

report rheinland-pfalz

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Juni 2006

ersatzkassen

Landtag Rheinland-Pfalz startet in 15. Wahlperiode

Chancen für gesundheitspolitische Akzente in Richtung Bund

Mit dem Start der 15. Wahlperiode erhält die Gesundheitspolitik in Rheinland-Pfalz eine besondere Chance zur Akzentsetzung.

Kurt Beck, frisch gewählter Ministerpräsident, regiert Rheinland-Pfalz künftig alleine und kann dadurch sozialdemokratische Gesundheitspolitik verwirklichen, ohne Kompromisse mit einem Koalitionspartner eingehen zu müssen. Die Ersatzkassen werden mit Interesse verfolgen, welche Schwerpunkte er setzt. Gleichzeitig kann Kurt Beck als Bundesvorsitzender der SPD entscheidenden Einfluss auf die laufende Gesundheitsreformdebatte nehmen.

Die Chancen, von Rheinland-Pfalz aus wichtige Impulse für die künftige Gestaltung des Gesundheitswesens zu geben, werden zudem durch das Engagement von Gesundheitsministerin Malu Dreyer in der Reformgruppe um Gesundheitsministerin Ulla Schmidt gestärkt. Staatsministerin Dreyer gehörte bereits bei den Koalitionsverhandlungen in Berlin zur Delegation der SPD und prägte dabei insbesondere die in den Koalitionsvertrag aufgenommenen Passagen zur Reform und Weiterentwicklung der Pflegeversicherung.

Die Ersatzkassen hoffen, dass sich sowohl Ministerpräsident Kurt Beck als auch Staatsministerin

In dieser Ausgabe:

■ AVWG

Chancen für eine wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung nutzen

■ DMP

Vertragspartner ziehen positive Bilanz

■ Mammographie-Screening in Rheinland-Pfalz

■ Gesundheitsfondsmodell

einseitige Belastung für Versicherte

Malu Dreyer zur solidarischen Krankenversicherung bekennen und auf Bundesebene für deren Erhalt eintreten.

Die rheinland-pfälzische Gesundheits- und Pflegepolitik hat sich in den letzten Jahren durch Ideenreichtum, Verlässlichkeit und das stete Bemühen um Konsens und konstruktives Miteinander ausgezeichnet. Auch in dieser Hinsicht kann Rheinland-Pfalz wichtige Impulse für die schwierige Reformdebatte im Bund liefern.

Trotz der bedeutungsvollen Reformdebatte auf Bundesebene dürfen die gesundheitspolitischen Aktivitäten im Land nicht vernachlässigt werden.

In ihrem Wahlprogramm legte die SPD ein klares Bekenntnis zum Universitätsklinikum Mainz in staatlicher Verantwortung ab. Unabhängig von der Entscheidung einiger Länder, Universitätskliniken und landeseigene Kliniken zu privatisieren, sehen die Ersatzkassen in der zunehmenden Privatisierung kommunaler und kirchlicher Krankenhäuser die Gefahr, dass der aggressive Verdrängungswettbewerb und die Aufgabe bestimmter, weniger lukrativer Behandlungen zu Unterversorgungen besonders in ländlichen Gebieten führen kann.

Die Ersatzkassen werden mit Interesse verfolgen, ob Landesregierung und Mehrheitsfraktion auf die CDU-Forderung nach einer Verstärkung von Forschung und Ausbildung im Bereich Palliativmedizin eingehen und sich für eine entsprechende Schwerpunktsetzung in Forschung und Lehre engagieren. Es ist unbestritten, dass die Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen verbessert werden muss. Die Realisierung des Union-Vorschlags würde hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Gemeinsames Anliegen aller im rheinland-pfälzischen Parlament vertretenen Parteien ist die Stärkung der Prävention. Es wäre wünschenswert, dass diese Gemeinsamkeit in einer Initiative auf Bundesebene mündet. Zielrichtung muss dabei eine integrierte Prä-

ventionspolitik sein, die all diejenigen Akteure zusammenführt, die in diesem Feld Verantwortung zu tragen haben. Dabei darf es nicht nur um die individualisierende Verhaltensprävention gehen. Auch Krankheiten auslösende Faktoren in Wohn- und Arbeitswelt, in der Umwelt oder im Zusammenhang mit unserer Ernährung bedürfen der Korrektur.

