherungspflichtgrenze

Bei einer Neujustierung der Finanzierung muss es außerdem gerecht zugehen. Nur so ist gewährleistet, dass sie auch akzeptiert wird. Da sich in der Vergangenheit Erwerbsbiografien und Einkommensstrukturen der Versicherten immer mehr verändert haben, müssen auch die Grundlagen der Beitragschöpfung in puncto Gerechtigkeit überprüft werden. Grundvoraussetzung für viele Maßnahmen zur Stabilisierung der Finanzsituation ist die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Nur so kann die ständige Abwanderung von gut Verdienenden und Gesunden in die PKV verhindert werden.

Unsere solidarische Krankenversicherung kann nicht funktionieren, wenn sich die wirtschaftlich Stärksten je nach Belieben der Solidarität entziehen können. Durch die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze wäre zudem die unheilvolle Risikoselektion zwischen der gesetzlichen und der privaten Krankenversicherung gestoppt. Jahr für Jahr werden der GKV Mittel in beitragsatzrelevanter Größenordnung entzogen. So belaufen sich die jährlichen GKV-Verluste – im Saldo aller Wechsel zwischen GKV und PKV – auf ca. 200.000 Versicherte. Das hat für die GKV einen Nettoverlust von rd. 500 Mio. Euro pro 100.000 Versicherte zur Folge. Der Ansatzpunkt für pragmatische Einzelmaßnahmen in Sachen Finanzreform liegt daher genau an dieser Stelle. Und er ist eine Vorbedingung für alle weiteren Gestaltungsmöglichkeiten.

Mehr Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit

Um den Ausgabenanstieg bewältigen zu können, kommt es im Interesse der Versicherten und Patienten darauf an, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsmängel in der medizinischen Versorgung zu beseitigen.

Diese resultieren weiterhin aus mangelhaft abgestimmten Strukturen und Prozessen beim medizinischen Angebot. Auch die mangelnde Anwendung internationaler Standards und qualitätsgesicherter medizinischer Leitlinien geht zu Lasten der Patienten und auf Kosten der Versicherten.

Im Koalitionsvertrag haben sich Union und SPD deutlich für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen ausgesprochen. So sollen die Krankenkassen stärker als bisher über Umfang, Preise und Qualität der Leistungen mit den Leistungserbringern verhandeln können. Wir begrüßen das und sehen als große Versorgerkassen neue wettbewerbliche Gestaltungschancen. Wir fragen uns nur, was der Zusatz im Koalitionsvertrag: „der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen darf nicht ausgehöhlt werden!“, zu bedeuten hat. Denn natürlich werden neue Vertragsmöglichkeiten die kollektivvertraglichen Strukturen weiter lockern.

Das zeigen auch die positiven Schritte zur Einführung der integrierten Versorgung, die mit dem GMG neuen Aufwind bekommen hat. Das einst starre System der kollektivvertraglichen Versorgung ist in Bewegung geraten. Die neuen Möglichkeiten zur integrierten Versorgung, inzwischen gibt es über 1.400 Verträge, haben einige zukunftsweisende Projekte hervorgebracht. Insgesamt braucht die Projektentwicklung aber auch Zeit. Daher wünschen wir uns mehr als die nur einjährige Verlängerung der Anschubfinanzierung aus dem Koalitionsvertrag.

Steuerung durch Selbstverwaltung

Konstituierend für unseren Sozialstaat ist das Prinzip der Selbstverwaltung durch die Betroffenen. Staat und Gesellschaft haben damit eine richtungweisende Grundsatzentscheidung getroffen: Gegen ein rein marktwirtschaftliches Gesundheitswesen und für ein sozialen Zielen verpflichtetes System. Wenn von der Politik vor allem die gemeinsame Selbstverwaltung

von Leistungserbringern und Krankenkassen kritisiert wird, darf „das Kind aber nicht mit dem Bade ausgeschüttet werden“. Denn die Steuerung unseres Gesundheitssystems über die gemeinsame Selbstverwaltung hat gravierende Vorteile gegenüber einer primär staatlichen Steuerung. Dies gilt insbesondere aus der Perspektive des Versicherten bzw. des Verbrauchers. Da wo die gemeinsame Selbstverwaltung heute Konflikte nicht lösen kann oder aus politischer Sicht mitunter nicht schnell genug entscheidet, müssen bessere Konfliktlösungsmechanismen installiert werden. Hier fordern wir also eine funktionale Weiterentwicklung der Selbstverwaltung.

