

INHALT

- Sachverständigenrat: Besser auf demographischen Wandel vorbereiten
- Deutlich mehr Geld für die meisten Vertragsärzte
- EU-Kommission nimmt Pharmamarkt unter die Lupe
- Sozialpartner und Deutsche Krankenhausgesellschaft zur Wahl

■ Rabatt-Arzneimittel: AOK widerspricht den Herstellern von Generika

Die AOK-Gemeinschaft warnt im Zusammenhang mit der Umsetzung der **Rabattverträge** für Arzneimittel vor einer Verunsicherung der Patienten durch einzelne Verbände der pharmazeutischen Industrie. Weder sei ein Austausch von Nachahmerprodukten (Generika) unmöglich, noch gefährde ein solcher Austausch die Patientensicherheit, erklärte Dr. Christopher Herrmann, Verhandlungsführer der Gesundheitskasse für die AOK-Arzneimittelrabattverträge und stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg. Nach seinen Worten wird es die Gesundheitskasse nicht zulassen, dass „die Pharmalobby mit ihren Angriffen den Arzt als Therapieverantwortlichen in Frage“ stellt. Herrmann reagierte damit auf Äußerungen einiger Vertreter von Pharmaverbänden. Deren Interessenorganisationen betrieben ein paradoxes Spiel: Einerseits wollten sie den Austausch von wirkstoffgleichen Medikamenten verhindern, weil Beipackzettel rabattierter wie nicht rabattierter Arzneimittel bei gleichem Arzneiwirkstoff nicht komplett identische Anwendungsgebiete auswiesen. Andererseits habe die Branche den Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel selbst forciert.

info: www.aok-gesundheitspartner.de/bundesverband/arzneimittel

■ Plädoyer für weitere Reformen in der stationären Versorgung

In einem gemeinsamen Gutachten im Auftrag des Bundesfinanz- und des Bundesgesundheitsministeriums setzen sich führende Gesundheitsökonominnen, darunter die Professoren Eberhard Wille und Bert Rürup, für weitere Reformen der **Krankenhausfinanzierung** ein. Überkapazitäten, Investitionsstau und mangelnde Spezialisierung behinderten vielfach die bestmögliche Versorgung von Patienten in Kliniken, heißt es in der Expertise. Das Gutachten, zu dem auch das IGES-Institut und das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) beigetragen haben, spricht sich unter anderem für mehr Preis- und **Vertragswettbewerb** in der stationären Versorgung aus. Kliniken sollten künftig sowohl ihre Betriebskosten als auch ihre Investitionen über die Zuwendungen der Krankenkassen finanzieren. Im Gegenzug sollten sich die Länder aus der Investitionsförderung zurückziehen und sich statt dessen am Steuerzuschuss für die gesetzliche Krankenversicherung beteiligen. Er wird bisher alleine vom Bund getragen.

info: www.bmf-bund.de > Presse

ZUR PERSON I



Dr. Jörg Meyers-Middendorf, wurde zum Leiter der Abteilung „Politik/Selbstverwaltung“ des Verbandes der Ersatzkassen berufen. Der Volkswirt war zuvor unter anderem Grundsatzreferent im Stabsbereich „Politik“ des AOK-Bundesverbandes.



Athanasios Drougias, bisher Pressesprecher des Marburger Bundes, leitet jetzt die Unternehmenskommunikation der BARMER Ersatzkasse.



Hans-Jörg Freese wurde neuer Pressesprecher des Marburger Bundes. Bisher war er für die Bundsärztekammer tätig.