Während Vorschläge zur Veränderung der Strukturen und Finanzierung des Gesundheitswesens die Schlagzeilen dominieren, droht die Situation und der Reformbedarf der solidarischen Pflegeversicherung derzeit aus dem Blickfeld zu geraten. Hier sollte die rheinland-pfälzische Landespolitik aktiv werden und als Richtungsweiser für die Bundesebene fungieren, etwa durch weitere Verbesserungen bei der Versorgung Demenzkranker, beim Abbau unnötiger Bürokratie oder der Stärkung der ambulanten Pflege, z. B. durch die Förderung neuer Wohn- und Betreuungsformen.

Die Gesundheitspolitik in Rheinland-Pfalz wird auch in der neuen Wahlperiode lebendig bleiben. Dafür sprechen nicht nur die Themen, denen sich Bund und Land derzeit stellen müssen, sondern auch die Tatsache, dass das neue Parlament über eine anschauliche Zahl von Abgeordneten verfügt, deren berufliche Wurzeln im Gesundheitswesen liegen. Auch dies ist als Chance zu werten, von Rheinland-Pfalz aus wegweisende gesundheitspolitische Impulse in Richtung Bundesebene zu entwickeln.

DER KOMMENTAR

Es ist damit zu rechnen, dass die Gesundheitspolitik in den kommenden Monaten durch die Debatte im Bund dominiert werden wird. Durch das neue Parteiamt von Kurt Beck und die Rolle von Gesundheitsministerin Dreyer bei den Reformgesprächen in Berlin erhält Rheinland-Pfalz bei den laufenden Verhandlungen eine gewichtige Stimme. Beide haben die Chance, das Landtagswahlprogramm ihrer Partei mit Leben zu füllen, indem sie dafür Sorge tragen, dass soziale Gerechtigkeit nicht unter die Räder kommt und Gesundheit für alle bezahlbar bleibt.

Was die Finanzsituation der Gesetzlichen Krankenversicherung angeht, bestätigt sich erneut die Erfahrung, dass die im Rahmen der verschiedenen Gesundheitsreformgesetze beschlossenen Kostendämpfungsmaßnahmen nur kurzfristig wirken. Derzeit steigen die Arzneimittel- und Krankenhausausgaben beitragsatzrelevant, während die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV stagnieren. Mit weiteren Belastungen muss gerechnet werden, etwa infolge der Streichung des Bundeszuschusses für versicherungsfremde Leistungen oder der geplanten Mehrwertsteuererhöhung. Die sich abzeichnende Entwicklung erfordert schnellst möglich eine Finanzierungsreform als einen Schwerpunkt in einem umfassenden Zukunftskonzept für die GKV. Statt Partikularinteressen zu vertreten sollten dabei alle Akteure im Gesundheitswesen gemeinsam mit den Beitragszahlern an einem Strang ziehen und für eine Stärkung des solidarischen Systems eintreten. Nur dieses bietet allen Versicherten und den Leistungserbringern Kontinuität und Stabilität im Versorgungsalltag.



Armin Lang, Leiter der VdAK/AEV Landesvertretung Rheinland-Pfalz

AVWG - Chancen für eine wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung nutzen

Die Ablehnung des AVWG war neben der Forderung nach einer höheren Entlohnung Kern der in den vergangenen Monaten durchgeführten Protestaktionen niedergelassener Ärzte und Ärztinnen in Rheinland-Pfalz. Insbesondere die in diesem Zusammenhang heftig bekämpfte Bonus-Malus-Regelung sorgte sowohl bei Patienten als auch bei Medizinern für Verunsicherung, nicht selten verursacht durch Fehlinformationen. Hier brauchen wir weniger Polemik und mehr Aufklärung, gerade für die Ärztinnen und Ärzte. Dieses Gesetz bietet vielfältige Chancen zur sachgerechten Arzneimittelverordnung. Deshalb einige Fakten:

Preisvergleiche gehören zum Konsumentenalltag. Nicht nur bei der Anschaffung langlebiger Konsumgüter auch beim Kauf von Waren für den täglichen Bedarf erfolgt in der Regel keine Kaufentscheidung ohne Preisvergleich. Um einen Preisvergleich geht es letztendlich auch bei der Bonus-Malus-Regelung. Sie ist eine von mehreren Maßnahmen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes (AVWG), mit dem der Gesetzgeber auf den massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) reagiert hat.

Das Bonus-Malus-Konzept bezieht sich nicht auf das gesamte Arzneimittelsortiment, sondern verpflichtet die Selbstverwaltung, vertragliche Zielver-

einbarungen zu den Durchschnittskosten pro Tagesdosis für Wirkstoffe und Wirkstoffgruppen in verordnungstarken Anwendungsgebieten festzulegen. Die Durchschnittskosten pro Tagesdosis sollen anschließend dem Arzt als Orientierung dienen, um aus einer Reihe gleichwertiger Alternativen das preisgünstigste Medikament zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen sprechen.

Überschreitet ein Arzt die Zielvorgaben können die Krankenkassen von ihm einen finanziellen Ausgleich (Malus) fordern. Umgekehrt kann auf kostenbewusstes Verordnen ein Bonus an die verantwortliche Kassenärztliche Vereinigung folgen. Die Selbstverwaltungspartner auf Landesebene haben die Möglichkeit, die Bonus-Malus-Regelung durch eine regionale Vereinbarung zu ersetzen. Voraussetzung ist, diese Vereinbarung liefert eine vergleichbare Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung und beinhaltet verbindliche Ausgleichsverpflichtungen für den Fall, dass die vereinbarten Ziele verfehlt werden.

Fakt ist, in Deutschland gibt es eine Vielzahl von Arzneimitteln in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil auch identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind. Durch ärztliches Ordnungsverhalten, bei dem therapeutischer Nutzen und Preis eines Arzneimittels verantwortungsvoll gegeneinander abgewägt werden, kann die Entwicklung der Arzneimittelausgaben entscheidend mitbeeinflusst werden.

Nachdem der Gesetzgeber den Weg für das Inkrafttreten des AVWG zum 01. Mai frei gemacht hat, kündigte die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz an, sie werde die Umsetzung dieses Gesetzes boykottieren. Ein Boykott des AVWG bedeutet nichts anderes, als einem weiteren Anstieg der Arzneimittelausgaben tatenlos zuzusehen. Eine solche Haltung steht nicht im Einklang mit Forderungen nach einer besseren Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen. Denn die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel lagen im Jahr 2005 deutlich über denen für die ambulante ärztliche Behandlung. Von daher liegt es sowohl im Interesse der Patienten und Patientinnen als auch der Ärzteschaft, die Möglichkeiten des AVWG für eine wirtschaftlichere Arzneimittelversorgung zu nutzen. Die Ersatzkassen stehen als Verhandlungspartner bereit.

ARZNEIMITTELVERSORGUNGS- WIRTSCHAFTLICHKEITSGESETZ

Im 1. Quartal 2006 waren in Rheinland-Pfalz die Arzneimittelausgaben der GKV um rund 10 Prozent höher als im 1. Quartal 2005. Vor diesem Hintergrund plädieren die rheinland-pfälzischen Ersatzkassen für eine schnelle Umsetzung des zum 01.05. in Kraft getretenen AVWG. Das Gesetz kombiniert strukturelle Änderungen mit Kostendämpfungsmaßnahmen im Arzneimittelbereich. Es ist Aufgabe der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aber auch der Pharmaindustrie, die Handlungsmöglichkeiten, die das Gesetz bietet, konstruktiv zu nutzen. Kostendämpfende und damit stabilisierende Effekte erwarten die Ersatzkassen u. a. von folgenden Maßnahmen: zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden, 10prozentiger Herstellerrabatt auf patentfreie Arzneimittel, Absenkung der Festbeträge.