Fazit

Im Rahmen der anstehenden Struktur- und möglicherweise einer Finanzreform gilt es, die solidarischen Grundlagen zu stärken, die unser Krankenversicherungssystem nachhaltig prägen. Politisch oberste Maxime muss es sein, dass für alle Versicherten eine umfassende Versorgung und eine Teilhabe am medizinischen Fortschritt zu sozial tragbaren Beitragsätzen gewährleistet ist.

Es bleibt eine Daueraufgabe, die mit vorangegangenen Reformen bereits eingeleiteten Strukturmaßnahmen weiterzuentwickeln und die Produktivität unseres Gesundheitswesens zu steigern. Der zentrale Schlüssel für Produktivitätssteigerungen ist der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Durch ihn können neue, effizientere Anbieter und effektivere Strukturen hervorgebracht werden.

Sollen in dieser Legislaturperiode die Beiträge stabil bleiben, muss die Politik sowohl bei den Ausgaben als auch bei den Einnahmen handeln. Die Ausgabendynamik vor allem bei den Arzneimitteln muss gebremst werden. Auf der Einnahmeseite gilt es, eine nachhaltige Finanzierung zu sichern. Auf die Agenda gehören nicht die politisch konträren „Weltmodelle“ sondern machbare und nahe liegende

Schritte wie die Stärkung der sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung und die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Die Politik muss die pragmatischen Wege nur konsequent einschlagen!



Mit großem Interesse folgten die Gäste den Ausführungen von Doris Pfeiffer zum Thema Erwartungen und Forderungen der Ersatzkassen an die Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung

Probleme lösen ohne Ruf nach dem Gesetzgeber Vernunftgeleitete Vertragspartnerschaft

Von Dr. Axel Munte, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



Dr. Axel Munte,
Vorstandsvorsitzender der Kassen-
ärztlichen Vereinigung Bayerns

15 Jahre alt ist die VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern geworden – eigentlich also noch ein Teenager. Aber ein Teenager mit Ecken und Kanten, mit einem starken, festen Willen. Davon konnte ich mich als Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) in den letzten Jahren oft genug überzeugen. Manchmal sogar

öfter, als mir selbst lieb war. Seit 1997 handeln wir miteinander Verträge aus, die vor allem ein Ziel haben: Den Patienten eine gute, aber auch von der Solidargemeinschaft finanzierbare ambulante medizinische Versorgung zu gewährleisten. Seit nunmehr neun Jahren ringen wir also miteinander als Vertragspartner mit recht unterschiedlichen Interessen und Ausgangspositionen. Zum Glück haben wir dabei die Schwarz-Weiß-Malerei á la „Ärzte wollen immer mehr Geld“ und „Krankenkassen wollen immer weniger zahlen“ überwunden. Das war nicht zuletzt auch ein Verdienst von Christian Bredl und seinem motivierten Team. Ihnen wie auch mir geht es darum, Schlagworte wie „ambulant vor stationär“ mit Leben zu füllen und den Menschen in Bayern auch unter widrigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein hohes medizinisches Versorgungsniveau zu bieten.

Einvernehmliche Lösung ist immer der beste Weg

Blickt man zurück auf die Anfänge unserer Kooperation, muss man schon sagen: Es war keineswegs „Liebe auf den ersten Blick“, sondern vielmehr die reine Vernunft, die unsere Vertragspartnerschaft befördert hat. Nach der gesetzlichen Einführung der Regionalisierung der Ersatzkassen, die de facto erst 1997 umgesetzt wurde, musste das Schiedsamt ab 1998 die Verträge fünf Jahre lang festsetzen, die in den Folgejahren teilweise erst nach der Vertragslaufzeit unterschrieben werden konnten. Diesen Startschwierigkeiten zum Trotz haben wir anschließend durch viele teilweise sehr kontrovers geführte Diskussionen eine Basis gefunden, um Probleme auch ohne den Ruf nach dem Gesetzgeber und der starken Hand der Politik zu lösen. Die Verträge für die Jahre 2003 und 2004 drohten zwar ebenfalls nach den ersten Verhandlungsrunden zu scheitern. Wir konnten sie dann aber doch noch unterschreiben,

weil sich beide Seiten im Klaren darüber waren, dass eine einvernehmliche Lösung immer noch der beste Weg ist. Natürlich waren dafür Kompromisse notwendig – aber ohne ein gewisses Verständnis für die Position der Gegenseite hätten wir nie zu einem Abschluss gelangen können.

