

report bremen

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Aug. 2010

ersatzkassen

Der Gesundheitskompromiss

Angesichts eines für das nächste Jahr drohenden Defizits von elf Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung und eines ständig von der CSU angegangenen FDP-geleiteten Gesundheitsministeriums musste Bundesgesundheitsminister Rösler sich einige Tricks ausdenken, um noch einen Konsens der Koalitionsparteien zu erreichen. Das Ergebnis ist kein zukunftsweisender Entwurf, sondern ein Bündel von Sparmaßnahmen auf der Seite der Leistungserbringer und für die Zukunft tatsächlich bedeutsam: Die Einführung eines nach oben unbegrenzten Zusatzbeitrags, über den alle kommenden Kostensteigerungen von den Versicherten gezahlt werden sollen.

Nach den Eckpunkten aus dem Bundesgesundheitsministerium soll zunächst der Beitragssatz der Krankenversicherung von 14,9 auf 15,5 Prozent steigen. Nach Abzug des „Sonderbeitrags“ der Arbeitnehmer von 0,9 Prozent bleibt ein paritätisch aufzuteilender Beitragssatz von 14,6 Prozent. Unterm Strich werden die Arbeitnehmer dann 8,2 Prozent zahlen, während die Arbeitgeber sich mit 7,3 Prozent beteiligen werden. Auf dieser Höhe solle der Beitrag der Arbeitgeber dauerhaft eingefroren bleiben, während alle zukünftigen Kostensteigerungen über Zusatzbeiträge von den Versicherten finanziert werden sollen.

Um eine Überbelastung von Beziehern niedrigerer Einkommen zu vermeiden, die bei einer solchen Kopfpauschale unausweichlich entsteht, hatte Minister Rösler einen umfänglichen Sozialausgleich über das Steuersystem angekündigt. Da ein solches Gesetz jedoch der Zustimmung des Bundesrats bedürfte und dort möglicherweise keine Mehrheit bekäme, wurde ein Ausgleichsystem über die Arbeitgeber erdacht, wodurch, wie bisher, lediglich das Erwerbseinkommen den Beitrag zur Krankenversicherung bestimmt. Dabei war ein Argument für die Einführung einer Kopfpauschale mit Sozialausgleich über das Steuersystem immer der gerechtere Einbezug aller Einkommensarten, eben auch von Kapitaleinkünften oder Mieten.

In dieser Ausgabe:

- Interview mit Dr. Steffen von der Arbeitnehmerkammer Bremen
- Hausarztzentrierte Versorgung – eine Formel ohne Inhalt
- Einsparung im Arzneimittelmarkt?
- Urlaub für pflegende Angehörige

Interview mit Dr. Johannes Steffen von der Arbeitnehmerkammer Bremen zum Thema „Eckpunkte Finanzreform GKV“

▼ Herr Dr. Steffen, mit den Eckpunkten zur Finanzreform der gesetzlichen Krankenversicherung hat die Regierungskoalition ein Papier vorgelegt, das scheinbar alle Beteiligten in umfangreiche Sparmaßnahmen einbezieht: Ärzte, Krankenkassen, Krankenhäuser und mit dem bereits verabschiedeten Arzneimittel-Sparpaket, sogar die Pharmaindustrie. Wie sehen Sie die Position der Arbeitnehmer und Rentner im Konzert dieser Sparmaßnahmen?

▲ Für das kommende Jahr prognostizieren Ökonomen bei den gesetzlichen Krankenkassen ein Defizit von rund elf Milliarden Euro. Diese absehbare Lücke galt es zunächst einmal zu schließen. Das ist zumindest auf dem Papier auch gelungen. Mit der Anhebung des paritätischen Beitragssatzes von heute 14 Prozent auf 14,6 Prozent ab 2011 tragen Arbeitnehmer und Rentner auf der einen sowie Arbeitgeber beziehungsweise Rentenkassen auf der anderen Seite mit je rund drei Milliarden Euro zur Schließung dieser Lücke bei. Zudem leistet der Bund einen einmaligen Steuerzuschuss in Höhe von zwei Milliarden Euro und die Akteure des Gesundheitswesens sollen durch eine Begrenzung des Ausgabenanstiegs – nicht zu verwechseln mit Ausgabenkürzungen – weitere rund 3,5 Milliarden zur Konsolidierung beitragen.