DMP-Vertragspartner ziehen positive Bilanz

Seit 2003 haben die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV), die BKK-IKK-LKK-Arbeitsgemeinschaft Rheinland-Pfalz, die Knappschaft und die rheinland-pfälzische Landesvertretung der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV vier strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme – DMP) auf den Weg gebracht: Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Brustkrebs und Koronare Herzkrankheit (KHK). Dank der Kooperation besteht für Versicherte, die an einer der genannten Krankheiten leiden, landesweit die Möglichkeit zur Teilnahme an DMP.

Zurzeit beteiligen sich rund 3.000 Ärzte und Ärztinnen an den strukturierten Behandlungsprogrammen der Vertragsgemeinschaft. Die Mehrzahl tut dies mit großem Engagement, für das ihr ein besonderer Dank gebührt. Ein Wermutstropfen ist jedoch, dass einige der eingeschriebenen Mediziner derzeit offenbar dem Aufruf von Ärztenverbänden folgen und DMP boykottieren. Leittragende sind Patienten, denen nicht aus medizinischen sondern berufspolitisch motivierten Gründen, eine Einschreibung verweigert wird. Dabei genießen strukturierte Behandlungsprogramm auf Patientenseite große Zustimmung, wie die Zahl von 80.000 ein-

geschriebenen Patienten belegt. Zudem gibt es erste Hinweise auf eine Verbesserung der Patientenversorgung durch DMP. Die rheinland-pfälzischen Ersatzkassen appellieren daher an die KV als Vertragspartner dafür zu sorgen, dass die gemeinsam geschlossenen Verträge gelebt und nicht zu berufspolitischen Zwecken missbraucht werden.

Die Wirksamkeit der Programme wird fortlaufend ausgewertet. Zu DMP Diabetes mellitus Typ 2, dem Programm mit der längsten Laufzeit, liegen bereits aussagekräftige Ergebnisse vor. Sie belegen, dass das Programm zur Verbesserung der Versorgung und damit auch der Lebensqualität der chronisch kranken Patienten beitragen kann. So konnten z. B. die Blutdruckeinstellung der an DMP teilnehmenden Diabetiker deutlich verbessert und wichtige Erfolge im Hinblick auf die Vermeidung von Blutzuckerentgleisungen erzielt werden.

Folgeschäden des Diabetes können zu massiven gesundheitlichen Problemen des Patienten führen bis hin zur Fußamputation oder Erblindung. Zur Prävention sieht das DMP daher jährliche Augenuntersuchungen und Fußinspektionen vor, die bei fast allen eingeschriebenen Patienten durchgeführt wurden.

Über 50 Prozent der eingeschriebenen Diabetiker nahmen an speziellen Schulungen teil, in denen sie von diabetologisch qualifizierten Ärzten und Ärztinnen sowie besonders weitergebildeten Praxismitarbeitern/innen über ihre Erkrankung und die erforderliche Therapie eingehend informiert wurden. Die erfolgreiche Behandlung des Diabetes hängt entscheidend von der Mitwirkung des Patienten ab. Die Schulungen vermitteln den Betroffenen das hierzu notwendige Wissen.

DMP-STÜTZPUNKT SÜDWEST

Zum 01.04.06 wurde in der VdAK/AEV Landesvertretung Rheinland-Pfalz der DMP-Stützpunkt Südwest eingerichtet. Von hier aus werden künftig alle Vertragsangelegenheiten rund um DMP für die Länder Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland bearbeitet. Ansprechpartner sind neben Heinz Marx, dem derzeitigen Leiter des Stützpunktes, Sabine Roth und Birgit Munkwitz. Heinz Marx ist langjähriger Mitarbeiter der Landesvertretung, die beiden Juristinnen sind dagegen neu im Team. Frau Munkwitz (30) arbeitete bislang als Anwältin, Frau Roth (40) war als persönliche Assistentin der Geschäftsführung der Rhein-Main-Kliniken tätig.