Redaktionsschluss
dieser Ausgabe:
6. August 2009

■ AOK fordert Korrekturen am Pflegesonderprogramm

Korrekturen am Pflegesonderprogramm hat der AOK-Bundesverband gefordert. „Der Gesetzgeber muss konkret benennen, wie die Kliniken zu belegen haben, dass sie mehr Personal im Pflegedienst einstellen. Außerdem sollte ins Gesetz aufgenommen werden, dass im Rahmen des Programms nur unbefristete Stellen zu schaffen sind“, erklärte Jürgen Malzahn, Leiter der Abteilung Stationäre Versorgung im AOK-Bundesverband. Das am 25. März in Kraft getretene Krankenhausfinanzierungs-Reformgesetz sieht vor, dass die Kliniken in den Jahren 2009, 2010 und 2011 insgesamt bis zu 16.500 Stellen im Pflegedienst schaffen können. Diese sind zu 90 Prozent von den Krankenkassen und zu zehn Prozent von den Kliniken zu finanzieren. „Es muss sichergestellt sein, dass die im Rahmen des Sonderprogramms bewilligten Mittel ausschließlich in die Schaffung von Pflegestellen fließen“, so Malzahn. Ebenfalls sei zu verhindern, dass Stellen bis zum Programmende befristet würden, sich dadurch das Budget der Kliniken erhöhe, das Geld danach aber beispielsweise für die Ausstattung von Operationssälen ausgegeben werde. Malzahn weiter: „Der Gesetzgeber sollte auch Sanktionen beschließen: Wenn eine Klinik die ordnungsgemäße Verwendung der Mittel nicht nachweisen kann, fliegt sie aus dem Programm.“

info: www.aok-gesundheitspartner.de

■ Auf Herausforderungen einer Gesellschaft des längeren Lebens besser vorbereiten

Nach aktuellen Berechnungen des [Sachverständigenrats im Gesundheitswesen](#) wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen von heute zwei Millionen auf weit über vier Millionen im Jahr 2050 steigen. Diese Prognose ist in einem kürzlich veröffentlichten Sondergutachten des Gremiums enthalten. Auf diese Entwicklung, so die Wissenschaftler unter Leitung von Professor Eberhard Wille, sei das deutsche Gesundheitssystem nicht ausreichend vorbereitet. Die Versorgung bei Pflegebedürftigkeit bleibe der Gesellschaft deshalb als „Langzeitaufgabe“ erhalten. Oberstes Ziel müsse es sein, Pflegebedürftigkeit im Alter ganz zu vermeiden oder aber möglichst lange hinauszuzögern. Um dies zu erreichen, müssten altersspezifische Prävention und Gesundheitsförderung ausgebaut werden. Die Infrastruktur der Versorgung pflegebedürftiger Menschen stufen die Experten ebenfalls als verbesserungswürdig ein. Das vorhandene Pflegenetz, bestehend aus 10.997 ambulanten Diensten und 10 424 Pflegeheimen, werde dem zu erwartenden Bedarfszuwachs nicht standhalten. „Pflegerische Versorgungsinstitutionen“ müssten daher ausgebaut werden. Erfolgreich am Markt agieren könnten künftig aber nur die Pflegeeinrichtungen, die qualifiziertes Personal vorhalten.

info: www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm

ZUR PERSON II



Der CDU-Politiker **Dr. Peter Liese**, seit 1994 Mitglied des Europäischen Parlaments, wurde zum neuen Sprecher der EVP-Fraktion im Gesundheitsausschuss gewählt.



Dr. Andreas Kulczak hat noch vor Übernahme der Aufgabe auf die Geschäftsführung des BKK-Bundesverbandes (Gbr) aus persönlichen Gründen verzichtet.

Rolf Däinghaus, Gründer und Vorstandsvorsitzender der Versand-Apotheke DocMorris, schied Ende Juli aus dem Unternehmen aus.

■ Vertragsärzte-Honorar um 7,8 Prozent gestiegen

Die Vertragsärzteschaft hat im ersten Quartal 2009 im Bundesdurchschnitt 7,8 Prozent mehr Honorar erhalten als im Vorjahreszeitraum. Pro Praxis beträgt das Plus 7,4 Prozent. Das gab die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in Berlin bekannt. Sie rechnete Ergebnisse und Teilergebnisse von 14 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen hoch. Die Daten von 40.000 Praxen fehlten. Von der zum 1. Januar in Kraft getretenen Honorarreform haben nach KBV-Analysen besonders die Ärzte und Psychotherapeuten in Berlin profitiert. Sie verdienten insgesamt und pro Praxis 32,2 Prozent mehr als im Vorjahr. Verlierer ist Baden-Württemberg mit -0,7 Prozent insgesamt und 0,0 Prozent pro Praxis. Die östlichen Bundesländer, die mit der Reform besonders gefördert werden sollten, legten bis auf Brandenburg (jeweils 8,9 Prozent) im zweistelligen Bereich zu (weitere Zahlen in der Grafik auf Seite 6). Die bundesweit höchsten Gewinne erzielten die Kardiologen mit 21 Prozent. Einzige Fachgruppe im Minus waren die Orthopäden mit -4 Prozent. Die Honorarreform soll den Vertragsärzten ein jährliches Plus von über drei Milliarden Euro bringen sowie feste Preise in Euro. Viele Leistungen wurden zu Pauschalen zusammengefasst.