Bundesweit einmalige Vertragslandschaft

Dann kam das Jahr 2005 mit dem EBM 2000 plus, der neuen Gebührenordnung für die Vertragsärzte und Psychotherapeuten. Es schien anfänglich schier unmöglich, die bundesweit wohl einmalige Vertragslandschaft in Bayern, die sich durch zahlreiche Strukturverträge auszeichnet, zu erhalten. Der neue EBM sah eine deutlich bessere Bewertung einzelner Leistungen vor, zugleich gab der Gesetzgeber für die Kassen nur minimale Steigerungsrate für deren Ausgaben vor. Nach monatelangen Gesprächen und umfangreichen Modellberechnungen gelang es uns schließlich, für das Jahr 2005 einen Vertrag zu unterschreiben. Auch hier mussten beiderseits Zugeständnisse gemacht werden: Die Ersatzkassen waren bereit, für die Einzelleistungsverträge weiterhin das Mengenrisiko zu übernehmen, die KVB stimmte für Teilbereiche den Individualbudgets zu. Die drohende Gefahr, im Zeitalter des neuen EBM ganze Leistungskomplexe, wie das ambulante Operieren, Koloskopien oder andere hoch spezialisierte internistische Leistungen, nicht mehr erbringen zu können, bewahrheitete sich glücklicherweise nicht.

Erfolgreiche Zusammenarbeit fortsetzen

Die letzte Gesundheitsreform brachte mehr Mitspracherecht für die Krankenkassen, was die vertragsärztliche Versorgung angeht. So wurde aus dem Honorarverteilungsmaßstab inzwischen ein Honorarverteilungsvertrag. Entsprechend intensiver wurden nun auch die Gespräche zwischen den Kassen und der KVB auf der so genannten Arbeitsebene, gar nicht zu reden von den oft emotional geführten Meinungswechseln auf Spitzenebene. Bereits im April 2006 haben wir dazu wieder ausführlich Gelegenheit, wenn die Vertragsverhandlungen zwischen VdAK/AEV und KVB erneut beginnen. Ich bin zuversichtlich, dass wir – wenn auch beiderseits gezeichnet von den sprichwörtlichen „Blut, Schweiß und Tränen“ – diese erfolgreiche Zusammenarbeit fortsetzen können und freue mich auf den Dialog mit der Mannschaft um Christian Bredl.

Gräben zugeschüttet Die Vertragspartnerschaft zwischen KZVB und Ersatzkassen

Von Dr. Janusz Rat, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns



Dr. Janusz Rat, Vorstandsvorsitzender der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns

Mit einem Kanonendonner verglich Christian Bredl, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung, die Querelen zwischen den Ersatzkassenverbänden und den bayerischen Zahnärzten in den Jahren 2002 und 2003. Inzwischen haben beide Parteien erstmals nach sechs Jahren ohne Schiedsspruch einen Vertrag geschlossen. Der Kanonendonner ist verhallt, beide Seiten schütten die Gräben nach Kräften zu. Die Basis für eine konstruktive Zusammenarbeit ist geschaffen. Anders gesagt: Verträge hießen nicht Verträge, wenn man sich nicht verträge.

Aus den Zeiten der „Kanonendonner“

15 Jahre Ersatzkassen-Landesvertretung bieten dennoch Anlass für einen Rückblick: Die unumstritten turbulentesten Jahre in der Vertragspartnerschaft zwischen den Ersatzkassenverbänden und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) waren 1997/1998 und 2002/2003. Beide Male musste das Bayerische Sozialministerium schlichtend eingreifen. Den ersten Streit hatte eine Honorarrückforderung der Ersatzkassenverbände ausgelöst. Die bayerischen Vertragszahnärzte sollten über 60,5 Millionen Mark zurückzahlen, mit der Begründung, das Budget für 1996 sei um diese Summe überzogen worden. Erst Mitte 1998 legten beide Seiten den Konflikt in einem Gespräch im Ministerium bei. Die 60,5-Millionen-Forderung war vom Tisch, das Landesschiedsamt regelte die Details.