Auf der Agenda des Stützpunktteams stehen zurzeit die Reakkreditierung einzelner Programme und Vertragsverhandlungen zum DMP Asthma/COPD. Die in Rheinland-Pfalz bewährte DMP-Vertragspartnerschaft der Ersatzkassen mit der BKK-IKK-LKK-Arbeitsgemeinschaft, der Knappschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung wird durch die personelle Verstärkung bei der VdAK/AEV Landesvertretung sicher weiter an Tat- und Schlagkraft gewinnen.



Das Team des DMP-Stützpunktes Südwest (v.l.): Frau Munkwitz, Herr Marx, Frau Roth.

Gesundheitsforum „DMP – Innovative Versorgungsformen der Zukunft?“

Die positiven Erfahrungen, die während der Umsetzung von DMP gesammelt wurden und die Tatsache, dass in Rheinland-Pfalz

- rund 200.000 Menschen an Diabetes leiden,
- pro Jahr ca. 2.400 Frauen an Brustkrebs erkranken und
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den häufigsten Todesursachen zählen,

war den DMP-Vertragspartnern Ansporn, mit einer landesweiten Aktionswoche verstärkt über die vier strukturierten Behandlungsprogramme für chronisch Kranke zu informieren.



Die rheinland-pfälzische Gesundheitsministerin Malu Dreyer sieht DMP als Katalysator für eine bessere Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Sektor.

Die Geschichte der strukturierten Behandlungsprogramme in Deutschland sei noch zu jung, um eine abschließende Bilanz zu ziehen, so Bundesgesundheitsministerin Schmidt. DMP sei jedoch ein Ansatz dessen Weiterentwicklung lohne, wobei eine kontinuierliche Prozess- und Ergebnisevaluation betrieben werden müsse.

Mit Blick auf den von ärztlicher Seite beklagten bürokratischen Aufwand bei DMP sagte Schmidt eine Überprüfung zu. Vereinfachungen seien sicher möglich, jedoch könne auf die Dokumentation von Behandlungsschritten und -ergebnissen nicht völlig verzichtet werden. Schließlich bilde sie die Basis zur Sicherung der Ergebnisqualität und liefere damit Aufschluss über den Nutzen von DMP. Abschließend betonte die Bundesministerin bei der Weiterentwicklung von DMP müsse die Behandlung von multimorbiden Patienten stärker in den Blick genommen werden.



Kooperationspartner und Gäste (v.l.): Herr Lang (VdAK/AEV), Staatsministerin Dreyer, Bundesgesundheitsministerin Schmidt, Herr Nossek (BKK-Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland), Herr Dr. Müller (KV Rheinland-Pfalz).

Höhepunkt der Informationswoche bildete das Gesundheitsforum „DMP – Innovative Versorgungsformen der Zukunft“ mit Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und der rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerin Malu Dreyer.

Staatsministerin Dreyer zeigte sich davon überzeugt, dass stukturierte Behandlungsprogramme mit dazu beitragen, die Abschottung der unterschiedlichen Versorgungsbereiche zu überwinden. Beispielhaft verwies sie auf das DMP Brustkrebs, bei dem sowohl niedergelassene Ärzte als auch Klinikärzte der verschiedenen Fachrichtungen erfolgreich miteinander kooperieren. Die Besonderheit, dass an DMP teilnehmende Patienten aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen und in die Lage versetzt werden, den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen, stärke und fördere die Eigenverantwortung.



Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt will den bürokratischen Aufwand bei DMP überprüfen lassen.

