

# report schleswig-holstein

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

April 2007

# ersatzkassen

## GKV-WSG: Der Monat der Änderungen

Aushängeschild der Reform ist die Versicherungspflicht für alle. Ab dem 1. Januar 2009 müssen alle Bürger eine Krankenversicherung abgeschlossen haben. Wer seinen Versicherungsschutz verloren hat, wird in die Versicherung wieder eingliedert, in welcher er zuletzt gewesen ist. Dies gilt sowohl für die gesetzliche als auch für die private Krankenversicherung. Die Versicherungspflicht gilt für ehemalige GKV-Versicherte ab dem 1.4.2007. Ehemalige PKV-Versicherte bekommen ab dem 1.7.2009 die Möglichkeit ohne Risikoprüfung und -zuschläge zurückzukehren. Die Aufnahme erfolgt zunächst im Standardtarif. Ab 1.1.2009 folgt der Basistarif.

### Die Wahlmöglichkeiten

Ab dem 1.4.07 haben gesetzlich Versicherte gem. § 53 SGB V die Wahl zwischen einer Fülle von Tarifen. Die Krankenkasse kann in der Satzung das Angebot eines Selbstbehalts vorsehen oder gar die Zahlung einer Prämie bei Nichtanspruchnahme von Leistungen vorsehen. Sie muss Tarife für Versicherte anbieten, die an besonderen Versorgungsformen teilnehmen und kann eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorsehen. Weiter kann die Kasse die Übernahme der Kosten von der Versorgung ausgeschlossener

### In dieser Ausgabe:

- Selbsthilfeförderung
- Fachtagung VdAK/AEV
- Arzneimittelausgaben kann man steuern
- Standort Protonenzentrum

Arzneimittel übernehmen, die besonderen Therapierichtungen zuzuordnen sind.

Die Satzung kann außerdem Angebote für Kostenerstattungstarifen vorsehen. Bei der Wahl der Kostenerstattung greifen dabei Neuregelungen in der Abwicklung: Der Versicherte kann sich jetzt entscheiden, ob er die Wahl der Kostenerstattung auf die ärztliche Versorgung, die zahnärztliche Versorgung, das Krankenhaus oder auf veranlasste Leistungen zu beschränkt. Die Hemmschwelle Kostenerstattung zu wählen wird auch dadurch niedriger, dass keine ausdrückliche Wahlentscheidung mehr erforderlich ist. Es genügt eine einfache Information gegenüber der Krankenkasse vor der Inanspruchnahme der Leistung. Allerdings sind die

Ärzte verpflichtet, den Versicherten zu informieren, dass Kosten, die die Kasse nicht übernimmt, selbst zu tragen sind. Diese Beratung ist dem Arzt schriftlich zu bestätigen. Apotheker sind von dieser Beratungsverpflichtung übrigens ausgenommen; auch dann, wenn die Kostenerstattungswahl ausschließlich auf Medikamente fällt. Die Ersatzkassen werden ihre Versicherten über die Konsequenzen informieren, insbesondere über die im Gesetz nicht veränderte einjährige Mindestbindungszeit an diese Vereinbarung. Weitere Wahlkriterien sind die hausarztzentrierte Versorgung, in denen die Krankenkassen individuelle Regelungen über die Versorgungsketten mit den Ärzteverbänden oder Kassenärztlichen Vereinigungen bundesweit oder regional gestalten.

### Die Leistung

Für die ambulanten Ärzte entsteht ab 2009 ein neues Vergütungssystem, mit dem Kern einer Euro-Gebührenordnung. Für fest vereinbarte Leistungsmengen werden dann einheitliche Preise definiert. Ergänzend müssen Kassen Sicherstellungszuschläge zum Abbau regionaler Unterversorgung zahlen. Eine Kompensation in Form von Abschlägen für attraktive Zentren wird es hingegen nicht geben. Das Risiko zunehmender Behandlungsbedürftigkeit der Bevölkerung (Morbiditätsrisiko) geht von der Ärzteschaft auf die Krankenkassen über.

Im Bereich Arzneimittel ändert sich für die Kassen im Wesentlichen die Möglichkeit, mit Pharmaherstellern Rabatte auszuhandeln. Apotheker können ab dem 1.4.07 Einzeltabletten abgeben (Verblisterung) und unbenutzten Vorrat an Betäubungsmitteln an Pflegeheime abgeben. Bei der Verordnung sehr teurer Arzneimittel müssen Ärzte eine Zweitmeinung einholen.