So richtig grausam wird es für Arbeitnehmer und Rentner in den Jahren danach. Denn der Arbeitgeberanteil von dann 7,3 Prozent soll für die Zukunft festgeschrieben werden. Damit wären die Arbeitgeber bei kommenden Kosten- und Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen aus der Pflicht. Künftige Defizite müssten alleine von Arbeitnehmern und Rentnern gedeckt werden. Die paritätische Finanzierung der sozialen Krankenversicherung ginge damit endgültig baden. Und: Der nach oben offene Zusatzbeitrag der Mitglieder muss von den Kassen in Zukunft zwingend als einheitlicher, vom individuellen Einkommen unabhängiger Betrag erhoben werden – also in »Euro und Cent« und nicht als Prozentsatz von Lohn oder Rente. Damit mutiert der Zusatzbeitrag endgültig zur kleinen Kopfpauschale, die allerdings das Potenzial zur großen Kopfpauschale bereits in sich trägt.

Gesundheitsminister Rösler versucht mit dem Hinweis zu beschwichtigen, die durchschnittliche Höhe der monatlichen Prämie werde in dieser Wahlperiode nicht mehr als 16 Euro betragen – aber was ist danach? In den vergangenen Jahren sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung im Schnitt um jährlich rund vier Prozent gestiegen, demgegenüber blieben die Einnahmen mit einem Zuwachs von rund 1,5 Prozent deutlich dahinter



Karl L. Nagel, Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen

DER KOMMENTAR

Mit dem Kompromiss zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung hat Bundesgesundheitsminister Rösler sich zwar aus der Bedrängnis innerkoalitionärer Streitigkeiten befreit, den versprochenen Weg in eine nachhaltige und verteilungsgerechte Finanzierung hat er damit jedoch nicht eingeschlagen. Ein wenig Kostendämpfung auf der einen Seite und eine schwere Hypothek für die Zukunft auf Seiten der Versicherten – nachhaltige Politik sieht anders aus.

So werden wir in den nächsten Jahren einen rasant steigenden Zusatzbeitrag für die Versicherten beobachten können, während kaum Instrumente zur Verfügung stehen, um die Leistungen und damit verbunden, die Kosten, sinnvoll zu steuern.

Als Beispiel für eine misslungene Steuerung kann derzeit die Posse um die verpflichtenden Hausarztverträge bestaunt werden, über die wir in dieser Ausgabe berichten. Bleibt zu hoffen, dass die Politik aus ihren Fehlern lernt und den Krankenkassen zukünftig bessere Instrumente für sinnvolle Selektivverträge in die Hand gibt.

zurück. Schreibt man diese Entwicklung für die Zukunft fort, so öffnet sich die Schere in den kommenden Jahren immer mehr. Dieses von Jahr zu Jahr steigende Defizit wäre dann alleine über eine immer höhere Kopfpauschale zu decken. Rösler's Prämie stiege unter den genannten Annahmen bis zum Jahre 2030 auf über 200 Euro monatlich.

▼ **Der angekündigte Einbezug der Leistungsfähigkeit der Versicherten beim Zusatzbeitrag bezieht sich nach den Eckpunkten lediglich auf das Lohneinkommen – beziehungsweise auf die Höhe der Rente. Dieser Kompromiss wurde geschlossen, weil der Bundesfinanzminister eine millionenfache Einkommensprüfung aus Kostengründen ausgeschlossen hat. Eine Ausrichtung der Leistungsfähigkeit an den Lohneinkünften haben wir bisher auch schon. Was ändert sich also?**

▲ Sie sprechen die angekündigte Belastungsgrenze mit dem in Aussicht gestellten Sozialausgleich an. Die Kopfpauschale, ohne die die beiden genannten Instrumente im Übrigen gar nicht erforderlich wären, führt zu einer grundlegenden Verschiebung der finanziellen Belastung nicht nur zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgebern, sondern auch innerhalb der Mitgliedschaft. Nehmen wir eine Prämie von monatlich 20 Euro. Bei einer Rente von beispielsweise 800 Euro entspricht dies einer Belastung von 2,5 Prozent – bei einem Lohn von 2.000 Euro wäre es nur noch ein Prozent und ein Gehalt in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze von derzeit 3.750 Euro wäre durch die 20 Euro gerade noch mit 0,53 Prozent gefordert. Wir sprechen hier von einem degressiven Belastungsverlauf – je höher die Rente oder das Arbeitsentgelt, um so geringer fällt der rechnerische „Beitragsatz“ der Kopfpauschale aus. Mit einer solidarischen Mittelaufbringung entsprechend der finanziellen Leistungsfähigkeit, wie heute beim einkommensproportionalen Beitrag, hat dies nun überhaupt nichts mehr zu tun. Von einem Lohnbezug kann keine Rede sein.