Früherkennung von Brustkrebs wird in Rheinland-Pfalz verstärkt

Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 70 Jahren

In Deutschland erkranken jährlich ca. 47.500 Frauen neu an Brustkrebs, davon ca. 2.400 in Rheinland-Pfalz. Laut Statistischem Bundesamt ist Brustkrebs mit rund 17.500 Todesfällen pro Jahr bei Frauen die am häufigsten zum Tode führende Krebsart.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beschloss bereits im Jahr 2004 die Einführung eines Programms zur Früherkennung von Brustkrebs. Ziel ist, durch frühzeitiges Erkennen einer Brustkrebserkrankung die Möglichkeit für eine schonende und effektive Therapie zu steigern und schließlich die Brustkrebssterblichkeit in Deutschland zu senken. Nach den Programmrichtlinien haben Frauen zwischen 50 und 70 Jahren alle zwei Jahre einen Anspruch auf eine Mammographie-Untersuchung („Mammographie-Screening“). Das Screening bezieht sich speziell auf Frauen zwischen 50 und 70 Jahren, weil für diese Altersgruppe der Nutzen im Sinne einer Senkung der Sterblichkeit nachgewiesen ist.

In Rheinland-Pfalz sind die notwendigen organisatorischen und rechtlichen Voraussetzungen zur Durchführung eines Mammographie-Screenings soweit gediehen, dass die Kooperationspartner – gesetzliche Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz – von einem Programmstart Anfang 2007 ausgehen. Der Ablaufplan des Screenings sieht vor, dass eine „zentrale Stelle“ in Mainz alle Frauen zwischen 50 und 70 Jahren in

einem Turnus von zwei Jahren zu einer Mammographie-Untersuchung einlädt. Die Untersuchung wird je nach Wohnort der anspruchsberechtigten Frau in einer der vier „Screening-Einheiten“, die für die Regionen Koblenz, Trier, Rheinhessen und Pfalz eingerichtet wurden, durchgeführt. Jede dieser Einheiten wird von zwei Ärzten der Fachrichtung Radiologie geleitet. Sie arbeiten jeweils mit einem Team aus niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten zusammen. Dies gilt insbesondere für die vorgeschriebene Doppelbefundung der Mammographien oder im Rahmen der Abklärungsdiagnostik, die in Zusammenarbeit mit den Frauenärzten in den Brustzentren durchgeführt wird.

An die Ärzte und Röntgenassistentinnen, die an dem Mammographie-Screening mitwirken, werden besondere Qualifikationsanforderungen gestellt. Sie müssen über eine spezielle Ausbildung verfügen und sich regelmäßig fortbilden. Zur Programmteilnahme sind zudem nur solche Ärzte berechtigt, die pro Jahr mindestens 5.000 Frauen befunden, denn Routine und Erfahrung verbessert die Zuverlässigkeit der Befunde. Des Weiteren sind die Geräte täglich zu überprüfen, damit aussagekräftige Bilder mit möglichst geringer Strahlung aufgenommen werden.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Rheinland-Pfalz tragen die Kosten des Mammographie-Screenings für ihre weiblichen Versicherten zwischen 50 und 70 Jahren. Eine Praxisgebühr fällt nicht an.

GLOSSE

Zinsloser 3-Millionen-Euro-Kredit – ein Traum?

Zinsloser Sofortkredit über drei Millionen Euro – ein Traum? Nicht für die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV), die einen erfolgreichen Bettelgang zur Staatskanzlei tat. Die Landesregierung zeigte sich großzügig, den aktuellen „finanziellen Engpass“ der KV mit drei Millionen Euro zu überbrücken. Die Kassenärzte freut's. Diejenigen, die die Honorare der Ärzteschaft durch Ihre Kassenbeiträge und nun auch durch ihre Steuergelder finanzieren, dürfte die zinslose Großzügig-

keit der öffentlichen Hand hingegen befremden. Das gesundheitspolitische Engagement der Landesregierung in Ehren, in diesem Fall wäre es besser gewesen, auf die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit der Selbstverwaltung zu verweisen. Allein die Ersatzkassen zahlen pro Jahr rund 500 Millionen Euro an die KV; das Gesamtbudget der KV Rheinland-Pfalz liegt weit über einer Milliarde Euro. Angesichts dieser Summe ist zu erwarten, dass die KV für Engpässe, auch in einstelliger Millionenhöhe, Vorsorge trifft. Bleibt zu hoffen, dass niemand den Berliner Reformern zinslose Landeskredite als „vierten Weg“ empfiehlt.

