

report bayern

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

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Sept. 2005

ersatzkassen

Gesundheitspolitik in Zeiten des Wahlkampfes

Die Programme der politischen Parteien für die bevorstehende Bundestagswahl liegen vor. Da die Wahl diesmal außerplanmäßig und der Wahlkampf von kurzer Dauer ist, greifen die politischen Parteien auf die jüngst diskutierten Ideen und Vorstellungen bezüglich der Gesundheitspolitik zurück. Im Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Debatten der letzten Monate stand bekanntlich die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung. Alle Parteien sind sich beim Erkennen des Problems einig: Die derzeitige Finanzierung muss reformiert werden. Uneinig sind sie nur über das Wie. Die rot-grüne Regierung plädiert für die Einführung einer Bürgerversicherung. Die Opposition schlägt dagegen die Gesundheitsprämie vor. Auf diese zwei Begriffe reduziert sich im wesentlichen auch die Gesundheitspolitik im Wahlkampf.

Wir baten die führenden Sozialpolitiker der im Bayerischen Landtag vertretenen Parteien, die wichtigsten gesundheitspolitischen Positionen ihrer Parteien darzustellen. Die Bayerische Sozialministerin Christa Stewens skizziert in ihrem Beitrag die Reformpläne der CSU und sagt Ja zur Gesundheitsprämie. Der Vorsitzende des Sozialausschusses im Bayerischen Landtag Jochen Wahnschaffe

In dieser Ausgabe:

- **Parteien von der Bundestagswahl**
Solidarische Gesundheitsprämie versus Bürgerversicherung
- **Reform der Pflegeversicherung**
Ersatzkassen fordern sachgerechte und zeitgemäße Änderungen
- **Arzneimittelmarkt in Bayern**
Vorhandene Einsparpotentiale besser erschliessen!

von der SPD geht in seiner Stellungnahme explizit auf die Vorteile der Bürgerversicherung ein. Als grüne Idee favorisiert Theresa Schopper, die bayerische Landesvorsitzende von Bündnis 90/Die Grünen, ebenfalls die Einführung einer Bürgerversicherung.

Und was meinen die Ersatzkassen? Dazu lesen Sie den Kommentar des Leiters der Ersatzkassenverbände in Bayern, Christian Bredl.

Christa Stewens: Für eine verlässliche Gesundheitspolitik, die Wachstum schafft und nicht blockiert



Sozialministerin
Christa Stewens, CSU

Gesundheit ist eines der höchsten Güter im Leben des Menschen – einer umfassenden und solide abgesicherten Gesundheitsvorsorge der bayerischen Bürgerinnen und Bürger haben die Staatsregierung und die CSU von jeher höchste Bedeutung beigemessen.

Bayerische Bürgerinnen und Bürger können sich heute auf einen hervorragend aufgestellten Gesundheitsmarkt verlassen, der auch zur Wirtschaftskraft unseres Landes entscheidend beiträgt: Mit insgesamt 400 zugelassenen Akutkrankenhäusern, deren Investitionen der Freistaat Bayern von 1972-2003 mit über 16 Mrd. Euro gefördert hat, sowie 341 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (etwa 24 % der bundesweiten Kapazitäten) verfügt Bayern über ein umfassendes stationäres Versorgungsangebot.

Die 18 (bio-)medizinischen Sonderforschungsbereiche an bayerischen Universitäten belegen zudem die herausgehobene Stellung Bayerns im Bereich der Gesundheitsforschung.

Auch auf die hervorragenden Forschungsbedingungen in Bayern ist es zurückzuführen, dass in Bayern 11 der 50 weltweit umsatzstärksten Medizintechnikfirmen und 14 der 50 weltweit umsatzstärksten Pharmafirmen ansässig sind. Allein 20 % aller deutschen Medizintechnik-Unternehmen haben ihren Standort in Bayern. Sie decken mit rund 20.000 hochqualifizierten Mitarbeitern über 60 Prozent der elektromedizinischen Geräteproduktion und 30 Prozent der gesamten medizintechnischen Produktion Deutschlands ab.

Gesundheitswesen auf Bundesebene auf solide finanzielle Füße stellen

Gesundheitswesen auf Bundesebene auf solide finanzielle Füße stellen

Auf diesen „Lorbeeren“ dürfen wir uns aber nicht ausruhen. Die Bürgerinnen und Bürger in Bayern

und auch der bayerische Gesundheitsmarkt als solcher sind darauf angewiesen, dass das Gesundheitswesen auf Bundesebene auf solide finanzielle Füße gestellt wird. Qualitativ hochwertige Gesundheitsvorsorge setzt einerseits ausreichende Mittel voraus, darf aber andererseits nicht über immer weiter steigende Lohnnebenkosten der wirtschaftlichen und arbeitsmarktlichen Entwicklung „die Luft abschnüren“.

Die Ursachen für die schwierige Finanzlage der Gesetzlichen Krankenversicherung sind hinreichend bekannt:

- (1) Der demographische Wandel hat zur Folge, dass immer weniger Beitragszahler immer größere Lasten schultern müssen.
- (2) Die schwierige Lage am Arbeitsmarkt wirkt sich nachhaltig auf die Beitragseinnahmen aus.
- (3) Die Globalisierung führt zu verstärktem Wettbewerbsdruck; erdrückende Sozialabgaben sind im internationalen Wettbewerb ein klarer Standortnachteil.
- (4) Der medizinisch-technische Fortschritt ist absolut wünschenswert, steigert aber auch die Ausgaben.

Dass bei der Finanzierung der GKV gehandelt werden muss, bestreitet deshalb innerhalb der großen politischen Lager niemand. Die vorgeschlagenen Lösungsansätze sind aber höchst unterschiedlich – und höchst unterschiedlich sinnvoll.

Drei Argumente gegen die „Bürgerversicherung“

Die rot-grüne Bundesregierung hat sich für eine so genannte „Bürgerversicherung“ ausgesprochen. Unter diesem vermeintlich wohlklingenden Begriff will sie eine Versicherungspflicht für Alle einführen (also auch die bisher privat Versicherten) und neben dem Einkommen aus Erwerbstätigkeit auch sonstige Einkünfte (wie z. B. aus Ver-

mietung und Verpachtung) in die Beitragsbemessung einbeziehen.