Ein solcher Bezug ist lediglich beim Überforderungsschutz von – zunächst – zwei Prozent vorgesehen. Unser Rentner beispielsweise zahlt daher eine Kopfpauschale von „nur“ 16 Euro, das sind zwei Prozent seiner Rente, und nicht 20 Euro. Die Zwei-Prozent-Regel knüpft am beitragspflichtigen Einkommen an. Wollte man auf sämtliche Einkunftsarten abstellen, was auch diskutiert wurde, wäre in der Tat eine millionenfache „Bedürftigkeitsprüfung“, mithin eine Art „Gesundheits-Hartz“, erforderlich gewesen. Davon hat die Koalition aus verschiede-

nen Gründen Abstand genommen. Nunmehr nimmt man in Kauf, dass vielleicht auch eine Mini-Rente, die neben hohen Zins- oder Mieteinnahmen bezogen wird, vom Sozialausgleich erfasst wird. Aber sei's drum – das wäre sicherlich eine der geringsten Verwerfungen des geplanten Systemwechsels.



Dr. Johannes Steffen, Referent Sozialpolitik der Arbeitnehmerkammer Bremen

▼ **Welche Auswirkung hat die Anhebung der Überforderungsklausel von eins auf zwei Prozent bei gleichzeitigem Wegfall der Parität zwischen Arbeitnehmern und Versicherten bei zukünftigen Beitragssteigerungen? In den Fachmedien ist vom Einzug einer anglo-amerikanischen Sozialkultur die Rede. Was bedeutet das Ihrer Meinung nach für die Zukunft der sozialen Sicherungssysteme in Deutschland?**

▲ Nichts Gutes. Vor rund zehn Jahren wurden die Weichen in Richtung Rentenniveausenkung und Teilprivatisierung der Alterssicherung gestellt – mit absehbar verheerenden Folgen für das künftige Sicherungsniveau im Alter und bei Erwerbsminderung. Vor gut fünf Jahren wurde die Arbeitslosenhilfe abgeschafft, die langzeiterwerbslosen Arbeitnehmern nach dem Ende des Arbeitslosengeldbezugs wenigstens ein Minimum an Statusabsicherung bieten konnte. Heute heißt deren Perspektive „Hartz IV“. Und jetzt steht mit dem Wechsel in Richtung eines Kopfpauschalen-Systems die solidarische Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf dem Spiel. Die Parität soll geopfert werden, Kostensteigerungen, die oberhalb der Grundlohnentwicklung liegen, müssen alleine von den Mitgliedern geschultert werden und innerhalb der Mitgliedschaft fällt die relative Belastung um so höher aus, je geringer das Einkommen ist. Und nicht zu vergessen: Der Prozentsatz der Überforderungsklausel ist ja politisch keine fixe Größe. Sobald die für den Sozialausgleich nötigen Haushaltsmittel knapp werden – immerhin soll das jährliche Ausgleichsvolumen nach Angaben des Gesundheitsministeriums ab dem Jahre 2014 jährlich um knapp eine Milliarde Euro steigen –, erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass auch die Zwei-Prozent-Grenze angehoben wird. Kurzum: Die sozialen Sicherungssysteme und deren solidarische Finanzierung werden zunehmend durch die Privatisierung sozialer Risiken und ihrer Kosten verdrängt.

Hausarztzentrierte Versorgung – eine Formel ohne Inhalt

Seit 2007 müssen die Krankenkassen mit den Hausärzten Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abschließen, seit 2009 verpflichtend mit Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte einer Region vertreten. Dagegen, dass durch diese gesetzliche Regelung der Hausärzterverband ein Monopol hat, mit dem er den

Krankenkassen Preise aufzwingen kann, protestieren die Kassen seit Einführung dieser Regelung. Während wegen Nichteinigung in Bremen und anderen Bundesländern bereits eine von der Aufsichtsbehörde bestimmte Schiedsperson eingebunden ist und auch schon Schiedssprüche zum Vertrags-

abschluss ergangen sind, gibt die Politik eine neue Marschrichtung vor. Nun steht in den Eckpunkten zur neuen Gesundheitsreform, dass sich die Vergütung der HZV nach dem bisherigen Niveau richten soll, wie es mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart wurde. Die Funktionäre des Hausärzterverbandes laufen Sturm gegen Gesundheitsminister Rösler, drohen mit Streik und Verweigerung und reagieren aufgebracht auf jede Kritik, die die Sinnhaftigkeit dieser erzwungenen Form von Hausarztverträgen hinterfragt. Was steckt hinter der verfahrenen Situation?