KOMMENTAR

Nun kommt es also doch in den Praxen an: das Geld, das die Vertragsärzteschaft im Rahmen der Honorarreform zusätzlich erhalten sollte. Monatelang hatten sich Niedergelassene von der Ostsee bis in die Alpen – auf die sogenannten Regelleistungsvolumen fixiert – prophylaktisch arm gerechnet und die flächendeckende Versorgung in Gefahr gewittert. Dass die Regelleistungsvolumen nur einen Teil der Honorare ausmachen, müsste allmählich jedem Doktor klar sein. Um so interessanter ist die Forderung von KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, doch nach der Bundestagswahl wieder zu Einzelleistungen zurückzukehren. Nicht nur, weil Köhler die Arbeit an den Pauschalen vorangetrieben hat, sondern auch, weil sich Missbrauch mit Einzelleistungen genauso treiben lässt wie mit Pauschalen: Ein fauler Arzt löst mit minimalem Aufwand Pauschalen aus, und ein listiger Doktor erbringt alle Einzelleistungen, die er bezahlt bekommt. Das Gesundheitsministerium reagierte nicht ganz zu Unrecht mit einem prompten „Njet“ auf Köhlers Vorschlag. (ink)

info: www.kbv.de/presse/24335.html

■ Patientenbeauftragte: Weniger Post, mehr Kritik an Ärzten und Krankenkassen

Die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, erhielt im ersten Quartal 2004 rund 5.000 Anfragen, nach zwei Quartalen pendelte sich die Zahl der eingehenden Briefe, E-Mails und Telefonate auf etwa 1.000 pro Quartal ein. Das geht aus einem Gutachten des Instituts für Medizinische Soziologie an der Charité in Berlin hervor. Untersucht wurde der Zeitraum von Anfang 2004 – seit diesem Zeitpunkt gibt es das Amt der Patientenbeauftragten – bis Ende 2007. Anfangs kritisierten 30 Prozent der Bürger die Einschränkung der Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln, 2007 betrug der Anteil nur noch rund 15 Prozent. Anfragen wegen Kommunikationsproblemen zwischen Arzt und Patient stiegen von acht auf 14 Prozent, die Kritik an der Dienstleistungsqualität von Krankenkassen von sieben auf elf Prozent.

info: www.boeckler.de/pdf/fof/S-2007-60-4-3.pdf

■ EU-Kommission will Pharmamarkt genauer unter die Lupe nehmen

Die Europäische Kommission will den Arzneimittelsektor unter kartellrechtlichen Aspekten genauer untersuchen. Das hat EU-Wettbewerbskommissarin Neelie Kroes bei der Präsentation des „Berichts über die Untersuchung des Arzneimittelsektors“ angekündigt. Aus der Analyse der EU-Kommission geht unter anderem hervor, dass die Bürger der Staatengemeinschaft nach Ablauf der Patente von Originalpräparaten durchschnittlich noch sieben Monate warten müssen, bis entsprechende **patentfreie Präparate** als so genannte „Nachahmerprodukte“ auf den Markt gelangten. Diese Verzögerung belastete die Verbraucher und die Kostenträger mit unnötigen Zusatzausgaben. Der Brüsseler Kommission liegen nach eigenen Angaben Hinweise vor, dass die Hersteller von patentgeschützten Medikamenten unter anderem Prozesse in mehreren Ländern gleichzeitig anstrengen, um so den Markteintritt von Generika zu verzögern. Für die Studie wurden 219 Medikamente untersucht, deren Patentschutz zwischen 2000 und 2007 ablief. 700 Prozesse gab es dazu. Sie dauerten durchschnittlich drei Jahre.