Im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung finden sich nur wenige Änderungen. Aufgenommen werden jetzt die geriatrische Rehabilitation, Palliativmedizin, sowie vormalige Satzungs- und Ermessensleistungen. Letztere schlagen hauptsächlich in der Rehabilitation zu Buche: Ambulante und stationäre Vorsorge, Mutter und Kind-Kuren sowie künftig auch mobile Rehabilitation werden von Kann- in Pflichtleistungen umgewandelt. Bislang galt für diese Maßnahmen, dass sie von den Krankenkassen zu übernehmen waren, wenn das angestrebte Vorsorge- oder Rehabilitationsziel nicht mit anderen, ggf. wirtschaftlicheren und zweckmäßigeren Maßnahmen erreicht werden konnte. Dieser Grundsatz gilt weiterhin, weshalb sich bei der Umsetzung der Neuregelung in der Praxis eigentlich nichts ändert.

Auch dass die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (StiKo) am Robert-Koch-Institut jetzt

verpflichtende Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung werden, ist keine große Neuerung. Bis auf wenige Ausnahmen haben die Kassen die Empfehlungen bereits in den vergangenen Jahren berücksichtigt. Allerdings gehen die Kosten für die Bevorratung der Grippe-Impfungen von der öffentlichen Hand auf die Kassen über. Dies wird die Budgets der Kassen auch in Schleswig-Holstein möglicherweise mit Millionenbeträgen belasten.

Ein gesetzliches Novum ist die Einrichtung ambulanter Palliativ-Care-Teams aus ärztlichem und pflegerischem Personal zum 1.4.07. Die Ersatzkassenverbände hatten zu diesem Thema bereits durch ein Modellprojekt Vorarbeit geleistet und auch in Schleswig-Holstein während einer gemeinsamen Veranstaltung mit Gesundheitspolitikern informiert. Eine Erleichterung tritt für die Errichtung von stationären Kinderhospizen ein, deren Eigenanteil – meist durch Spenden aufgebracht – sich von zehn auf fünf Prozent reduziert.

Zum Diskussionspunkt in Schleswig-Holstein wird sich die Einführung der geriatrischen Reha entwickeln. Denn was der Gesetzgeber fordert, findet in Schleswig-Holstein bereits im Modellprojekt statt. Die Beteiligten werden hier schnell eine Entscheidung treffen müssen, ob das Modell jetzt überflüssig ist.

Ein zaghaftes Aufbrechen der Sektoren können zum einen die Krankenhäuser verbuchen: Ihnen wird künftig gestattet, besonders schwere Erkrankungen wie Aids oder Krebs ambulant zu behandeln. Zum anderen wird auch die Pflege in die Integrierte Versorgung eingebunden, deren Anschubfinanzierung sich verlängert.

Neu ist auch der Rechtsanspruch auf häusliche Krankenpflege: meist ältere Menschen die in Wohngemeinschaften oder neuen Wohnformen leben, werden Patienten in Privathaushalten gleichgestellt. Dies war vorher Einzelfallentscheidung der Kasse.

Ein sperriges Thema ist die Leistungsbegrenzung bei Selbstverschulden. Während gesundheitliche Konsequenzen von misslungenen Schönheitsoperationen oder Piercings vergleichsweise einfach nachzuweisen sind. Die Ermittlung von Fällen und die Durchsetzung der Leistungsbeschränkung im individuellen Fall wird aber wie bei der bisherigen Regelung des § 52 SGB V, also den Fällen der vorsätzlichen oder bei einem Verbrechen/Vergehen zugezogenen Krankheit, sehr schwierig sein. Auch ethische Fragen müssen geklärt werden: wie soll die GKV beispielsweise mit ihrem ehemaligen Versicherten verfahren, der sich aufgrund seines selbstverschuldeten Lebenswandels nur mittels Transplantation einer neuen Leber retten kann?

# Ersatzkassen in Schleswig-Holstein erhöhen Selbsthilfeförderung

Die Ersatzkassen in Schleswig-Holstein erhöhen die finanzielle Förderung von Selbsthilfegruppen und Kontaktstellen in 2007: Rund 157.500 Euro (145.900 Euro in 2006) werden auf 12 Selbsthilfekontaktstellen und mehr als 300 -gruppen verteilt.