Honorarverteilung

Dass einige Facharztgruppen besonders in den 90er-Jahren immer höhere Einnahmen hatten, lag zum einen an der politisch gewollten, außerbudgetären Förderung des ambulanten Operierens. Die schonende, minimalinvasive Chirurgie erlaubte immer mehr Eingriffe in der ambulanten Praxis und man versprach sich, zu unrecht, wie heute bekannt ist, weniger stationäre Behandlungsfälle. Zum anderen kamen immer mehr Leistungen, wie beispielsweise die Magnetresonanztherapie (MRT), als breit angewandte Diagnose- und Behandlungstechniken in den Leistungskatalog, die einen hohen investiven Aufwand bedeuteten und daher entsprechend vergütet werden mussten. So erhöhte das ambulante Operieren das Einkommen

einiger Ärzte im Verhältnis zu anderen, da diese Leistung „on Top“ vergütet wurde; durch andere neue Leistungen wurde hingegen das Budget vergrößert aber so verteilt, dass dies in der Regel zugunsten der Fachärzte geschah. Zudem hat sich die Zahl der Vertragsärzte seit 1990 von 89.000 auf 121.000 in 2009 erhöht, was, trotz Honorarsteigerungen, zu geringeren Einnahmen einzelner Praxen geführt hat.

Nachdem lange Jahre die Fachärzte die Standespolitik der Mediziner bestimmt haben und auch in der öffentlichen Wahrnehmung der Hausarzt immer mehr an Bedeutung verloren hatte, formierte sich Widerstand aus den Reihen der Allgemeinmediziner. Der Beruf des Hausarztes sollte aufgewertet, die Rolle des kundigen Lotsen sollte in den Vordergrund gestellt werden.

Die damalige Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt und der SPD-Abgeordnete und Gesundheitswissenschaftler Prof. Karl Lauterbach hatten sich der Sache der Hausärzte angenommen und die Hausarztzentrierte Versorgung mit der Verschärfung des Paragraphen 73 b im Rahmen des Wettbewerbsstärkungsgesetzes forciert. Was zuvor ein freiwilliges Angebot der Kassen war, wurde ab 2007 zur Pflicht: Verträge, die den Hausarzt in das Zentrum der Versorgung stellen, ihn, modern ausgedrückt, als Gatekeeper die Versorgung strukturieren lassen. Allerdings war niemandem klar, wie dieser Gatekeeper sinnvoll handeln sollte, welche Qualitäten er haben müsste, um eine wirkliche Steuerungsfunktion zu haben. Man könnte vermuten, dass dem Wunsch nach Ordnung und Struktur etwas Nostalgie beigegeben war und sich die Politik irgendwie auch den guten alten Dorfarzt zurückwünschte.

Doch weder gibt es noch den idealtypischen Hausarzt von früher, der seine Patienten und sogar die gesamte Familie kannte und durch seine Menschenkenntnis und seinen Erfahrungshorizont immer wusste, was zu tun ist, noch gibt es den omnipotenten, in modernsten Management- und Kommunikationsfähigkeiten geschulten Mediziner, der, immer bestens fortgebildet, sich die Zeit nimmt, seine Patienten und deren Lebenswelt kennenzulernen und der ihn sicher durch das komplexe Gesundheitswesen schleust.



Der Rückgriff auf scheinbar Bewährtes ersetzt nicht notwendige Innovationen.

Aber wie soll er aussehen, der Arzt, der im Zentrum der Versorgung steht und hier den Ablauf besser steuern könnte? Auf diese Frage sind bisher die Beteiligten eine Antwort schuldig geblieben.

Auswertung nicht befriedigend

Um die erste Generation der noch freiwillig von den Kassen geschlossenen Hausarztverträge bewerten zu können, hatten die Ersatzkassen ein unabhängiges Institut beauftragt, das die ab 2004 entstandenen Verträge in medizinischer und finanzieller Hinsicht bewerten sollte. Die Ergebnisse waren nicht befriedigend. Weder bei der Überweisungshäufigkeit zum Facharzt, noch bei den Leistungsausgaben. Die Anzahl der Facharztconsultationen bei der Versicherungsguppe mit HZV blieb gleich, während sich die der Kontrollgruppe ohne HZV sogar verringerte. Bei den Ausgaben für Krankenhausbehandlung, Heil-, Hilfs- und Arzneimittel konnten leichte Einsparungen verbucht werden. Bei der Gegenüberstellung der Kosten waren für viele Krankenkassen die positiven Effekte der HZV allerdings zu gering. Auch eine Auswertung der Bertelsmann Stiftung kam 2008 zu der Erkenntnis: „Die Ausgestaltung der Modelle muss verbessert werden“. Es wurde deutlich, dass bei den Verträgen nachgebessert, die Anforderungen an die HZV erhöht werden müssten.