Gesundheitsfondsmodell zielt auf einseitige Belastung der Versicherten

Eine aktuelle, repräsentative Studie der DAK liefert ein interessantes Meinungsbild zur Gesundheitsreformdebatte: Danach sind rd. 60 Prozent der Befragten für eine Reform aber gegen eine Zerschlagung des derzeitigen Solidarsystems. Das von Volker Kauder, dem Vorsitzenden der CDU/CSU-Bundstagsfraktion ins Gespräch gebrachte Gesundheitsfondsmodell steht dieser Meinung entgegen, denn es stellt die Grundstrukturen der Gesetzlichen Krankenversicherung und deren Sozialversicherungscharakter in Frage.

Fondsmodell stellt Grundstrukturen der GKV in Frage und belastet Versicherte

Im Mittelpunkt des Kauder-Vorschlags steht die Errichtung eines sog. Gesundheitsfonds, der aus Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträgen sowie aus einer zweckgebundenen Steuer (Gesundheits soli) – zur Finanzierung der Gesundheitsleistungen für Kinder – gespeist wird. Jede Krankenkasse soll aus dem Gesundheitsfonds für jeden Versicherten eine Pauschale erhalten. Reichen diese Mittel zur Deckung der Ausgaben der einzelnen Krankenkasse nicht aus, muss die Kasse von ihren Versicherten eine zusätzliche Prämie erheben. Mit anderen Worten, Ausgabensteigerungen sollen künftig allein zu Lasten der Versicherten gehen. Dies ist in höchstem Maße sozial ungerecht, weil dadurch vor allem Menschen mit niedrigeren Einkommen überproportional belastet werden und ein sozialer Ausgleich nicht vorgesehen ist.

Fondsmodell erzeugt Bürokratie und vernichtet Arbeitsplätze

Darüber hinaus wäre mit der Realisierung dieses Modells zwangsläufig ein zusätzlicher bürokratischer Verwaltungsaufwand beim Beitragseinzug und stärkere staatliche Regulierung verbunden. Während die Krankenkassen zur Zeit den gemeinsamen Beitragseinzug für die Kranken-, Pflege-, Renten-, und Arbeitslosenversicherung organisieren, müssten künftig drei parallele Einzugsverfahren installiert werden. Dadurch droht bei den Krankenkassen der Wegfall von 30.000 Stellen. Zugleich müsste aufwändig eine staatliche Fondsverwaltung mit wenig Bürgernähe installiert werden. Dies alles steht im Gegensatz zu dem erklärten Ziel der Bundesregierung, Bürokratie im Gesundheitswesen abzubauen.

Ersatzkassen wollen solidarische Krankenversicherung reformieren statt zerschlagen

Vor diesem Hintergrund haben die Ersatzkassen die Bundespolitik aufgefordert, das sog. Gesundheitsfondsmodell nicht weiter zu verfolgen. Sie plädieren stattdessen für eine Stabilisierung der GKV durch Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze und eine Neudefinition des Verhältnisses zwischen Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung. Darüber hinaus sollten den Krankenkassen mehr Spielräume beim Wettbewerb um die beste Versorgung für ihre Versicherten eingeräumt werden.

Trotz erfolgreicher Gegenmaßnahmen ist das Gesundheitssystem noch nicht frei von Unwirtschaftlichkeiten und Qualitätsdefiziten. Hier bestehen nach wie vor Angriffspunkte zur Entlastung der Ausgabenseite. Und schließlich sollten gesamtgesellschaftliche Aufgaben, die die GKV schultert, aus Steuermitteln finanziert werden.