2002 eskalierte die Situation erneut, nachdem das Bundesversicherungsamt als zuständige Aufsicht für die Ersatzkassenverbände einem Schiedsspruch auf Landesebene nicht zugestimmt hatte. Die Zahnärzte fühlten sich übervorteilt und eröffneten das Feuer mit Presse-Statements und Zeitungsanzeigen. Wegen einer solchen Anzeige beantragten die Ersatzkassenverbände, 201 Oberpfälzer Zahnärzten die Kassen-Zulassung zu entziehen. Vorübergehend behandelten die bayerischen Zahnärzte Ersatzkassenpatienten nur mehr auf Rechnung. Wieder vermittelte das Ministerium.

Schuldzuweisungen sind müßig

Retrospektive Schuldzuweisungen sind müßig. Die Konfrontation in den Jahren 2002 und 2003

brachte allerdings ein strukturelles Problem ans Licht: Die Ersatzkassenverbände sind zentralistisch organisiert. Die VdAK/AEV-Landesvertretung verhandelt mit ihren Vertragspartnern auf Landesebene. Deshalb braucht sie auch volle Entscheidungskompetenz in Bayern. Insbesondere sollte die Aufsicht der Ersatzkassenvertretung in Bayern die gleiche sein wie bei den Heilberufen und den Regionalkassen. Wenn einer Schiedsamtentscheidung die Aufsicht der einen Seite zustimmt, die Aufsicht der anderen Seite jedoch „Njet“ sagt, kann es keine klaren Vertragsverhältnisse geben – zum Nachteil der Versicherten. Wären alle Krankenkassen nach dem föderalistischen Prinzip organisiert, würden zudem die regionalen Unterschiede stärker berücksichtigt – auch bei den Beitragseinnahmen, schließlich sind die bayerischen Versicherten die größten Nettozahler.

Andererseits gibt es auch heute schon sehr positive Voraussetzungen für die Zusammenarbeit zwischen Ersatzkassen und Zahnärzten: Die Ersatzkassen zahlen einen Punktwert, der einen sehr guten Service für die Versicherten gewährleistet. Eine Nivellierung würde sowohl dem Selbstverständnis der Ersatzkassen, als auch deren Versicherten zuwiderlaufen.

Patient/Versicherter ist König

In der Beziehung zwischen den beiden Vertragspartnern geht es immer wieder um Gesundheitsleistungen und deren materiellen Wert – eine schwierige Frage, die keine simplen Antworten verträgt. Während der Auseinandersetzung zwischen VdAK/AEV-Landesvertretung und KZVB wurde wiederholt der Anschein erweckt, die Ersatzkassen seien die Kunden der KZVB. Diese eingeeengte Perspektive ignoriert die wichtigsten Akteure im Vertragsverhältnis zwischen Ersatzkassen und Zahnärzten – die Versicherten. Ein deutscher Top-Manager hat einmal zu einem Mitarbeiter gesagt: „Ihr Gehalt, das bekommen Sie nicht von mir oder von der Firma, das bekommen Sie vom Kunden.“ Der Kunde ist König. Bei den Ersatzkassen heißt dieser König Versicherter, bei uns Zahnärzten heißt er Patient. Dieses Rollenverständnis sollte Ausgangspunkt für die Beziehung zwischen Ersatzkassen und KZVB sein, denn die Qualität der zahnärztlichen Versorgung hängt zu einem großen Teil auch davon ab, wie die Vertragspartner miteinander umgehen.