info: ec.europa.eu

■ SPD verspricht eine Million Jobs im Gesundheitswesen

Vier Millionen Jobs will die SPD im nächsten Jahrzehnt schaffen, davon eine Million im Gesundheitswesen. Das sieht das Papier „Die Arbeit von morgen“ vor, das Kanzlerkandidat Frank-Walter Steinmeier Anfang August in Berlin vorgestellt hat. Gesundheits-, Forschungs- und Wirtschaftsministerium sollen einen Fahrplan für den „Entwicklungsplan Eine Million“ erarbeiten. 300.000 Stellen können laut SPD in der Alten- und Krankenpflege entstehen, weitere Jobs in der Integrierten Versorgung. Potenzial bietet auch der Einsatz moderner Kommunikationstechnologien wie Telemonitoring und Telepflege. In der Industrie sollen zwei Millionen Arbeitsplätze, in Kreativbranchen und im Dienstleistungsgewerbe jeweils eine halbe Million Stellen entstehen.

info: www.spd.de

■ Ende der Zwei-Klassen-Medizin durch einheitliche Wettbewerbsordnung

Eine einheitliche Wettbewerbsordnung für private und gesetzliche Krankenkassen würde die Zwei-Klassen-Medizin in Deutschland beenden. Zu diesem Schluss kommen der Gesundheitsökonom Professor Stefan Greß und weitere Forscher in einer Analyse. Das bestehende Konstrukt schaffe Anreize zum Ausstieg aus der Solidarsystem und schwäche so Effizienz und Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

info: www.boeckler.de/32015_95628.html

■ Arbeitgeber für weitere Reformen bei den sozialen Sicherungssystemen

Die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände hält weitere Strukturreformen in der Sozialversicherung für unabweisbar. Ziel aller Korrekturen müsse eine spürbare Reduzierung der Ausgaben sein. Dazu heißt es in einem aktuellen Positionspapier der Organisation, die bisherigen Maßnahmen reichten schon vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung nicht aus, um die Beitragssatzsumme dauerhaft unter 40 Prozent zu halten. So seien im Bereich der Kranken- und Pflegeversicherung durchgängig wettbewerbliche Strukturen bei der Leistungserbringung erforderlich, um einen wirtschaftlichen Einsatz der Beitragsmittel zu gewährleisten. Die Finanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung sollte zudem von lohnbezogenen Beiträgen auf einkommensunabhängige Prämien umgestellt und damit vom Arbeitsverhältnis abgekoppelt werden.

info: www.bda-online.de

■ Gewerkschaften kritisieren Wahltarife in der gesetzlichen Krankenversicherung

Die jüngste Gesundheitsreform hat nach Ansicht des Deutschen Gewerkschaftsbundes nicht dazu beigetragen, das Kernproblem der unzureichenden Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu lösen. Die Einnahmeausfälle der Krankenkassen, bedingt durch wieder steigende Arbeitslosigkeit und den Rückgang sozialversicherungspflichtiger Beschäftigungsverhältnisse, hätten nicht gestoppt werden können. Gleichzeitig kritisiert der Dachverband der Gewerkschaften in einem Positionspapier, dass sich die Aushöhlung des Solidarprinzips durch das Nebeneinander von GKV und privater Krankenversicherung (PKV) fortsetze. Statt zu einem fairen Finanzausgleich zwischen PKV und GKV zu kommen, hielten jetzt Elemente der PKV Einzug in das System der GKV. Das gelte zum Beispiel für die neuen **Wahltarife**. Hier fließe Geld an Junge und Gesunde zurück, das den Krankenkassen anschließend bei der Versorgung Kranker fehle.

info: www.dgb.de

■ Kliniken fordern mehr Handlungsspielraum

Die nächste Legislaturperiode sollte nach Ansicht der Deutschen Krankenhausgesellschaft vor allem zu gesundheitspolitischen Korrekturen und gezielten Weiterentwicklungen genutzt werden. Die Kliniken seien zu Gesundheitszentren auszubauen, die auch ambulante Leistungen erbringen und mit niedergelassenen Ärzten kooperieren dürften. Neben den **Integrationsverträgen** sollten dazu zusätzliche vertragliche Möglichkeiten geschaffen werden. Die Morbiditäts- und Demografielasten dürften nicht länger den Krankenhäusern aufgebürdet werden.