Stattdessen wurden die Kassen mit einer weiteren Verschärfung des Paragraphen 73 b SGB V dazu verpflichtet, bis Mitte 2009 flächendeckend Hausarztverträge mit der „Mehrheit der Ärzte“ abzuschließen. Diese Mehrheit stellt der Hausärzterverband, der damit eine Monopolstellung hat. Somit lässt die Pflicht der Kassen zum Vertragsabschluss seitdem keinen Spielraum für Verhandlungen oder gar qualitative Verbesserungen, sie verschafft lediglich den Hausärzten die Möglichkeit ihr Honorar zu erhöhen.

Hintergrund dieser sachlich nicht nachvollziehbaren Gesetzesinitiative ist das Versprechen der CSU in Bayern, sich bei der Gesundheitsreform 2008 für die Hausärzte einzusetzen und die Forderung nach verpflichtenden Hausarztverträgen mit dem Verband der Hausärzte in den Paragraphen 73 b einzubringen. Selbst CDU-Politiker wie Dr. Rolf Koschorrek, der die Vorgaben als „groben Unsinn“ betitelt, haben ihre Einschätzung der Sachlage nicht verhehlt. Aber weder der Protest der Krankenkassen, noch die Stellungnahmen von Fachleuten konnten verhindern, dass die Neuregelung zur hausarztzentrierten Versorgung in Kraft getreten ist.

Inhaltlose Formel

Die Definition dieser Leistung und Konzepte zu deren Erbringung sind seitens des Hausärzterverbandes bisher ausgeblieben. Das ist bedauerlich. Stattdessen wird eine aggressive Politik des Forderns und Drohens betrieben, die den Medizinern mehr schadet, als dass sie ihre Leistungen betont, ihre Kompetenz systematisch stärkt und das Bild des Hausarztes für die Zukunft mit Leben erfüllt.

Festzustellen bleibt, dass die HZV mit ihrer Aufnahme ins Gesetz noch eine inhaltlose Formel war und dass es inhaltlich nie ein Konzept gab, an dem man mit dem Gesetz zur HZV anknüpfen konnte. Ein solches hätte wissenschaftlich erarbeitet oder aus anderen Systemen übernommen werden müssen, wie beim deutschen DRG-System (Bewertungssystematik für Krankenhausleistungen) geschehen, bei dem man sich am australischen Vorbild orientiert hat. Oder es hätten unterschiedliche Konzepte erprobt werden müssen, die allerdings nur im Wettbewerb echter Selektivverträge entstehen.

WAS IST EIN HAUSARZTMODELL?

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 1. Januar 2004 wurde die „hausarztzentrierte Versorgung“ (HZV) als Vertragsoption zwischen Hausärzten und Krankenkassen eingeführt. Mit diesem Versorgungsmodell sollte der Hausarzt zum ersten Ansprechpartner werden – unnötige Arztbesuche sollten durch eine gezielte Überweisung zum Facharzt vermieden, die Arzneimitteltherapie sollte durch Koordination verbessert sowie eine Überweisung ins Krankenhaus möglichst vermieden werden.

Die teilnehmenden Ärzte müssen laut Paragraph 73 b SGB V einen Nachweis über regelmäßige Fortbildungen im Ärztekreis führen, sie müssen wissenschaftliche Leitlinien beachten und ein internes Qualitätsmanagement in ihrer Praxis installieren. Es können auch erweiterte Sprechstunden für Berufstätige vereinbart werden. Dies wird beispielsweise beim Vertrag der Bremer Ersatzkassen mit den Hausärzten der Fall sein. Hier hat das Schiedsamt festgelegt, dass die Praxen der teilnehmenden Hausärzte einmal pro Woche mindestens bis 20 Uhr oder am Samstag zur Terminsprechstunde geöffnet sind.