Eine solche „Bürgerversicherung“ ist mit der Union nicht zu machen. Aus der Vielzahl von Gründen, die dagegen sprechen, möchte ich drei herausgreifen:

Eine „Bürgerversicherung“ bringt Deutschland wirtschafts- und arbeitsmarktpolitisch keinen Schritt weiter. Denn es erfolgt keine Abkoppelung der Löhne von den Krankenversicherungsbeiträgen, d. h. steigende Ausgaben im Gesundheitswesen schlagen weiter 1:1 auf die Arbeitskosten durch und verhindern eine positive Entwicklung des Arbeitsmarktes. Der Wirtschafts-Sachverständigenrat geht bei Einführung einer „Bürgerversicherung“ von einem Beschäftigungsrückgang (!) aus. Allein in Anbetracht der rd. 5 Millionen Arbeitslosen in Deutschland halte ich die Einführung eines solchen Modells für unverantwortlich!

Die Einführung der „Bürgerversicherung“ würde zu handfesten verfassungsrechtlichen Problemen führen. Die von den heutigen Mitgliedern der Privaten Krankenversicherung angesparten Altersrückstellungen sind Eigentum und als solches durch Artikel 14 des Grundgesetzes geschützt. Wenn überhaupt, könnte man also nur solche Personen in die „Bürgerversicherung“ zwingen, die neu in das Versicherungssystem hineinwachsen. Bis die „Bürgerversicherung“ vollständig „greifen“ könnte, wäre deshalb eine Übergangszeit von ca. 40 Jahren erforderlich – frühestens dann wäre an eine Beitragssatzsenkung um ca. 1,8 Prozentpunkte zu denken. Heutigen Beitragzahlern ist damit nicht geholfen.

Völlig ausgeblendet wird, dass eine „Bürgerversicherung“ dem bestehenden System zwar neue Kreise von Beitragzahlern, aber auch neue Leistungsempfänger zuführen würde. Dies bedeutet, dass einer Steigerung der Beitragseinnahmen auch höhere Ausgaben gegenüberstünden.

Solidarische Gesundheitsprämie – ein viel versprechendes Modell

Mit einem solchen System, das weiterhin Wachstumskräfte hemmt und anstatt auf die Schaffung zukunftsfähiger Strukturen auf die zwangsweise Einbeziehung möglichst vieler Beitragzahler setzt, ist niemandem gedient. Die Union verfolgt deshalb einen anderen Ansatz. Wir haben im letzten Jahr

intensiv diskutiert und uns mit der Solidarischen Gesundheitsprämie auf ein Modell geeinigt, das ich für sehr viel versprechend halte:

Die Krankenkassen erhalten für jeden erwachsenen Versicherten eine Gesundheitsprämie als kostendeckenden Beitrag. Sie wird gespeist aus der persönlichen Prämie jedes Versicherten und aus der Arbeitgeberprämie. Für Versicherte mit niedrigem Einkommen greift automatisch ein sozialer Ausgleich.

Der Arbeitgeberanteil wird festgeschrieben und bleibt dauerhaft begrenzt. Damit werden die Arbeitskosten von der Entwicklung der Krankheitskosten abgekoppelt. Kinder werden beitragsfrei versichert; die dafür erforderlichen Beträge werden aus Steuermitteln finanziert. Der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern wird gestärkt.

Wenn verschiedentlich behauptet wird, das CDU/CSU-Konzept grenze die Leistungen für Zahnersatz, Krankengeld und weitere Satzungsleistungen aus, so ist dies nicht richtig. Es geht bei der Solidarischen Gesundheitsprämie um eine reine Finanz- und nicht um eine Strukturreform. Mithin enthält das Konzept auch weder Festlegungen noch Vorschläge hinsichtlich eventueller Ausgrenzungen von Leistungen oder – getrennt von der Einführung der Solidarischen Gesundheitsprämie zu diskutierender Strukturreformen in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Unabhängig von voreiliger und unbegründeter Kritik wird die Solidarische Gesundheitsprämie die Anforderungen an eine zukunftsfähige und ausgewogene Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung erfüllen. Sie wird eine solide Finanzbasis für die gesetzliche Krankenversicherung schaffen und hierbei auch die Arbeitgeber nicht aus ihrer sozialen Verantwortung für die Arbeitnehmer entlassen. Sie wird den Arbeitgebern aber durch Abkoppelung ihrer Krankenversicherungsbeiträge von den Arbeitskosten die Planungssicherheit geben, die dringend erforderlich ist, damit in Deutschland endlich wieder Arbeitsplätze entstehen können. So können wir erreichen, dass ein Gesundheitswesen auf hohem Niveau für alle erschwinglich bleibt, dass ein qualitativ hochwertiger Gesundheitssektor auch künftig solide finanziert werden kann und dass Fortschritte im Gesundheitswesen nicht zu Lasten der Entwicklung auf dem deutschen Arbeitsmarkt gehen.

Jochen Wahnschaffe: Bürgerversicherung hat Zukunft

Die Zwischenbilanz des GKV-Modernisierungsgesetzes ist positiv. Statt eines Defizits von rund 3,5 Milliarden Euro im Jahre 2003 erzielten die gesetzlichen Krankenkassen 2004 einen Überschuss von vier Milliarden. Auch für 2005 wird ein deutliches Plus erwartet. Mit den Mehreinnahmen baute die GKV Schulden ab. Der saldierte Schuldenstand konnte von sechs Milliarden Euro Ende 2003 auf circa zwei Milliarden Euro Ende 2004 reduziert werden. Zugleich sanken die Beiträge zur Krankenversicherung für die Mehrheit der Versicherten.

Der Gesamtsozialversicherungsbeitrag ging von 42,1% im Jahre 1998 auf 41% zum 1. Juli 2004 zurück. Unbestritten haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen und die Bezieher von Renten dazu einen erheblichen Beitrag geleistet. Der Arbeitgeberanteil am Gesamtsozialversicherungsbeitrag ist bereits auf 18,8 % gesunken.

Strukturreformen beginnen zu greifen

Auch die Strukturreformen beginnen zu greifen: Bonusprogramme, hausarztzentrierte Programme und strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke sind erfolgreich angelaufen. Die integrierte Versorgung wird weiterentwickelt, ebenso wird die Möglichkeit zur Errichtung medizinischer Versorgungszentren genutzt. Diese Maßnahmen tragen dazu bei, die Versorgungsstrukturen qualitativ zu verbessern, zu optimieren und effizient im Interesse der Patientinnen und Patienten zu gestalten. Strukturveränderungen brauchen ihre Zeit. Mittelfristig ist mit einer erheblichen Effizienzsteigerung und Optimierung der Versorgung im ambulanten und stationären Bereich zu rechnen. Trotz der positiven Bilanz muss die solidarische Gesetzliche Krankenversicherung weiterentwickelt werden.