„Mit der Erhöhung der Zuwendung reagieren wir auf die drohenden Folgen der Gesundheitsreform. Gerade diejenigen, die von chronischen Krankheiten betroffen sind und nur über ein geringes Einkommen verfügen, werden die Verlierer der Reform sein. Wenn Leistungen gekürzt werden, muss gerade diesen Menschen Unterstützung gegeben werden, sich auf anderem Wege Hilfe zu organisieren“, sagt Dietmar Katzer, Leiter der Ersatzkassenverbände in Schleswig-Holstein. „Gleichzeitig muss aber klar sein, dass wir den finanziellen Rückzug der öffentlichen Hand aus der Selbsthilfeförderung mit unserer Leistung nicht auffangen können.“ Es dürfe nicht sein, dass Land und Kommunen den bisher gemeinsam geförderte Projekten und Einrichtungen nun die Finanzierungsgrundlage wegbrechen und die Versicherten für den Schaden allein aufkommen sollen.

Gerade in Zeiten leerer Kassen ist es wichtig, freiwilliges und ehrenamtliches Handeln für die Gesundheit zu fördern und damit Folgekosten zu vermeiden. „Wenn sich die öffentliche Hand aus der Selbsthilfeförderung zurückzieht, gefährdet sie die in vielen Jahren aufgebauten Strukturen“, sagt Dietmar Katzer. Länder und Kommunen sind – genauso wie die Krankenkassen – in der Pflicht, das Bürgerengagement zu unterstützen. Die gesamtgesellschaftliche Aufgabe der Selbsthilfe ist durch die alleinige Finanzierung durch die Krankenkassen nicht zu leisten.

Rund zwei Drittel der Summe werden auf die Kontaktstellen verteilt, ein Drittel geht an die Gruppen. Zusätzlich unterstützen die Ersatzkassen die Landes- und Bundesverbände der Selbsthilfe mit erheblichen Summen.

Die Förderung der Kontaktstellen organisiert die Fördergemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung, in der sich die Verbände der Krankenkassen über die jeweiligen Mittelvergabe verständigen. Die gesetzlichen Krankenkassen

in Schleswig-Holstein fördern die 12 Selbsthilfekontaktstellen in diesem Jahr mit rund 305.000 Euro (2006: 291.208 Euro).

Ziel der Selbsthilfeförderung ist die Stärkung des freiwilligen und ehrenamtlichen Handelns für die Gesundheit, mit der nicht nur die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert wird, sondern auch Folgekosten vermieden werden können. Außerdem ist die Selbsthilfe durch ihre Unabhängigkeit ein kritisches Element, dass umso wichtiger wird, je mehr Ärztfunktionäre ihre politischen Ziele über den Leidensdruck auf Patienten durchzusetzen versuchen. Die Selbsthilfekontaktstellen können durch Aufklärung auch die zunehmende Einflussnahme der Pharmaindustrie auf die Selbsthilfe verhindern helfen.

Selbsthilfe-Kontaktstellen sind regionale Beratungseinrichtungen mit professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Sie stellen themen- und indikationsübergreifend Dienstleistungsangebote zur methodischen Anleitung, Unterstützung und Stabilisierung von örtlichen Selbsthilfegruppen bereit. Sie unterstützen aktiv bei der Gruppengründung und bieten infrastrukturelle Hilfen, beispielsweise bei der Vermittlung von Räumlichkeiten. Bürgerinnen und Bürger können sich hier über Selbsthilfe informieren und Kontakte erhalten. Selbsthilfe-Kontaktstellen verstehen sich als unabhängige Agenturen zur Stärkung der Motivation, Eigenverantwortung und gegenseitigen freiwilligen Hilfe. Sie nehmen eine Wegweiserfunktion im System der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen wahr und können so zur Verbesserung der sozialen Struktur beitragen. Die gesetzlichen Krankenkassen sind durch das Sozialgesetzbuch V, § 20, Abs. 4, verpflichtet, die Selbsthilfe zu unterstützen. In Schleswig-Holstein leisten die Kassen hierzu einen wesentlich höheren Beitrag als im Bundesdurchschnitt.