Was derzeit jedoch passiert ist, dass die Hausarztfunktionäre befunden haben, dass die Hausärzte zu wenig von dem Honorar abbekommen, das über die Kassenärztlichen Vereinigungen verteilt wird und dass sie dies ändern wollen. Mit der Verbesserung der Versorgung hat dies allerdings nichts zu tun. Für die Versicherten ändert sich kaum etwas, außer, dass sie am Ende möglicherweise höhere Zusatzbeiträge an die Krankenkassen zahlen müssen.

Situation in Bremen

Einzelne Krankenkassen haben trotz aller Bedenken einen Vertrag mit dem Bremer Hausärzteverband geschlossen, oder befinden sich in Verhandlungen, um die Situation aktiv zu gestalten. Für alle anderen Kassen wurden inzwischen über ein Schiedsverfahren die Vergütung und weitere Bedingungen für

einen Vertrag mit dem Hausärzteverband festgesetzt. In diesem für Anfang September angekündigten Schiedsspruch ist unter anderem festgelegt, dass die Hausärzte eine Pauschale von 60 Euro pro Patient im Jahr erhalten (unabhängig davon, ob ein Arztbesuch stattfindet) und zusätzliche 35 Euro pro Kontakt – maximal drei Mal jährlich. Weitere Zuschläge, wie für die Krebsfrüherkennung, Impfungen und Präventionschecks wurden ebenfalls von der Schiedsperson festgelegt und gelten gleichzeitig für die Ersatzkassen, die Betriebs- und Innungskrankenkassen; die auf dieser Basis zu schließenden Verträge sollen bis zum 1. Januar 2011 wirksam werden. Für die AOK, als regionale Kasse, gelten hingegen andere Regelungen, da dieser Vertrag von einer anderen Schiedsperson festgelegt wurde. Die Kasse hat jedoch beim Sozialgericht Klage gegen den Schiedsspruch eingelegt.

Urlaub ist auch für pflegende Angehörige möglich

Pflegepersonen, die ihre Angehörigen zu Hause pflegen, müssen auf Urlaub nicht verzichten. Dafür sieht das Pflegeversicherungsgesetz eine entsprechende Regelung vor. Die Kosten einer notwendigen Ersatzpflege für bis zu vier Wochen im Jahr werden von den Pflegekassen übernommen.

Bei der Ersatzpflege muss die Pflegeperson keine Fachkraft sein. Auch Familienmitglieder, Nachbarn oder Bekannte können die Ersatzpflege durchführen. Voraussetzung hierfür ist lediglich, dass die Angehörigen den Pflegebedürftigen vor der erstmaligen Inanspruchnahme in den letzten sechs Monaten zu Hause betreut und gepflegt haben.



Auch Angehörige brauchen Urlaub von der Pflege.

Zu beachten ist, dass bei der Ersatzpflege durch Pflegepersonen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben oder die mit ihm bis zum zweiten Grad verwandt oder verschwägert sind, die Kostenübernahme maximal in Höhe des Pflegegeldes der festgestellten Pflegestufe (I = 225 Euro, II = 430 Euro, III = 685 Euro) erfolgt. Denn der Gesetzgeber geht aufgrund der familiären Bindung oder der Zugehörigkeit zum gleichen Haushalt davon aus, dass hier in der Regel keine höheren Aufwendungen als die zu ersetzende Pflege auftreten.

Es können allerdings, wie bei der Ersatzpflege durch Nachbarn oder Bekannte, weitere Aufwendungen geltend gemacht werden, wenn nachweisbar ist, dass diese im Zusammenhang mit der Ersatzpflege notwendig sind. Insgesamt werden für diese sogenannte Urlaubs- und Verhinderungspflege Aufwendungen bis zu 1.510 Euro für maximal vier Wochen im Kalenderjahr übernommen.

Während des Urlaubs der Pflegeperson kann die Pflege aber auch durch einen ambulanten Pflegedienst, in einem Heim oder einer vergleichbaren Einrichtung erbracht werden.

Nähere Informationen bekommen Versicherte bei ihrer Pflegekasse. Hier erfahren sie auch, welche Einrichtungen für die Ersatzpflege in Anspruch genommen werden können.

Hohe Einsparungen durch das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes?

Mit rund fünf Prozent Kostensteigerung in 2009 sind die Arzneimittel der in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) am schnellsten wachsende Bereich – sie liegen mit dieser Steigerung deutlich über dem Wachstum der anderen Ausgabenbereiche. Während die Zahl der Verordnungen durch niedergelassene Ärzte 2006 bei 574 Millionen Euro lag, waren es 2007 594 Millionen und 2008 bereits 608 Millionen. Dabei kostete ein Medikament im Durchschnitt rund 45,50 Euro – 1998 waren es noch 23 Euro.