Die SPD hat sich für die Einführung einer solidarischen Bürgerversicherung für alle entschieden. Die CDU will eine „Kopfpauschale“ einführen und nimmt damit Abschied von der Solidarversicherung im Gesundheitswesen. In der politischen Auseinandersetzung geht es damit um die Frage, ob das größte Lebensrisiko eines Menschen, nämlich Krankheit, eine Angelegenheit der solidarischen Gemeinschaft ist, oder ob jeder für sich

selbst zu sorgen hat. Kopfpauschale bedeutet weniger Solidarität, weniger Gerechtigkeit und weniger Wettbewerb im Gesundheitssystem.

Außerdem wird ein gigantischer bürokratischer Aufwand notwendig, um die Kopfpauschale umzusetzen. Das Konzept der Union ist nicht durchgerechnet. Die Kopfpauschale von 169 Euro für jeden führt zu einer Finanzierungslücke von 15 bis 20 Milliarden Euro. In allen wesentlichen Punkten ist die Bürgerversicherung der Kopfpauschale überlegen, ihre Vorteile sind offenkundig.



Jochen Wahnschaffe, SPD,
Vorsitzender
des Sozialaus-
schusses im
Bayerischen
Landtag

Vorteile der Bürgerversicherung

Gerechtigkeit: Die Bürgerversicherung bezieht alle Erwerbstätigen und alle wichtigen Einkommensarten mit ein. Das führt dazu, dass in Zukunft nicht nur Lohn Einkommen, sondern auch Kapitaleinkommen einen finanziellen Beitrag zur Krankenversicherung leisten.

Beitragsbemessung: Es bleibt bei einer Beitragsbemessungsgrenze, die sich an dem Einkommen orientiert. Dies stellt die solidarische Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung sicher. Der Einzelne entrichtet einen Beitrag nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit.

Familienversicherung: Die Familienmitglieder werden in der Bürgerversicherung weiterhin mitversichert.

Entlastung der Lohnkosten: Die Union will den Arbeitgeberbeitrag lediglich einfrieren. Durch die Einbeziehung aller Einkommensarten im Rahmen der Bürgerversicherung wird sowohl der Arbeitgeber- als auch der Arbeitnehmerbeitrag sinken. Gleichzeitig bleiben die Arbeitgeber in der Verantwortung, für mehr Effizienz und Kostensenkung in der GKV zu sorgen.

Wahlfreiheit: Alle können in Zukunft wählen, ob sie einer gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung angehören wollen. Alte Privilegien werden abgeschafft. Die ständische Trennung der Versicherten in gesetzlich und privat Versicherte wird überwunden.

Wettbewerb: Private und gesetzliche Krankenkassen müssen sich in Zukunft in einem gemeinsamen Markt behaupten. Die Folge: mehr Wettbewerb um Qualität, mehr Wettbewerb um günstige Angebote für die Versicherten.

Verständlichkeit und Bürgernähe: Wer Reformen will, muss dafür sorgen, dass die Menschen diese nachvollziehen und verstehen können. Die Bürgerversicherung basiert auf klaren und einfachen Prinzipien. Für die Kopfpauschale gilt das Gegenteil.

Prävention als eigenständige Säule des Gesundheitswesens

Unser Gesundheitssystem ist sehr gut ausgestattet, wenn es darum geht, akute Erkrankungen zu versorgen. Im Vergleich dazu werden wenig Ressourcen aufgewendet, um Krankheiten zu vermeiden, ihre Folgen zu mindern und zu verhindern, dass sie chronisch werden. Deshalb ist es nötig, die Prävention und Gesundheitsförderung stärker auszubauen.

Das Gesetz zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention will Prävention zu einer eigenständigen Säule des Gesundheitswesens ausbauen. Damit wird auf den demographischen Wandel, die zunehmende Zahl chronischer Erkrankungen und die wachsende Zahl Pflegebedürftiger reagiert. Vor allem sollen die Gesundheitschancen von sozial Benachteiligten verbessert werden, die ein erheblich höheres Krankheitsrisiko und eine um 10 Jahre kürzere Lebenserwartung haben. Leider haben die unionsgeführten Bundesländer, obwohl sie in den Gesetzgebungsprozeß einbezogen waren, im Bundesrat aus wahltaktischen Überlegungen die Zustimmung verweigert.

Pflegeversicherung als Bürgerversicherung umzugestalten

Der Pflegeversicherung wird eine immer größere Bedeutung zukommen. Sie muss zukunftsfest gemacht werden. Es gilt, die Finanzierung auf lange Sicht zu sichern, aber auch Leistungen und Angebote – vor allem für Demenzkranke – weiter zu verbessern. Wir wollen eine eigenständige Pflegeversicherung, die in ihrer Gestaltung der Bürgerversicherung folgt.

Auch bei der Gesundheitspolitik geht es also um eine Richtungswahl: Entweder Weiterentwicklung der Solidarität und Gerechtigkeit oder gleiche Kopfprämie für Arm und Reich.

Theresa Schopper: Bürgerversicherung – eine grüne Idee

Jeder zahlt in die Krankenkasse ein – egal ob Angestellte, Selbständige, Beamte oder Abgeordnete. Was als grüne Idee schon lange geboren ist, wird nun überall diskutiert: Die Bürgerversicherung.

Alle Bürgerinnen und Bürger wären dann versicherungspflichtig. Im Gegensatz dazu findet in der jetzigen gesetzlichen Krankenversicherung Solidarität nur zwischen Durchschnitts- und Geringverdienern statt. Alle, die mehr als 3.900 Euro im Monat verdienen, können aus der Soli-

darität ausschließen. Beamtinnen und Beamte sind über ein sehr aufwendiges und exklusives Beihilfesystem abgesichert; Selbständige versichern sich privat. Damit



Landesvorsitzende
Theresa Schopper,
Bündnis 90/Die Grünen

sind die zehn Prozent der Bürgerinnen und Bürger mit den höchsten Einkommen und der durchschnittlich besten Gesundheit nicht an der Finanzierung der solidarischen Krankenversicherung beteiligt. Solidarität ohne die Stärksten – das hält auf Dauer kein Sozialversicherungssystem aus. Mit der Bürgerversicherung wollen wir das ändern.

Alle Einkommensarten, also nicht nur Löhne, Renten und Arbeitslosengeld, sondern auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte, werden bei der Berechnung des Beitragssatzes mit einbezogen. Im Gegensatz dazu will die SPD in ihrem Bürgerversicherungsmodell Miet- und Pachteinkünfte nicht berücksichtigen. Für die zusätzlichen Einkommensarten wollen wir Freigrenzen einräumen. So ist dafür gesorgt, dass mit der Neuberechnung nicht vor allem kleinere und mittlere Einkommen belastet werden.