## Fachtagung VdAK/AEV

# „Reform ohne Volk“

110 Akteure aus dem schleswig-holsteinischen Gesundheitswesen besuchten die Fachtagung zum Jahresbeginn der Ersatzkassenverbände Schleswig-Holstein. Für die Gastgeber zugleich ein Zeichen der Wertschätzung und auch des Informationsbedarfes zum sogenannten GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in unsicheren Zeiten. Dietmar Katzer, Leiter der Landesvertretung, erinnerte an die zurückliegenden stürmischen Zeiten. „Die große Koalition wollte unseren „Tanker Gesundheitswesen“ fit machen für die Zukunft und nun verlässt uns dieser Tanker mit deutlich mehr Beschädigungen als vor dem Wertgang.“ In seiner Begrüßung verknüpfte er die Themen „Medizinische Versorgung in Schleswig-Holstein“ und „Umsetzung des GKV-WSG“. Klar stellte der Ersatzkassenchef, dass ausschließlich die Politik den Schaden an der Demokratie zu tragen habe, den sie beim Durchdrücken dieses „größten Experiments an einem deutschen Sozialversicherungssystem“ in Deutschland verursacht habe. Immerhin arbeiten allein in Schleswig-Holstein 137.000 Menschen (17 Prozent) im Gesundheitswesen, die sich um ihre Zukunft sorgen. Die Quittung werde die Konstellation einer großen Koalition bei der nächsten Wahl erhalten. Denn absehbar ist, dass das Niveau der Gesundheitsversorgung sinkt und sich gleichzeitig verteuert. Ohne Not wird eine funktionierende solidarische, selbstverwaltete gesetzliche

Krankenversicherung zu einem staatlich reglementierten Gesundheitsfond mit Einheitsbeitrag und Dachverband getauscht.

Scharfe Kritik übte Katzer an den Abgeordneten, die „dieser Reform ohne Volk“ zugestimmt haben – sich aber vor den Menschen im Wahlkreis von



Thomas Ballast, Leiter der Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement der VdAK/AEV-Verbandsgeschäftsstelle

den Inhalten distanziert haben. Und dies ohne Not, denn „Schleswig-Holstein ist gut aufgestellt. Keiner muss unser Land für eine bessere medizinische Versorgung verlassen, oder ungebührlich lange warten“, sagt Katzer. Er führt dieses positive Ergebnis auf die verantwortungsvolle und konstruktive Zusammenarbeit aller Akteure zurück, die künftig zur Disposition steht. Für die ambulante Versorgung haben die Ersatzkassen seit Jahren Honorarvereinbarungen im Verhandlungswege erreicht, so dass die Vertragsärzte heute zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung von den Ersatzkassen ausreichende Mittel erhalten. 487,39 € pro Mitglied ob gesund oder krank. Für extrabudgetierte Leistungen noch einmal 81,18 €. Das sind im Vergleich zur AOK fast 40,00 € pro Mitglied oder 28 Mill. € mehr. Aktuell hat die GKV in Schleswig-Holstein eine landesspezifische Arzneimittelvereinbarung sowie eine Zielvereinbarung für 2007 abgeschlossen. Daneben sind Regelungen für Schmerz- und Psychotherapeuten sowie Neurologen mit der KV auf Landesebene gefunden worden. Und alle Kassen waren bereit, Mittel für eine ergänzende ambulante geriatrische Behandlung in vier Modellregionen zur Verfügung zu stellen. Ob QuaMaDi und andere Projekte inklusive die Unterstützung bei der Protonenbehandlung an der Universitätsklinik Schleswig-Holstein nach dem Gesetz bestand haben werden, ist klärungsbedürftig.



Dietmar Katzer, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Schleswig-Holstein



Sicher ist, dass sich die regionale Vertragswelt nach dem WSG schwerwiegend verändern wird. „Die 140 Millionen Euro, die die Kassen jetzt in Schleswig-Holstein – für satzungs- oder ergänzende Leistungen – drauflegen, werden ab 2009 zunächst zwangsläufig durch die Hände der Kassencontroller gehen um Zusatzbeiträge zu verhindern“, warnt Katzer. Im Kern gilt das auch für die stationäre Versorgung im Land – und das bei dem bundesweit niedrigsten Basisfallwert.

### **Landtagspräsident Martin Kayenburg zweifelt an der Sanierungskraft der Gesundheitsreform**

Kayenburg stellte klar, dass ein funktionierendes und intaktes Gesundheitswesen für die sich demographisch rasant verändernde Bevölkerung heute wichtiger denn je ist. Die Begrenzung der Kassenbeitragssätze, die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung, die Definition bezahlbarer ärztlicher Leistungen und die Kategorisierung von Medikamenten sind hochsensible Themen, die gesellschaftspolitische Sprengkraft bergen. Eine grundsätzliche Gesundheitsreform ist also notwendig. Ob die jetzt erzielten Reformergebnisse die richtigen und ausreichenden sind bezweifelte der Landtagspräsident allerdings. Gegen den Rat der meisten Sachverständigen, gegen die Bedenken vieler Verbände, gegen die Wünsche fast aller Interessengruppen und sogar gegen die skeptischen Einwendungen vieler Fachpolitiker in den eigenen Reihen hat die große Koalition die Reform durchgedrückt. „Im Vordergrund der Überlegungen für diese einschneidende Reform stand in den letzten Wochen nicht mehr die notwendige kritische Prüfung, sondern das schnelle Erzielen eines erwünschten Ergebnisses“, sagte Kayenburg.