Begleitet von heftigen Protesten der Pharmaindustrie wurden daher am 28. April 2010 die Eckpunkte für ein Arzneimittelsparpaket beschlossen. Dabei wurden die Inhalte des Pakets in zwei Teile aufgeteilt: Die kurzfristigen Maßnahmen, wie der erhöhte Herstellerabschlag von 16 Prozent und das Arzneimittelpreismoratorium (Festsetzung der Preise für einen bestimmten Zeitraum), sind seit dem 1. August 2010 in Kraft; die längerfristig wirksamen Maßnahmen, wie die Regelung für die Preisgestaltung bei Markteinführung neuer Arzneimittel, werden im zweiten Teil des Arzneimittelsparpakets, dem Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) geregelt.

Besonders die Wirksamkeit dieses zweiten Teils wird derzeit heiß diskutiert. Dabei muss man zunächst festhalten, dass Bundesgesundheitsminister Rösler sich mit diesem Vorstoß nicht viele Freunde bei der Pharmaindustrie gemacht hat. Auf den zweiten Blick ist jedoch zu befürchten, dass die Regelungen aus dem AMNOG zukünftig leicht von der Pharmaindustrie unterlaufen werden können und damit das Einsparpotenzial bei der Preisgestaltung zunichte machen.

Grundsätzlich geht es um die Situation, dass in Deutschland, anders als in allen anderen Ländern der Europäischen Union, die Hersteller die Preise für ihre Medikamente festsetzen können. Dies gilt vor allem für patentgeschützte Arzneimittel, die gegenüber den auf dem Markt befindlichen Mitteln einen Vorsprung haben oder einen Fortschritt bedeuten. Allerdings ist dieser Status schon durch eine leichte Veränderung der Zusammensetzung des Arzneimittels geschaffen, was zu hohen Ausgaben in der GKV ohne den entsprechenden Mehrwert für die Versicherten führt. Ein weiterer Kostenfaktor sind die sogenannten Solisten. Dies sind Arz-

neimittel, für die es keine therapeutische Alternative gibt, wie beispielsweise zur Behandlung von seltenen Enzymmangelkrankheiten. Auch hier hat der Hersteller zurzeit das Recht, die Preise für seine Produkte selbst zu bestimmen, was ihn in eine Monopolstellung versetzt und ihm erlaubt, astronomische Preise von zum Teil mehreren 10.000 Euro jährliche Behandlungskosten zu verlangen.

Auch Spezialpräparate gehören in diese Kategorie. Dies sind Arzneimittel, die in der Regel für spezielle Therapieverfahren eingesetzt werden – beispielsweise in der Transplantationsmedizin. Eine Preisregulierung bei patentgeschützten Arzneimitteln ist also unbedingt notwendig und soll auch mit dem AMNOG eingeführt werden. Zukünftig sollen die Hersteller drei Monate nach Markteinführung eines neuen Präparats den überlegenen Nutzen des Arzneimittels mittels klinischer Studien nachweisen. Innerhalb eines Jahres sollen Hersteller und Krankenkassen sich dann auf einen Erstattungspreis einigen. Wird keine Einigung gefunden, geht der Fall vor die Schiedsstelle, die mit Vertretern beider Seiten, sowie unabhängigen Mitgliedern besetzt ist.

In der Diskussion um dieses Verfahren für eine Kosten-Nutzen Bewertung wird bemängelt, dass die Hersteller selbst Studien zum Nutzen ihres Produkts in Auftrag geben können und dass sie mit noch astronomischeren Preisen als bisher in die Verhandlungen gehen werden, um den gewünschten Erstattungspreis zu erlangen. Zudem wird durch das Verfahren ein Zeitraum von mehr als einem Jahr entstehen, währenddessen der vom Hersteller festgelegte Preis von den Kassen bezahlt werden muss. Besser wäre hier die Einführung der sogenannten „vierten Hürde“ (neben Festbeträgen, Rabattverträgen und Ausgabenobergrenzen) zur Preisregulation gewesen, bei der beispielsweise das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) die Kosten-Nutzen Bewertung vor der Markteinführung vornehmen würde.

Das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes soll am 1. Januar 2011 in Kraft treten und jährlich Einsparungen in Höhe von zwei Milliarden Euro generieren. Die Wirkung wird sich größtenteils wohl erst ab 2012 zeigen, dann wird man erneut über die Wirksamkeit der Regelung diskutieren müssen.