Natürlich sind auch in der Bürgerversicherung die Arbeitgeber nicht aus der Verantwortung entlassen. Die Parität bleibt erhalten. Ebenso selbstverständlich ist für uns, dass Kinder beitragsfrei mitversichert sind. Die Beitragsfreiheit gilt auch für Lebenspartner, die aufgrund von Kindererziehung oder Pflege von Angehörigen zuhause bleiben.

Die Bürgerversicherung ist nicht eine reine Angelegenheit der gesetzlichen Krankenkassen. Auch die Privaten können diesen Versicherungsschutz anbieten – zu denselben Konditionen wie die gesetzlichen Krankenkassen. Jeder kann dann, unabhängig vom Einkommen und Status, zwischen allen privaten und gesetzlichen Kassen wählen.

Die Vorteile der Bürgerversicherung liegen auf der Hand: Sie sorgt für mehr soziale Gerechtigkeit, stärkt die Finanzbasis der gesetzlichen Krankenkassen, ermöglicht Beitragssatzsenkungen, sorgt für mehr Wettbewerb und die Bürgerversicherung ist familiengerecht.

Strukturen weiter aufbrechen

Keine andere westliche Demokratie leistet sich das, was uns als selbstverständlich erscheint: Zwei Gesundheitssysteme parallel nebeneinander – das ambulante und das stationäre. Ihre Berührungspunkte sind minimal. Die Kosten für diesen Luxus sind gewaltig, die Nachteile für Patientin-

nen und Patienten überwiegen gegenüber den Vorteilen.

Doppeluntersuchungen – eine beim niedergelassenen Arzt oder Ärztin und eine im Krankenhaus sind hierzulande gängige Praxis. Sie verschlingen die Zeit der Patientinnen und Patienten und das Geld der Versicherungsgemeinschaft. Teure medizinische Großgeräte stehen in anderen westeuropäischen Ländern gleichzeitig dem ambulanten und dem stationären Bereich zur Verfügung. In Deutschland steht diese optimale Geräteauslastung in den Anfängen. Ein erstes Umdenken findet nur sehr zögerlich statt.

Die Zusammenarbeit zwischen dem Krankenhaus und dem ambulanten Bereich ist auch aus der Sicht einer guten und patientenorientierten Behandlung verbesserungswürdig. Warum ist es nicht möglich, dass die Krankenhausnachsorge vom Krankenhaus betrieben wird? Dann könnte das Krankenhaus bei der Entlassung ein Rezept oder eine Krankschreibung ausstellen und der Gang zum niedergelassenen Arzt oder Ärztin entfiel. Die Kontinuität der Behandlung wäre gesichert. Die Gefahr von Behandlungsfehlern wäre kleiner, wenn ein ärztliches Team eine Patientin/Patienten durchgehend betreuen würde und hier nicht ein abrupter Behandlungswechsel bei der Krankenhausentlassung stattfinden würde.

Um diese unnötige, kostenintensive und wenig patientenorientierte Trennung aufzuweichen, hat die rot-grüne Bundesregierung mit der integrierten Versorgung, Hausarztmodell und anderen modernen Versorgungsformen dem Gesundheitswesen den richtigen Weg gewiesen. Weitergehende Reformen sind jedoch an der Unionsmehrheit im Bundesrat gescheitert. Wir werden nach den Bundestagswahlen an dieser Stelle wieder ansetzen: Die Behandlung der Patientinnen und Patienten wollen wir über eine intensive Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Krankenhäusern weiter verbessern. Auch im ambulanten Sektor wollen Bündnis 90/Die Grünen Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen und anderen Anbietern im Gesundheitswesen beispielsweise über das Hausarztmodell vernetzen.

Zusätzlich wollen wir Wettbewerbshindernisse im Gesundheitswesen abbauen. Krankenkassen, Ärztinnen und Ärzte und andere Anbieter von

Gesundheitsleistungen sollen über Qualität und Wirtschaftlichkeit miteinander wetteifern.

Prävention als vierte Säule im Gesundheitswesen einführen und verankern

Es ist eine Binsenweisheit: Eine gute Gesundheitspolitik setzt ein, bevor Krankheit entsteht. Der Gedanke der Prävention gilt insbesondere für Kinder – Grundlagen für spätere Gesundheitsschäden werden bereits im Kindesalter gelegt. Hier ist nur an die besorgniserregende Zunahme von übergewichtigen Kindern und Diabetes im Kinder- und Jugendalter zu denken, um zu wissen, welchen Krankheitsrisiken sie als Erwachsene ausgesetzt sind.

Der Stellenwert der Prävention hat in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Wenn es nach dem Willen der grünen Bundestagsfraktion gegangen wäre, dann hätte die Prävention in diesem Jahr wieder die Anerkennung bekommen, die sie verdient: Prävention wäre neben Akutmedizin, Rehabilitation und Pflege als vierte Säule des Gesundheitswesens gesetzlich und damit gleichberechtigt verankert worden. Die Finanzmittel hierfür wären garantiert gewesen, Prävention wäre besser koordiniert und abgestimmt worden. Mit dem Schwerpunkt des „lebensweltlichen Ansatzes“ wäre Prävention in den Alltag und vor die Haustür des Einzelnen getragen worden. Über Kindergärten, Schulen, Betriebe und Freizeitbereich hätten Personen erreicht werden können, die sich bisher nicht an Präventionsmaßnahmen beteiligen. Trotz Einigung im Vorfeld und einem gemeinsamen Eckpunktepapier scheiterte das Präventionsgesetz jedoch kurz vor den Wahlen an der Union, die unter fadenscheinigen Argumenten das Gesetz abgelehnt hat. Aber wir werden nicht locker lassen – in der nächsten Legislaturperiode setzen wir die Prävention wieder auf die Tagesordnung des Bundestages.

Patientenrechte weiter ausbauen

Mitbestimmungsrechte von Patientinnen und Patienten waren bis dato in Deutschland fast unbekannt. Das änderte sich erst mit Rot-Grün. So wurde auf Bundesebene eine Patientenbeauftragte berufen, die die Belange der Patientinnen und Patienten in allen bundespolitischen Fragen vertritt; Patientenverbände und Selbsthilfeszusammenschlüsse sind nun in allen wichtigen Gremien des Gesundheitswesens beteiligt.

Im Gegensatz dazu haben Patientenrechte keinen Stellenwert in der Politik der bayerischen Staatsregierung. Der im Frühsommer vorgelegte Entwurf zur Novelle des bayerischen Krankenhausgesetzes erwähnt diese Rechte nicht einmal. In anderen Bundesländern sind diese selbstverständlicher Teil des Krankenhausgesetzes. Daher verwundert es nicht, dass die bayerische Landkarte der Patientenbeauftragten im Krankenhaus aus vielen weißen Flecken besteht. Wir wollen die Rechte der Patientinnen und Patienten ausbauen. So ist es beispielsweise auf Bundesebene denkbar, über ein Gesetz sämtliche Patientenrechte zusammenzufassen. In Bayern muss die Stelle eines Patientenbeauftragten gesetzlich verankert werden.