Präsident des schleswig-holsteinischen Landtages,  
Martin Kayenburg

Für ihn belegen dies bestimmte politischen Schritte: Per Eilverfahren werden im zuständigen Ausschuss des Bundestages 200 Änderungen durchgesetzt. Die Mehrheit der Bundesländer mit seiner Zustimmung dem Tempo der Bundesreformer. Selbst auf die Ausschöpfung der ihnen zustehenden Beratungsfristen haben Bundesländer verzichtet – bei einem komplizierten Reformwerk wie diesem für Kayenburg unverständlich. Und dass auch bei der schleswig-holsteinischen Landesregierung nach wie vor „Bauchschmerzen“ den zustimmenden Kabinettsbeschluss begleiten, beweist ihm die Bemerkung der Gesundheitsministerin Dr. Gitta Trauernicht, das Kabinett sei zu der Überzeugung gelangt, dass eine Zustimmung insgesamt vertretbar sei – „das nenne ich großkoalitionäre Raison gegenüber Berlin“, sagte Kayenburg. Grundsätzliche Unstimmigkeiten mit der Reform beweist für Kayenburg, dass die Gesundheitsexperten der SPD, Wolfgang Wodarg und Karl Lauterbach, nicht abgestimmt oder gegen die Reform votiert haben. „Es ist doch ein Unding, dass diese ausgewiesenen Experten und Fach-Politiker durch öffentlichen Druck ihres Fraktionsvorsitzenden in ihrem Abstimmungsverhalten auf Linie gebracht werden sollten“, sagt Kayenburg. Für seine bemerkenswerte Offenheit dankte er Bundeswirtschaftsminister Peer Steinbrück, der den Bundesbürgern gesagt hat, dass die jetzt gefundene Reformlösung auf jeden Fall zusätzliche Kosten und damit künftige Steuererhöhungen für die Bürgerinnen und Bürger nach sich ziehen wird.

Einen umfassenden Einstieg in die organisatorischen Änderungen gab Thomas Ballast, Leiter der Abteilung Vertrags- und Versorgungsmanagement der Verbandsgeschäftsstelle. Für den Experten steht fest, dass die Änderungen des WSG weder für die Krankenkassen noch für die Ärzte zu Verbesserungen führen. Insbesondere die in 2009 greifende Honorarreform werde für die Krankenkassen zu erheblichen Mehrausgaben führen – die Wünsche der meisten Ärzte aber dennoch nicht erfüllen. Zu erwarten seien Verteilungskämpfe, bei denen es gerade auf Seiten der Leistungserbringer Verlierer geben werde.

Geradezu Absurd ist eine sich abzeichnende Entwicklung nach Einführung des Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs: Während die Kassen ihr Engagement für die Prävention verstärken sollen, werden sie zur Jagd auf Versicherte getrieben, die eben die Erkrankungen aufweisen, die der „Morbi-RSA“ vergütet. Theoretisch dürften die Kassen also gar kein Interesse daran haben, diese Krankheiten vorzubeugen.

## Arzneimittelausgaben kann man steuern!



Prof. Reinhard Schuster, MDK Nord

**Gespräch mit Prof. Dr. Reinhard Schuster, Experte im biometrischen Zentrum des MDK Nord. Prof. Schuster ist Mathematiker und beschäftigt sich seit 1996 mit Arzneimittelanalysen.**

▼ Welche Datenbasis haben Sie ausgewertet, und welche Daten werden laufend weiter ausgewertet?