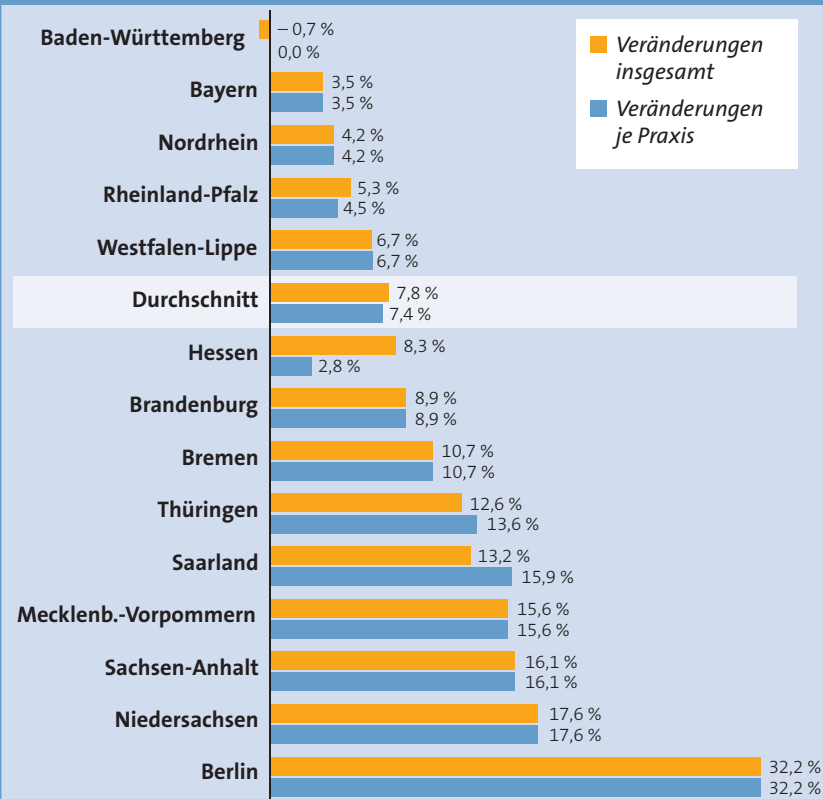
info: www.dkgev.de



Vorschau

Die nächste Ausgabe der politischen Zeitschrift des AOK-Bundesverbandes erscheint wie gewohnt Mitte September.

Ärztevergütung: die Auswirkungen der Honorarreform*



*1. Quartal 2009 im Vergleich zum 1. Quartal 2008

Gewinner der Honorarreform sind die Ärzte in Berlin (+32,2 Prozent insgesamt und +32,2 Prozent pro Praxis), Verlierer die in Baden-Württemberg (-0,7 Prozent insgesamt und 0,0 Prozent pro Praxis). Bundesweit erhält mehr als die Hälfte der Arztpraxen über fünf Prozent mehr als im Vorjahresquartal. Die Daten von drei Kassenärztlichen Vereinigungen lagen nicht vor.

info: www.kbv.de/presse/14406.html

■ Noch 45.000 Bundesbürger ohne Krankenversicherung

Rund 45.000 Bundesbürger sind noch ohne Krankenversicherungsschutz. Diese Zahl war im Juli in Kreisen des Bundesgesundheitsministeriums zu hören. Zwei Jahre nach dem Start der **Versicherungspflicht** waren von den zuvor Unversicherten 140.000 inzwischen gesetzlich und 26.000 privat versichert. Von Letzteren hatten 8.000 bis 9.000 den Basistarif ohne Risikoprüfung gewählt. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes waren Anfang 2007 rund 211.000 Menschen nicht krankenversichert. Ihre Zahl war in den Jahren zuvor stetig gestiegen. Erst nach Einführung der Versicherungspflicht sank sie wieder. Rückkehrer müssen alle Beiträge bezahlen, die seit Beginn der Versicherungspflicht anfallen.

info: www.aok-bv.de/lexikon/v/index_00076.html