Naturarzneimittel anerkennen und aufwerten

Naturarzneimittel haben immer noch nicht den Stellenwert, der ihnen zusteht. Die mit der Gesundheitsreform beschlossene Ausgliederung rezeptfreier Arzneimittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen trifft leider auch die meisten anthroposophischen, homöopathischen und pflanzlichen Medikamente. Sowohl die SPD wie auch die Union lehnten die von uns geforderte Ausnahmeregelung für diese Arzneimittel ab. So kam es wie es kommen musste: Naturarzneimittel sind aus dem eigenen Geldbeutel zu bezahlen. Wer dieses Geld nicht hat, hat das Nachsehen. In einem Punkt konnten wir uns jedoch durchsetzen: So werden von den Krankenkassen verschreibungsfreie Arzneimittel für Kinder erstattet. Außerdem werden auch solche rezeptfreien Arzneimittel bezahlt, die bei der Behandlung schwerer Krankheiten eingesetzt werden. Beides gilt selbstverständlich auch für Naturarzneimittel.

Fazit

240 Milliarden Euro geben wir jährlich für unsere Gesundheit aus; allein 140 Milliarden über die gesetzlichen Krankenversicherungen. Allein daran zeigt sich, wie wichtig Gesundheit ist. Damit wir auch in Zukunft ein hoch entwickeltes, patientengerechtes Gesundheitssystem und bezahlbare Beitragssätze haben, müssen wir etwas ändern. Wir brauchen mehr Qualität, mehr Zusammenarbeit, mehr Wirtschaftlichkeit und mehr Patientenorientierung.

Christian Bredl,
Leiter der
VdAK/
AEV-Landes-
vertretung
Bayern



DER KOMMENTAR

Bewährte Grundprinzipien der Gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und durch Reformen stärken

- Der Zugang zu einer medizinisch hochwertigen Versorgung auf dem jeweils neuesten Stand der Erkenntnisse ist für die Bürgerinnen und Bürger von herausragender Bedeutung. Dies geschieht in Deutschland ohne Einschränkungen und Wartelisten und unabhängig von Einkommen und Status, was sogar in der Europäischen Union keine Selbstverständlichkeit ist. Daher sollte das übergeordnete Ziel der Gesundheitspolitik sein, den hohen Standard der Gesundheitsversorgung auch in der Zukunft für Alle zu gewährleisten.
- Während der nächsten Legislaturperiode erwarten die Ersatzkassen nicht nur die Reformmaßnahmen, welche die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zukunftssicher machen, sondern auch die Strukturveränderungen, die sicherstellen, dass die Versorgungsangebote dem sich ändernden Bedarf der Versicherten angepasst werden und die Beitragsgelder noch wirkungsvoller eingesetzt werden. Jeder Euro sollte so verwandt werden, dass er den größtmöglichen Nutzen für die Gesundheit der Versicherten bringt.
- Die hohe Leistungsfähigkeit der GKV beruht wesentlich auf dem Solidarprinzip, wonach jedes Mitglied zur Finanzierung der Krankenversorgung nach seiner finanziellen Leistungsfähigkeit beiträgt. Das schafft Gerechtigkeit und gleichberechtigte Teilhabe unter den Mitgliedern der GKV. Die Solidarität darf aber nicht an einer Einkommensgrenze wie derzeit enden. Dass Arbeitnehmer mit einem monatlichen Einkommen über 3.900 Euro nach eigenem Nutzenkalkül entscheiden können, ob sie sich in der GKV versichern oder nicht, ist ein Systemfehler, der schleunigst beseitigt werden soll. Es kann nicht sein, dass sich gerade die Leistungsfähigsten der Solidarität entziehen. Die Ersatzkassen plädieren für eine reine Arbeitnehmersicherung ohne Versicherungspflichtgrenze. Selbstständige sollen in der PKV verbleiben und Beamte zum Zeitpunkt ihrer Berufung ein Wahlrecht zur gesetzlichen Krankenversicherung erhalten. Alle Strukturveränderungen, die zu einer einseitigen Risikoentmischung zu Gunsten der PKV führten, lehnen die Ersatzkassen ab.
- Da in Zukunft auch Einkommen aus Kapital- und Immobilienbesitz zunehmend den Lebensunterhalt im Alter abdecken soll, wäre es auch gerecht, die Einkunftsarten wie Mieten und Zinsen zur Bemessung der Beiträge zur GKV einzubeziehen. Voraussetzung dafür ist allerdings die Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze. Ansonsten könnten sich noch mehr Mitglieder durch Wechsel zur Privaten Krankenversicherung der Solidarität entziehen. Werden Krankenkassenbeiträge auch auf Zinsen, Mieten etc. erhoben, muss auch die Beitragsbemessungsgrenze modifiziert werden. Anderenfalls wäre das Ergebnis verteilungspolitisch problematisch, weil lediglich die Bezieher kleiner und mittlerer Einkommen zusätzliche Beiträge zahlen müssten.
- Die soziale Sicherheit ist ein konstitutives Element unseres demokratischen Staates. Ihre Funktion geht weit über die Aufgaben einer staatlichen Fürsorge hinaus, die sich im Wesentlichen auf Bedürftige konzentriert. Soziale Sicherheit trägt insbesondere zu Chancengleichheit, Teilhabe und Integration der Bürgerinnen und Bürger bei. In der heutigen Zeit einer mehr und mehr globalisierten Wirtschaft ist soziale Sicherheit auch eine Voraussetzung für eine hohe Produktivität in Wirtschaft und Verwaltung und damit ein positiver Standortfaktor. Für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme sind nicht nur die Mitglieder, sondern auch deren Arbeitgeber verantwortlich. Die Ersatzkassen sprechen sich dafür aus, die Arbeitgeber nicht weiter aus der finanziellen Verantwortung für die Gesundheitsversorgung ihrer Arbeitnehmer zu entlassen. Anderenfalls würden die Arbeitgeber ihr Interesse an einer preiswerten hocheffizienten Krankenversorgung verlieren und allein Anbieterinteressen im Gesundheitswesen vertreten.
- Das deutsche Gesundheitswesen ist sehr leistungsfähig. Es kann aber seine Ergebnisse noch deutlich verbessern, wenn sich die Angebote stärker am Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten würden. Insbesondere die wachsende Zahl chronisch Kranker braucht verschiedene Leistungen, die am besten in einer Versorgungskette erbracht werden, in der Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, Physiotherapeuten usw. koordiniert zusammenarbeiten. Eine solche integrierte Versorgung verbessert die Behandlungsergebnisse und ist auch kostengünstiger. Die Ersatzkassen bieten ihren Versicherten integrierte Versorgungsmodelle an.
- Ein Schwerpunkt in der Gesundheitspolitik sollen Maßnahmen zur Verbesserung und Sicherung der Qualität bleiben. Leitlinien sollen Behandlungsstandards nach dem letzten Stand der medizinischen Erkenntnisse beschreiben und so zu einer hohen Qualität der Gesundheitsversorgung beitragen. Die meisten medizinischen Einrichtungen sind nun verpflichtet, systematisch Qualitätssicherung zu betreiben. Krankenhäuser haben darüber hinaus regelmäßig Qualitätsberichte zu erstellen. Die Ersatzkassen messen dem ständigen Bemühen um die weitere Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung und der Information der Patientinnen und Patienten einen großen Stellenwert bei. Als nächsten Schritt gilt es, auch im ambulanten Bereich Qualität und Transparenz des Versorgungsangebotes zu erhöhen.
- Ein Großteil der chronischen Erkrankungen ließe sich vermeiden, wenn die Menschen ihren Lebensstil verändern würden. Die Ersatzkassen sprechen sich für gezielte Präventionsmaßnahmen aus, die genau solche Lebensstiländerungen zum Ziel haben. Darüber hinaus gilt es, Gesundheitsrisiken in der Lebensumwelt, insbesondere auch im beruflichen Alltag zu reduzieren. Prävention verbessert die Lebensqualität der Menschen und kann dazu beitragen, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen. Sie ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der sich Bund, Länder, Kommunen, die Sozialversicherungen, Unternehmen und viele andere mehr beteiligen müssen. Von der nächsten Bundesregierung erwarten die Ersatzkassen die Einleitung eines verbindlichen Prozesses, in dem alle Beteiligten gemeinsame Präventionsziele festlegen und unter Wahrung ihrer finanziellen Verantwortung Maßnahmen zu ihrer Umsetzung erarbeiten, koordinieren und abgestimmt durchführen.
- Zukünftige Reformen sollen die bewährten Grundprinzipien der GKV – Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität – erhalten und wo dies möglich ist stärken. Experimente, die die Grundlagen der GKV in Frage stellen, oder gar ein Systemwechsel sind dem Sicherheits- und Vertrauensbedürfnis der Menschen nicht gerecht. Daher lehnen die Ersatzkassen derartige Reformvorschläge ab.