▲ Die Arzneimitteldaten nach § 300 SGB V wurden kassenartenübergreifend zusammengeführt. Dies betrifft sowohl die

Frühinformationsdaten der Apotheken als auch die von den Kassen geprüften Daten. Pro Arzt und Quartal wird aufsummiert und ausgewertet, welche Medikamente wie häufig und zu welchem Preis verordnet wurden. Um aus diesen Rohdaten Auswertungen erhalten zu können, sind noch pharmakologische Datenbank-Informationen einzubeziehen, um zum Beispiel Medikamente nach dem ATC-Code (anatomisch – therapeutisch – chemisch) in Gruppen zusammenzufassen. Auf dieser Basis können Kostenvergleiche für Arzneimittel entsprechend den Tagestherapiekosten vorgenommen werden.

▼ Welche Datenauswertungen stellt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nord den Kassen zur Verfügung?

▲ Im Mittelpunkt der Auswertungen stehen die Ziele zuvor gebildeter Arzneimittelgruppen (s. Einführungstext Seite 4). Für diese werden in einer Zeitreihe über die Quartale Kenngrößen wie Tagestherapiekosten, Tagesdosen pro Verordnung und Bruttosummen detailliert dargestellt. Die Ergebnisse werden den Kassenverbänden zur Verfügung gestellt. Um die jeweils aktuellen Daten- und Auswertungsstände transparent und zeitnah zur Verfügung stellen zu können, wurde für die Mitglieder der Krankenkassen-Arbeitsgruppe ein pass-

wortgeschützter Zugang zu einem MDK-InfoServer eingerichtet.

▼ Können Sie an Hand Ihrer Datenauswertungen beurteilen, ob die Zielvereinbarung Arzneimittel in Hamburg ein Erfolg ist?

▲ In den untersuchten Bereichen ist insgesamt für die Krankenkassen in Hamburg eine positive Entwicklung deutlich erkennbar. Mit den entwickelten Controllingwerkzeugen lassen sich aber auch sehr differenziert die Punkte benennen, in denen weiterer Handlungsbedarf besteht. Ursachen müssen klar benannt werden, dann können bei den Auswertungen verordnungsbedingte Veränderungen von preisbedingten Veränderungen unterschieden werden. Sogenannte „Benchmark-Übersichten“ vergleichen den erreichten Gesamteffekt mit den individuellen Werten einer Arztpraxis.

▼ Wie können die Kassenverbände in den laufenden Arzneimittelverhandlungen von Ihren Datenauswertungen zusätzlich profitieren?

▲ Durch Analysen auch außerhalb der bestehenden Zielfelder werden für künftige Zielvereinbarungen neue Zielfelder erschlossen. Benchmark-Analysen auf Arztelebene weisen zum Beispiel für die Tagestherapiekosten Wirtschaftlichkeitsreserven aus. Damit können (an die bereits erreichten Erfolge anknüpfend) regionale Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen werden, indem Controllingergebnisse in die laufenden Verhandlungen zwischen den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingebracht werden.

### GLOSSIERT

#### Vom Vorturner zum Pflegefall: Die Pflegeversicherung

300 Milliarden Jahresumsatz, 1,2 Millionen Beschäftigte sowie 11.000 ambulante Dienste und 10.000 stationäre Einrichtungen – Das vor zehn Jahren als Vorbild für Europa eingeführte Modell Pflege „Made in Germany“ entwickelt sich selbst zum Pflegefall: Eine halbe Milliarde steht das System bereits im Defizit. Ein Grund zum Handeln, meint auch das Bundesgesundheitsministerium und versprach schon zum vergangenen Sommer Abhilfe. Doch attraktiver war offensichtlich das großkoalitionäre Prestigeprojekt „Gesundheitsreform“. Damit hat die Politik ja dann auch beim Wähler so richtig gepunktet. Und weil man solch einen Erfolg wie die Gesundheitsreform kein zweites Mal verkraften kann, lässt man wohl lieber die Finger davon. Dies ist ein schöner Tag für die Pflegebedürftigen.

Dietmar Katzer



Dietmar Katzer, VdAK/AEV-Landesvertretung

Ausschreibung Rabattvereinbarungen:

## **Wirtschaftlichere Arzneimittel-Versorgung für 8,7 Millionen Ersatzkassen-Versicherte**

Um die Arzneimittelversorgung bei gleicher Qualität preiswerter zu gestalten, wollen die Ersatzkassenverbände VdAK/AEV Rabattvereinbarungen mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen. Im Auftrag der DAK, der HEK, der HMK, der hkk, der GEK, der HZK und der KEH mit insgesamt 8,7 Millionen Versicherten haben sie deshalb die Arzneimittel-Hersteller aufgefordert für neun Arzneimittel-Wirkstoffe (Amoxicillin, Ciprofloxacin, Clarithromycin, Clindamycin, Omeprazol, Roxithromycin, Simvastatin, Tilidin/Naloxon und Tramadol) Rabattangebote abzugeben.