Zusammenarbeit, die über gesetzlich vorgegebene Aufgaben hinausgeht

Von Siegfried Hasenbein, Geschäftsführer der Bayerischen Krankenhausgesellschaft



Siegfried Hasenbein,
Geschäftsführer der
Bayerischen Kran-
kenhausgesellschaft

Spätestens seit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) des Jahres 1992, das die „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“ betont, nimmt die Vertragspartnerschaft zwischen den Vertretern der Krankenhäuser und den Krankenkassenverbänden eine zentrale Rolle im Gesundheitswesen ein. Die Verbände auf Krankenseite haben seither keine Zweifel daran gelassen, dass sie auf der jeweiligen Ebene (Bund, Land, örtliche Ebene) bereit sind, Selbstverwaltungsaufgaben anzunehmen und auf diese Weise zusammen mit den Krankenkassen unter

der Wahrung des Grundsatzes der Subsidiarität Verantwortung zu übernehmen.

Auf der Landesebene nimmt die Rolle des Vertragspartners der Bayerischen Krankenhausgesellschaft (BKG) die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (ARGE) ein, in die die VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern als Vertreter der Ersatzkassen integriert ist.

Umfangreiche und verantwortungsvolle Partnerschaft

Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurden die Aufgaben und Kompetenzen der Selbstverwaltung im stationären Bereich erheblich erweitert und ihr vom Gesetzgeber weit reichende neue Aufgaben übertragen. Ein Meilenstein bildet dabei für die Krankenkassenverbände auf Landesebene und die Bayerische Krankenhausgesellschaft die Vereinbarung des landesweiten Basisfallwertes. Die Umstände, unter denen der erste zu vereinbarende Basisfallwert im Jahr 2005 gefunden wurde, waren beispielhaft für das Klima unter den Vertragspartnern in Bayern: Nach harten und zähen, aber jederzeit sachlich geführten Verhandlungen, konnte man eine Einigung erzielen und die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung unter Beweis stellen.

Konstruktive und objektive Zusammenarbeit

Zwischen der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern und den übrigen Krankenkassenverbänden sowie der BKG hat sich inzwischen eine kontinuierliche Zusammenarbeit etabliert, die über die vom Gesetzgeber vorgegebenen Aufgaben hinausgeht. Im Bayerischen Krankenhausplanungsausschuss und seinen Unterausschüssen, und hier besonders

im Unterausschuss Jahreskrankenhausbauprogramme, tragen Krankenkassen und BKG durch eine konstruktive und objektive Zusammenarbeit wesentlich zu den meist einstimmigen Beschlussfassungen bei.

Zweifellos wird die Vertragspartnerschaft des Öfteren auch harten Belastungsproben ausgesetzt. Insbesondere in der aktuellen Phase, in der sich das Gesundheitswesen und besonders der Krankenhausbereich in einem tief greifenden Umbruch befinden, bleiben Meinungsverschiedenheiten aufgrund unterschiedlicher Interessenlagen nicht aus.

Chronisch unterfinanzierte Krankenhäuser, die sich in einem immer härter umkämpften Markt behaupten müssen, haben ebenso wenig „zu verschenken“ wie Krankenkassen, die ihrerseits untereinander im Wettbewerb stehen und unter anhaltenden Einnahmeproblemen leiden.

Eine besondere Herausforderung und Verpflichtung für die Vertragspartner besteht darin, trotz divergierender Einzelinteressen in ihrem Verbandsbereich eine ergebnisorientierte und kompromissfähige Rolle bei den diversen Vertragsverhandlungen zu spielen. Die Selbstverwaltung in Bayern hat in der Vergangenheit entscheidend dazu beigetragen, dass wir auf ein hervorragendes Niveau bei der Krankenhausversorgung verweisen können. Die BKG sieht in der verantwortungsvollen Anwendung der Selbstverwaltungsaufgaben auch weiterhin eine Chance für systemgerechte und zukunftsfähige Lösungen im Krankenhausbereich.

Der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern gratulieren wir, auch im Namen der bayerischen Krankenhäuser, zu ihrem 15-jährigen Bestehen. Wir bedanken uns für die bisherige Zusammenarbeit und würden uns über eine weiterhin erfolgreiche Zusammenarbeit im Interesse der Patienten und Versicherten freuen.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
Arnulfstr. 201a · 80634 München
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0
Telefax: 0 89 – 55 25 51-14
Redaktion: Dr. Sergej Saizew
Verantwortlich: Christian Bredl