Reform der Pflegeversicherung

Ersatzkassen fordern sachgerechte und zeitgemäße Änderungen

Die zum 1. Januar 1995 eingeführte Pflegeversicherung hat sich bewährt und ist mittlerweile ein etablierter Bestandteil des Sozialsystems in Deutschland. Die Pflegeversicherung hat in einem erheblichen Umfang dazu beigetragen, die pflegebedingte Abhängigkeit von Sozialhilfe abzubauen. Die Leistungsausgestaltung gewährleistet zudem eine ausgewogene Balance zwischen notwendiger Eigenleistung und solidarischer Unterstützung.

Dennoch sehen die Ersatzkassen Reformbedarf, insbesondere wegen der finanziellen Probleme aufgrund der konjunkturellen und wirtschaftlichen Lage sowie der demographischen Entwicklung. Gleichzeitig stellt sich auch die Frage der zukünftigen Ausgestaltung der Leistungen der Pflegeversicherung.

Gemeinsame solidarische Finanzierung der Pflege durch alle gesetzlich und privat Versicherten

Aus dem Grundgedanken der Solidarität und der Tatsache, dass jeder Mensch vom Risiko der Pflegebedürftigkeit betroffen sein kann, wurde schon bei der Einführung der Pflegeversicherung eine umfassende Versicherungspflicht für alle gesetzlich und privat Krankenversicherten festgelegt. Als Konsequenz wurde für die gesetzliche Pflegeversicherung ein umfassender Finanzausgleich zwischen den Pflegekassen eingeführt. Lediglich die private Pflegeversicherung wurde als eigenständiger Zweig etabliert, der sich somit der umfassenden Solidarität entziehen konnte. Dieser schwere Konstruktionsfehler führt dazu, dass gerade diejenigen entlastet werden, die aufgrund ihrer Leistungsfähigkeit zu einem angemessenen Solidarbeitrag in der Lage sind.

Erhaltung des Umlagefinanzierungsverfahrens unter Beteiligung der Arbeitgeber – Keine weitere Verschiebung zu Lasten der Arbeitnehmer!

Mit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die Pflege als eigenständiges gesellschaftliches und sozialpolitisches Thema etabliert. Die Versorgungsstruktur im ambulanten wie im stationären Sektor hat sich erheblich verbessert. Pflege ist professio-

neller geworden. Bis heute wurden rund 250.000 neue Arbeitsplätze geschaffen. Die arbeitsmarktpolitische Bedeutung der Sozialversicherungsbeiträge wird deutlich überschätzt. Gerade in der Pflegeversicherung tragen die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch die Streichung eines Feiertages Jahr für Jahr fast allein das Beitragsaufkommen.



Ein steuerfinanziertes Bundespflegeleistungsgesetz bedeutet nicht nur eine unnötige völlige Neukonzeption der Pflegeversicherung, sondern führt darüber hinaus zu einer Abhängigkeit von haushaltspolitischen Erwägungen, die gerade angesichts knapper öffentlicher Haushalte hochproblematisch ist. Zudem müssten sich pflegebedürftige Menschen wieder einer Bedürftigkeitsprüfung unterziehen.

Der Umbau zu einer kapitalgedeckten privaten Pflegeversicherung wäre wegen bereits erworbener Leistungsansprüche nicht vor Ablauf von 20 Jahren möglich. Zudem würden die heutigen Beitragszahler durch die Finanzierung der aktuellen Pflegeleistungen und den Aufbau eines Kapitalstocks doppelt belastet. Hinzu kommen die Unsicherheiten an den Kapitalmärkten.

Die Absicherung des Risikos Pflegebedürftigkeit ist seinerzeit bewusst als eigenständiger Zweig gestaltet worden. Eine Integration der nicht wettbewerblichen Pflegeversicherung mit Teilkostenerstattung in die gesetzliche Krankenversicherung würde zu erheblichen Verwerfungen führen.

Leistungsbeträge dynamisieren, Pflegestufen neu justieren, Pflegebegriff neu definieren

Seit Beginn der Pflegeversicherung 1995 (Kalkulationsbasis 1993) sind die Leistungsbeträge in ihrer

Höhe nicht angepasst worden. Dies führt insbesondere bei der Inanspruchnahme von Sachleistungen zu höheren Zuzahlungen der Betroffenen bzw. ihrer Angehörigen und damit zu einem Anstieg der Sozialhilfeempfänger.