Für diese Wirkstoffe ist der Patentschutz schon lange abgelaufen, sie werden deshalb von mehreren Unternehmen angeboten. Die Ersatzkassenverbände schließen mit jedem Unternehmen einen Vertrag, das die Konditionen der Ausschreibung akzeptiert. Bedingung für die Rabattvereinbarung

ist, dass die Unternehmen die ausgeschriebenen Preise der Medikamente (Ziel-Herstellerabgabepreise) akzeptieren und ihr Medikament entsprechend rabattieren. Bei der Erstellung der Preisliste haben sich die beteiligten Ersatzkassen am jeweils niedrigsten auf dem Markt befindlichen Preis orientiert. Die Verträge beginnen am 1.4.2007 und haben eine Laufzeit von einem Jahr.

Diese Regelung gibt den Kassen und pharmazeutischen Herstellern Planungssicherheit und ermöglicht eine flexible Reaktion auf veränderte Marktbedingungen. Sollte ein Hersteller Probleme bei der Auslieferung dieser Arzneimittel bekommen, kann der Vertrag gekündigt werden. An der Qualität der Arzneimittelversorgung ändert sich nichts; allerdings kann mit den Rabattvereinbarungen bis zu 30 Mio. Euro eingespart werden.

## **Ersatzkassenverbände fordern schnelle und klare Entscheidung für ein Protonentherapiezentrum**

Mit Verwunderung haben die Ersatzkassenverbände VdAK/AEV in Schleswig-Holstein auf die erneute Diskussion über den Standort eines Protonentherapie-zentrums reagiert. „Es gibt jetzt keinen sachlichen Grund mehr, den Standort Kiel zu torpedieren“, sagte Dietmar Katzer, Leiter der Ersatzkassenverbände VdAK/AEV Schleswig-Holstein, „die Versorgung Schwerst-Krebskranker ist kein Spiel um Profilierung oder Gewinnmaximierung einzelner Interessierter“.

Als erste und mitgliederstärkste Kassenart in Schleswig-Holstein haben die Ersatzkassenverbände Pläne zur Errichtung des 140-Millionen-Euro teuren Protonentherapie-zentrums unterstützt. Denn die Protonentherapie ist eine innovative Form der Krebstherapie, die bei speziellen Erkrankungen wesentliche Vorteile gegenüber der konventionellen Bestrahlung verspricht. Ihre Absichtserklärung ge-

genüber dem Universitätsklinikum Schleswig-Holstein haben die Ersatzkassenverbände allerdings an die Bedingung verknüpft, dass nur ein Standort in Norddeutschland errichtet wird – nämlich Kiel.

Es ist volkswirtschaftlicher Unsinn Doppelstrukturen in Norddeutschland aufzubauen und auf übertriebene Renditen zu spekulieren. Denn in ganz Deutschland sind nicht genug Patienten für mehr als fünf bis sechs Zentren insgesamt vorhanden. Der Standort Kiel vereinigt medizinische Kompetenz und geografische Lage in direkter Nachbarschaft zu den skandinavischen Partnern, die auch von diesem Zentrum profitieren. „Wir fordern die Landesregierung und das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein auf, die Standortfrage endgültig zugunsten Kiels zu klären“, sagt Katzer, „sonst ziehen wir unser Absichtserklärung zurück.“

## BÜCHER

### ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung

Marianne Leuzinger-Bohleber,  
Yvonne Brandl, Gerald Hüther

Theorie, Forschung, Kontroversen  
Schriften des Sigmund-Freud-Instituts.

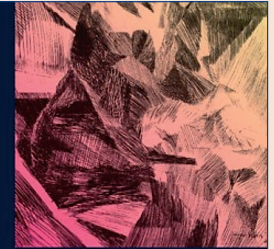
Reihe 2: Psychoanalyse im interdisziplinären Dialog,  
Band 4, 2. Auflage 2006  
306 Seiten mit 14 Abb.  
und 3 Tab., kartoniert  
34,90 € [D], ISBN 3-525-45178-4