KURZ GEMELDET

Bis zum 15. September können **Selbsthilfegruppen** ihre Anträge auf Übernahme von Pauschalkosten noch bei den Krankenkassen einreichen, um an der zweiten Vergaberunde zur Verteilung der Restmittel für 2010 teilzunehmen. Anträge auf Projektförderung können weiterhin jederzeit an die Bremer Krankenkassen gestellt werden. Weitere Informationen unter www.vdek.com/LVen/BRE. Dort kann auch die aktuelle Informationsbroschüre zum Förderverfahren in Bremen heruntergeladen werden.

Mit dem ersten **Bremer Krankenhausspiegel** soll die Behandlungsqualität der Krankenhäuser im Land Bremen transparenter werden. Alle Kliniken legen darin ihre medizinische Qualität zu besonders häufigen Behandlungsgebieten mit leicht verständlichen Texten und übersichtlichen Schaubildern offen. Das Portal ist unter www.bremer-krankenhausspiegel.de abrufbar. Es bietet eine Entscheidungsgrundlage für Patienten, aber auch für einweisende Ärzte. Unterstützt werden die Krankenhäuser von der Gesundheitsbehörde, Krankenkassen, Ärztekammer, Unabhängigen Patientenberatung Deutschland und der Verbraucherzentrale Bremen. Im Herbst 2010 soll der Bremer Krankenhausspiegel auch als Druckversion erscheinen.

BÜCHER



Mythen der Gesundheitspolitik

Hartmut Reiners, Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage 2009, 263 Seiten, 19,95 Euro

Mit einer erfrischenden und klaren Sprache, die keine Werturteile scheut, setzt sich der Autor lebhaft mit den zehn am häufigsten anzutreffenden Mythen über das deutsche Gesundheitswesen auseinander.

Suggestive Bilder wie „Kostenexplosion“ gepaart mit Aussagen, dass die Zahl älterer und damit pflegebedürftiger Menschen steige, der medizinische Fortschritt seinen Preis habe, höhere Lohnnebenkosten den ökonomischen Wettbewerb gefährden würden, sollen dem Bürger vermitteln, für seine Gesundheit tiefer in die Tasche greifen zu müssen.

Hinter diesen Parolen verbergen sich aber handfeste wirtschaftliche und politische Interessen. Keine offenen Lügen, sondern Mythen, die Fakten selektieren und so retuschieren, dass sie allgemeinen Erfahrungen zu entsprechen scheinen.

Die kenntnisreiche Diskussion kommt einem Werkstattbericht über Gesundheitsreformen und ihre politischen Rahmenbedingungen sehr nahe.



Gesundheitspolitik in Industrieländern

Ausgabe 12; Im Blickpunkt: Kosten und Nutzen, Finanzierung und Steuerung, Zugang und Gerechtigkeit.

Hrsg.: Sophia Schlette, Kerstin Blum

und Reinhard Busse. 2009, 176 S., Abb., Broschur, 20,00 Euro, ISBN 978-3-86793-053-6. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.

In Zeiten der Krise wenden sich Industrienationen wieder zunehmend Fragen der Finanzierung von Gesundheitssystemen zu. Die Ausgabe 12 der Reihe „Gesundheitspolitik in Industrieländern“ betrachtet, wie die Politik nach neuen Wegen sucht, um die Frage nach Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen zu beantworten. Doch vor der Frage nach der Kosteneffizienz stellt sich eine andere Frage: Woher kommt das Geld? Jemand muss für die steigenden Gesundheitsausgaben aufkommen – doch wer? Sollen private Versicherer oder die Pharmaindustrie stärker belastet werden, wie in Frankreich und Australien? Sollen alle Bürger mehr zahlen, wie in Finnland und Kanada? Oder sollen Menschen ab einem bestimmten Body-Mass-Index höhere Versicherungsbeiträge entrichten, wie im US-Bundesstaat Alabama? Weitere Themen dieser Ausgabe sind Steuerung in Sozialversicherungssystemen, Zugang und Gerechtigkeit sowie Patientenorientierung, Sicherheit und Qualität.

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bremen des vdek
Bennigsenstraße 2-6
28207 Bremen
Telefon: 04 21 / 16 56 56
Telefax: 04 21 / 16 56 5-99
Verantwortlich: Karl L. Nagel
Redaktion: Christiane Sudeck
E-Mail: LV_Bremen@vdek.com