Die schon jetzt erkennbare Zunahme gerontopsychiatrisch veränderter pflegebedürftiger alter Menschen (Demenz/Alzheimer) führt sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Pflege zu neuen Anforderungen. Hinzu kommt die demographische Entwicklung, die dazu führen kann, dass die Zahl pflegebedürftiger Menschen bis zum Jahre 2030 auf etwa 3,1 Mio. Menschen ansteigt.

Eines der wesentlichen Ziele der Einführung der Pflegeversicherung war die Stärkung der häuslichen Pflege entsprechend dem Grundsatz „ambulant vor stationär“. Pflegebedürftige sollen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.

Die Finanzierungsprobleme der Pflegeversicherung resultieren vor allem aus der Einnahmenschwäche, den politisch induzierten Verschiebepahnhöfen und den erfolgten kleineren Leistungsverbesserungen. Dennoch liegt die Zahl der Leistungsempfänger schon heute bei konstantem Beitragssatz höher als

die bei Einführung der Pflegeversicherung für das Jahr 2010 prognostizierte.

Die Einbeziehung anderer Einkunftsarten wie Mieten und Zinsen zur Bemessung der Beiträge bedarf der besonderen Prüfung durch den Gesetzgeber. Deren Einbeziehung wäre ggf. so auszugestalten, dass die ökonomische Leistungsfähigkeit ausschlaggebend ist.

Medizinische Behandlungspflege bei stationärer Pflege als Sachleistung der Pflegeversicherung zuordnen

Die derzeitige gesetzliche Grundlage sieht vor, dass zum 1. Juli 2007 die bisherige Finanzierungszuständigkeit der Pflegeversicherung für die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege in stationären Pflegeeinrichtungen auf die gesetzliche Krankenversicherung übergeht. Der Termin wurde bereits mehrfach verschoben. Eine Verlagerung auf die gesetzliche Krankenversicherung ist allerdings fachlich, ordnungspolitisch und angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen ein Schritt in die falsche Richtung. Sinnvoller wäre es, bei zuerkannter Pflegebedürftigkeit die medizinische Behandlungspflege bei stationärer Pflege auf Dauer der Pflegeversicherung zuzuordnen.

Arzneimittelmarkt in Bayern Vorhandene Einsparpotentiale besser erschliessen!

Die ungebrochen, ja dramatisch steigenden Ausgaben der Krankenkassen für Medikamente machen es notwendig, den Ursachen dieser Entwicklung nachzugehen. Die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (siehe „Stichwort“ im Kasten nebenan) erlaubt, die einzelnen Marktsegmente verstärkt unter die Lupe zu nehmen, um die nach wie vor vorhandenen Einsparpotentiale im Arzneimittelbereich feststellen zu können. Die Auswertung der GAmSi-Daten für Bayern aus den Jahren 2002 bis 2004 ist ein Beleg dafür, dass die Wirtschaftlichkeitsreserven bei Arzneimittelverordnungen da sind und Sparen – ohne Nachteile für die Patienten – auch in Bayern möglich ist.

Da die Höhe der Ausgaben der Krankenkassen für Medikamente, deren Entwicklung und Verordnungsstruktur regional unterschiedlich sind, lohnt es sich, das Verordnungsgeschehen in Bayern mit dem in den

anderen alten Bundesländern zu vergleichen. Besonders interessant sind dabei solche Marktsegmente wie preiswerte Nachahmermedikamente (Generika), hochpreisige Analogpräparate (so genannte „Me-too“) sowie Import- und Spezialarzneimittel.

Preiswerte Nachahmermedikamente

So lassen sich im Generikamarkt folgende Tendenzen feststellen. Der Generikaanteil an Verordnungen liegt in Bayern niedriger als in den anderen alten Bundesländern. Während der Anteil von Nachahmermedikamenten an Verordnungen im Freistaat von 47,9 % im Jahre 2002 auf 51,4 % im Jahr 2004 stieg, nahm der durchschnittliche Generikaverordnungsanteil im Westen Deutschlands in diesem Zeitraum von 51,7 % auf 54,8 % zu. Beim Vergleich mit ihren westdeutschen Kollegen „wetteifern“ bayerische

Ärzte seit Jahren nur mit ihren Nachbarn in Baden-Württemberg um den letzten Platz in der Rangliste.

Ebenso hinkt der Generikaumsatz in Apothekenabgabepreisen in Bayern weit hinter dem westdeutschen Durchschnitt. Erfreulicherweise vergrößerte sich auch in diesem Fall der Marktanteil der Generika in Bayern von 27,9 % (2002) auf 32,8 % (2004). Dennoch half es den bayerischen Ärzten nicht, aus der Schlusslichtzone im westdeutschen Vergleich herauszukommen.

Defizite sind auch bei der Ausschöpfung des Generikamarktes seitens der bayerischen Ärzte vorhanden. Die gegebene Möglichkeit, ein Generikum zu verschreiben, wird in Bayern nur in ca. 72 von 100 Fällen genutzt. Dagegen verschreiben die westdeutschen Ärzte Generika durchschnittlich in gut 75 von 100 Fällen. Schaut man sich den Wert je Verordnung von Generika an, dann stellt man fest, dass dieser höher liegt als in den anderen alten Bundesländern: 23,29 Euro gegen 22,91 Euro im ersten Quartal 2005.

Hochpreisige Analogpräparate

Umgekehrte Situation, was das potentielle Einsparvolumen angeht, ist im Marktsegment von hochpreisigen Me-too-Präparaten vorzufinden. Im Vergleichszeitraum

lag der Verordnungsanteil von Analogpräparaten in Bayern permanent über dem westdeutschen Durchschnitt und stieg von 7,2 % (2002) auf 7,6 % (2004). Der Umsatzanteil von Analogpräparaten in Apothekenabgabepreisen lag in diesem Zeitraum ebenso über dem westdeutschen Durchschnitt. Erfreulicherweise ist der Umsatzanteil der teuren Me-too-Medikamente bundesweit rückläufig. Er fiel von 19,3 % (2002) auf 15,4 % (2004) in Bayern bzw. von 18,8 % auf 15,2 % im westlichen Teil Deutschlands.