Ob ihr Kind normal ist oder nicht, müssen Eltern im Zweifelsfall selbst Entscheiden. Wenn sie das nicht können, ist professioneller Rat hilfreich – oft aber nicht. Denn vielfach folgen auf Standard-Symptome Standard-Therapien, ohne Alternativen in Betracht zu ziehen. Dies gilt insbesondere für psychische Auffälligkeiten. Nach Aussagen der Bundestherapeutenkammer benötigt ein Fünftel aller Kinder und Jugendlichen aufgrund psychischer Erkrankungen ärztliche Hilfe. Gefährdet sind vor allem Kinder und Jugendliche aus einkommensschwachen Familien: Ein Drittel von ihnen weist psychische Auffälligkeiten auf. In den sozial besser gestellten Familien erkranken hingegen nur 16 Prozent. Auslöser ist zumeist weniger ein einzelnes Ereignis, sondern eine Kette von negativen Erlebnissen und chronischen Belastungen – wie zum Beispiel ständiges Mobbing oder Zurückweisung von Eltern. Im frühen Grundschulalter erkranken demnach hauptsächlich Jungen. Sie neigen häufiger als Mädchen zu ADHS (Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndrom) oder aggressivem Verhalten. Mädchen entwickeln psychische Störungen hingegen meist erst in der Pubertät. Sie litten verstärkt unter Depressionen, Angst- und Essstörungen. Je eher eine psychische Erkrankung behandelt werde, desto besser seien die Chancen wieder gesund zu werden. Allein in Deutschland bekommen 400.000 Kinder Tabletten aufgrund der Diagnose ADHS.

„Können Pillen beim Zappelphilipp-Syndrom helfen?“, fragt Herausgeberin Prof. Dr. Marianne LeuzingerBohleber

leber in ihrer Schrift „ADHS – Frühprävention statt Medikalisierung“. Eine schnelle Antwort bleibt die Psychoanalytikerin und Direktorin des Sigmund-Freud-Instituts in Frankfurt gemeinsam mit ihren Co-Autoren aus Medizin, Soziologie, Neurologie, Psychologie und Pädagogik aus verschiedenen Disziplinen zum Glück schuldig. Im Gegenteil. Marianne Leuzinger-Bohleber zwingt den Leser, sich mit der Problematik auseinander zu setzen, betreibt zunächst einmal Grundlagenforschung. Sie will aufklären statt entmündigen und therapiert eigentlich schon fast durch Ernstnahme des Lesers. Fest steht, dass angesichts der massiven Medikalisierung eine sorgfältige und interdisziplinäre Diagnostik genauso notwendig ist wie die Erkenntnis, dass Methylphenidat soziale Problemkomplexe nicht lösen können.

ADHS entwickelt sich in seiner 150-jährigen Geschichte zu einem Sammelsurium an Befunden, bei deren Diagnose Eltern heute erleichtert aufatmen. Es scheint tröstlich, wenn man die angeblichen Störungen des Kindes beim Namen nennen kann und sich so ein Stück Normalität im Chaos sichert. Und eine Pille kann da weitere Wunder wirken. Jeder kennt schließlich jemanden, der jemanden kennt, bei dessen Kind sich da fast Wundersames getan hat. Ob dieser Weg allerdings immer hilft und immer richtig ist, stellt Marianne Leuzinger-Bohleber in Frage. Für sie ist zunächst nicht das Kind mit seiner Aggressivität, seiner Unkonzentriertheit oder seiner fehlenden Ausdauer unnormal, sondern die Gesellschaft, in der es sich bewegt. Soziale, kulturelle, physische oder psychische Ursachen können ADHS begründen. Helfen kann den Autoren zufolge auch die Tablette nur in höchstens zehn Prozent der tatsächlich verschriebenen Fälle. Das Buch macht den Eltern Mut, die sich entschlossen haben, mündig zu werden.



Marianne Leuzinger-Bohleber /  
Yvonne Brandl / Gerald Hüther (Hg.)

**ADHS – Frühprävention  
statt Medikalisierung**

Theorie, Forschung, Kontroversen

Vandenhoeck & Ruprecht

## VERANSTALTUNGSHINWEIS

Diskussionsforum der Ersatzkassenverbände zur  
Kieler Woche am Donnerstag, 21. Juni 2007 im  
Sell-Speicher

### IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Schleswig-Holstein des VdAK/AEV

Wall 55 (Sell-Speicher) · 24103 Kiel

Telefon: 04 31 / 9 74 41-16 · Telefax: 04 31 / 9 74 41-23

E-Mail: LV\_Schleswig-Holstein@vdak-aev.de

Verantwortlich: Dietmar Katzer · Redaktion: Oliver Grieve