Politische Entscheidungen haben Finanzprobleme der GKV verschärft

Rückblickend betrachtet, hat sich das System der solidarischen Krankenversicherung über Jahrzehnte hinweg bewährt und viele Herausforderungen, wie z.B. die Realisierung der Deutschen Einheit, bewältigt. Von daher wäre es fatal, die GKV ohne Not radikal umzustrukturieren. Die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundstagsfraktion, Carola Reimann, musste unlängst eingestehen, dass ein Großteil der Finanzprobleme, mit denen die GKV heute zu kämpfen hat, durch politisches Handeln verschuldet wurden. So seien in den vergangenen Jahren Krankenversicherungsbeiträge i.H.v. rd. 36 Milliarden Euro zum Stopfen von Löchern im Bundeshaushalt sowie bei der Arbeitslosen- und Rentenversicherung verwandt worden. Allein im vergangenen Jahr seien der GKV auf diesem Weg 11 Milliarden Euro entzogen worden. Die Politikerin verwies in diesem Zusammenhang auf Berechnungen des Instituts für Gesundheits-Systems-Forschung, nach denen der Beitragssatz der GKV heute 11,8 Prozent betragen könnte, wenn die Politik auf die genannten Verschiebepfade verzichtet hätte.

Landtag Rheinland-Pfalz in die 15. Wahlperiode gestartet

Neue Ansprechpartner/innen für Gesundheits- und Sozialpolitik

Die SPD-Landtagsfraktion hat für den ihr zustehenden Vorsitz im Parlamentsausschuss für Gesundheit und Soziales die Abgeordnete Friederike Ebli nominiert.

Noch vor der Konstituierung des Landtages am 18. Mai wählten die Fraktionen die Vorsitzenden ihrer Arbeitskreise. Bei der SPD-Fraktion führt die Abgeordnete Marianne Grosse den Arbeitskreis „Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit“, in der

CDU-Fraktion hat diese Funktion die Abgeordnete Hedi Thelen übernommen. Die FDP-Fraktion beauftragte ihren stellvertretenden Fraktionsvorsitzenden Dr. Peter Schmitz mit den Aufgaben des gesundheitspolitischen Sprechers.

Die rheinland-pfälzischen Ersatzkassenverbände wünschen allen Abgeordneten viel Erfolg und freuen sich auf eine gute Zusammenarbeit.

PERSONALIA:

Verstärkung für das Referat Vertrags- und Versorgungsmanagement

Die 31-jährige Juristin Tanja Brenner verstärkt das Referat Vertrags- und Versorgungsmanagement, insbesondere in den Themenfeldern ambulantes Operieren, Honorarverteilung und neue Versorgungsformen (wie z. B. Medizinische Versorgungszentren). Frau Brenner war bislang als Anwältin tätig.



VdAK/AEV Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland kooperieren im Bereich Integrierte Versorgung

Janine Poth-Schwindling wird künftig für die Landesvertretungen Saarland und Rheinland-Pfalz die verantwortliche Ansprechpartnerin für Verträge zur Integrierten Versorgung (kurz IV-Verträge) sein. Neben der Konzeptentwicklung obliegen ihr die Vertragsverhandlungen sowie das entsprechende Vertragsmanagement.

Die 38-jährige Lehrerin für Pflegeberufe ist bereits seit mehreren Jahren in der Landesvertretung Saarland beschäftigt. Dort wirkte sie u. a. an einem Modellprojekt zur Steuerung von Krankenhausaufgaben mit. Ergebnisse dieser Projektarbeit mündeten in erfolgreichen Verträgen im Bereich des ambulanten Operierens, der integrierten Versorgung und des effektiven und effizienten Fallmanagements.

TERMIN

06. Juli 2006

Informationsaustausch der Geschäftsführer und der Verantwortlichen der Ersatzkassen in Rheinland-Pfalz mit der Drogenbeauftragten der Bundesregierung, Sabine Bätzing, in der VdAK/AEV Landesvertretung Rheinland-Pfalz.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Rheinland-Pfalz des VdAK/AEV
Göttelmannstr. 17 · 55130 Mainz
Telefon: 0 61 31 / 9 82 55-0
Telefax: 0 61 31 / 83 20 15
E-Mail: lv_rheinland-pfalz@vdak-aev.de
Verantwortlich: Armin Lang
Redaktion: Sabine Schreiner