Günstige Importmedikamente

Sparen könnte man auch, wenn man die preisgünstigeren Importmedikamente verschreibt. Der Verordnungsanteil der Importarzneimittel stagniert in Bayern um etwa 2,5 % und liegt niedriger als der vergleichbare Wert in den alten Bundesländern (ca. 3 %). Der Umsatzanteil in Apothekenabgabepreisen fiel sogar in Bayern von 5,4 % (2002) auf 4,1 % (2004). Auch die Ausschöpfung des importfähigen Marktes ist in Bayern sowohl bei Verordnungen als auch beim Umsatz unterdurchschnittlich im Vergleich zu den anderen westlichen Bundesländern. Während im Westen Deutschlands der Anteil der Importmedikamente im importfähigen Markt im Jahr 2004 bei 14,2 % (Verordnungen) bzw. 13,7 % (Umsatz) lag, waren es in Bayern entsprechend nur 11,2 % und 11,0 %. Anders ausge-

STICHWORT

GAmSi – GKV-Arzneimittel-Schnellinformation

Im September 2000 einigten sich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen auf die Gründung eines gemeinsamen Projekts zur Auswertung von Arzneimitteldaten. Mit der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi) sollte eine von Industrie und Apothekerschaft unabhängige Informationsquelle für die Krankenkassen geschaffen werden. GAmSi gibt den Krankenkassen eine Auskunft über die Ausgabenhöhe für Medikamente, Struktur der Verordnungen sowie deren Entwicklung. Die Daten werden in den Monats- und Jahresberichten bezogen auf Bundes- und Landesebene verfasst.

In den Berichten auf Landesebene werden folgende Kennzahlen ausgewiesen: (1) Anzahl der Verordnungen, Umsatz und Zuzahlung; (2) Anteile der Generika, Festbetragsarzneimittel, patentgeschützte Me-too-Präparate, Spezialpräparate und Importe; (3) Hitlisten nach Indikationsgruppen und Fertigarzneimitteln; (4) Verordnungen, Umsätze und Anteile bestimmter Arzneimittelgruppen nach Facharztgruppen.

Die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation schafft mehr Transparenz im Arzneimittelmarkt und gibt den Krankenkassen ein Steuerungsinstrument in die Hand. Sie ermöglicht die Analysen des Marktgeschehens und viele Aussagen zur Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Seit 2001 läuft GAmSi als bisher beispielloses Transparenzvorhaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung sehr erfolgreich.



druckt: Die Möglichkeit, ein preiswerteres Importmedikament zu verschreiben, wurde 2004 durchschnittlich in den alten Bundesländern in 14 von 100 Fällen genutzt, wogegen in Bayern nur in 11 von 100 Fällen.

Bei den teuren Spezialpräparaten lag der Anteil an Verordnungen in den Jahren 2002 bis 2004 auf dem gleichen Niveau wie in den anderen alten Bundesländern. Dagegen war der Umsatzanteil in Bayern niedriger. Das heißt, in Bayern wurden günstigere Spezialpräparate verschrieben. Doch dieser Vorteil ist im Laufe der Zeit verloren gegangen. Der Wert je Verordnung von Spezialpräparaten lag 2002 in Bayern bei 323,06 Euro gegenüber 330,15 Euro im Westen Deutschlands. Im ersten Quartal 2005 überstieg dieser Wert bereits den westdeutschen Durchschnitt: 353,27 Euro gegenüber 353,17 Euro.

Wachsende Strukturkomponente

Die GAmSi-Statistik enthält auch die Daten über die Arzneimittelumsatzentwicklung in Apothekenabgabe-

preisen gegenüber dem Vorjahr bezogen auf einzelne Komponenten des Umsatzes (Menge, Preis und Struktur). Besondere Aufmerksamkeit verdient dabei die Strukturkomponente, denn sie zeigt die Tendenz zur Verordnung von teuren Medikamenten. Die Strukturkomponente in den alten Bundesländern lag 2002 durchschnittlich bei +6,1 %, 2003 bereits bei +8,2 % und 2004 bei +22,1 %. Diese Besorgnis erregende Entwicklung wurde in Bayern sogar übertroffen: +7,1 % im Jahr 2002, +8,0 % im Jahr 2003 und + 23,5 % im Jahr 2004.

Alles in allem lässt sich sagen: Der Arzneimittelmarkt in Bayern verfügt über ein gewisses Einsparpotential. Die bayerischen Ärzte können die Effizienz der Arzneimittelversorgung weiter steigern, indem sie die Chancen im Generika- oder Importbereich besser nutzen. Nur das sparsame Verordnungsverhalten der Ärzteschaft kann gegen die ausgabentreibenden Tendenzen im Arzneimittelbereich wirken.

KURZ GEMELDET:

■ **Ärztliche Honorare 2005**

Die Verhandlungen über die Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten für das Jahr 2005 sind erfolgreich abgeschlossen worden. Mit der Einigung ist ein echter Verhandlungsmarathon zu Ende gegangen. Die Ersatzkassen hatten sich zum Ziel gesetzt, das hohe Versorgungsniveau für ihre Versicherten in Bayern zu erhalten, eine Kostenexplosion durch den neuen EBM zu verhindern und zugleich die Beitragssatzstabilität oder gar mögliche Beitragssatzsenkungen keinesfalls zu gefährden. All dies wurde in den konstruktiv geführten Gesprächen mit der Spitze der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erreicht.

■ **Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke**

Die Einschreibung von den Ersatzkassenversicherten in die strukturierten Behandlungsprogramme (Disease-Management Programme, DMP) für chronisch Kranke in Bayern schreitet voran. Den Betroffenen stehen drei DMPs für die Volkskrankheiten Diabetes Typ II, koronaren Herzkrankheiten (KHK) und Brustkrebs zur Verfügung. Bis Ende Juli 2005 haben sich fast 61,5 Tausend Versicherte in das Diabetes-DMP eingeschrieben. Dieses Programm läuft seit Beginn des Jahres 2004. In die jüngeren Brustkrebs- und KHK-DMPs, die erst seit Anfang April 2005 verfügbar sind, haben sich entsprechend rund 750 und ca. 4,5 Tausend chronisch Kranke eingeschrieben.

■ **Kieferorthopädische Versorgung im Südosten Bayerns**

Die Engpässe in der kieferorthopädischen Versorgung im Südosten Bayerns sind behoben. Die Situation verschärfte sich vor einem Jahr, als mehrere Kieferorthopäden auf ihre Kassenzulassung verzichteten. Als Folge entstand bzw. drohte unmittelbar eine kieferorthopädische Unterversorgung in sechs Landkreisen. In der Zwischenzeit haben die meisten Kieferorthopäden, die ihre Kassenzulassung 2004 zurückgaben, diese wieder beantragt und erhalten. Die Rückkehr der Kieferorthopäden in das Versorgungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung begrüßen die Ersatzkassen als eine Problemlösung im Interesse der Patienten und Versicherten.

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