

Januar
2008

INHALT

- Gutachten zum Risikostrukturausgleich
- Mehr Menschen nutzen Präventionsangebote
- Chroniker-Programme geschlechtsspezifisch
- Weniger Versicherte wegen Krankheit in Rente

■ Beitragssatz im nächsten Jahr noch nicht absehbar

Die gegenwärtige Diskussion über die Höhe des Krankenkassen-Beitragssatzes im nächsten Jahr beruht nach Ansicht des AOK-Bundesverbandes auf bloßen Spekulationen. Niemand wisse beispielsweise heute, so Vorstandsvorsitzender Dr. Hans Jürgen Ahrens, wie die **Reform der ärztlichen Honorare** konkret aussehen werde. Zudem fehle es an validen Daten zur Lohnentwicklung in diesem Jahr. Sicher sei aus heutiger Sicht lediglich, dass die Bundesregierung im Herbst 2008 den **einheitlichen Beitragssatz** für das Jahr 2009 festlegen werde. In diesem Zusammenhang zeigte sich Ahrens überzeugt davon, dass dessen Höhe kostendeckend ausfallen werde. Den bisherigen Prognosen maß er eine ähnliche Bedeutung bei wie „Vorhersagen über den Wasserstand des Rhein im Januar nächsten Jahres“.

Info: www.aok-bv.de/lexikon/g/index_11498.html

■ Sozialgerichte für Rabattverträge zuständig

Die AOK ist bei den **Arznei-Rabattverträgen** einen wichtigen Schritt weiter gekommen: In erster Instanz hat das Sozialgericht Stuttgart Ende Dezember vergangenen Jahres entschieden, dass Rechtsstreitigkeiten darüber, wie es der Gesetzgeber vorgeschrieben hat, vor den Sozialgerichten auszutragen sind. In der Sache sei das Ausschreibungsverfahren 2008/2009 der Gesundheitskassen nicht zu beanstanden. Gegen diese Entscheidung kann allerdings noch Beschwerde beim Landessozialgericht eingelegt werden. Für die AOK-Gemeinschaft begrüßte ihr Verhandlungsführer Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg, das Votum der Richter. Damit komme die Gesundheitskasse schneller an ihr Ziel, Verträge mit Herstellern über alle ausgeschriebenen Wirkstoffe abschließen zu können. Die noch ausstehenden Vereinbarungen zu 60 Wirkstoffen könnten in den nächsten Wochen endgültig unter Dach und Fach kommen. Fast alle betroffenen Pharmaunternehmen hielten ihre Angebote weiterhin aufrecht.

Info: www.aok-bv.de/lexikon/a/index_11445.html

ZUR PERSON



■ **Jürgen Graalmann** leitet jetzt den Stabsbereich Politik im AOK-Bundesverband. Der studierte Betriebswirt kam im Jahr 2006 zur Spitzenorganisation der Gesundheitskassen und gilt als Experte für Unternehmenspolitik.

■ **Dr. Wulf-Dietrich Leber**, bisher Leiter des Geschäftsbereichs „Gesundheit“ im AOK-Bundesverband, wechselt zum 1. Februar als Abteilungsleiter „Krankenhäuser“ zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen.

■ **Dr. Manfred Partsch**, Abteilungsleiter „Ambulante medizinische Versorgung“ im AOK-Bundesverband, wechselt zum 1. April in gleicher Funktion zum Spitzenverband Bund der Krankenkassen“.

■ Neuer Abteilungsleiter „Produkte“ im AOK-Bundesverband wurde **Ralf Günther**.

 **Reformblock**

*„Gesundheit und Gesellschaft“
hat jetzt einen Weblog.
Die neue Diskussionsplattform
findet sich unter
www.reformblock.de
im Internet. Sie soll Lesern
Möglichkeiten der Kommuni-
kation und des Meinungs-
austausches bieten.*

■ Gutachten für weiterentwickelten Risikostrukturausgleich

Das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) beim Bundesversicherungsamt wurde jetzt veröffentlicht. Das Expertengremium empfiehlt 80 Krankheiten, die im weiterentwickelten Ausgleichsinstrument vom nächsten Jahr an gesondert berücksichtigt werden sollten. Ausgewählt wurden von den Wissenschaftlern sowohl seltene Krankheiten mit hohen Versorgungsaufwendungen, wie beispielsweise Hämophilie, als auch verbreitete Volkskrankheiten, wie etwa Herzinsuffizienz. Mit dem Gutachten ist ein weiterer wichtiger Schritt auf dem Weg zum Gesundheitsfonds im Jahr 2009 gemacht. Die darauf basierende Krankheitsauswahl soll nun auch in der Fachöffentlichkeit diskutiert werden. Das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass sich diese Diskussion insbesondere auf die Fragen der Abgrenzung von Krankheiten, der Gewichtung der Krankheitshäufigkeit sowie des Ein- und Ausschlusses von Diagnosegruppen und des Zusammenwirkens von RSA und Prävention konzentriert. Das Bundesversicherungsamt wird nach Angaben des Ministeriums alsbald eine Anhörung der Spitzenverbände der Krankenkassen starten. Unter Berücksichtigung der Erkenntnisse dieser Fachdiskussion und der Beachtung der rechtlichen Vorgaben hat das Bundesversicherungsamt dann bis zum 1. Juli dieses Jahres die endgültige Krankheitsauswahl sowie das darauf basierende Klassifikationsmodell im RSA festzulegen. Anhand dieses Klassifikationsmodells werden dann die Morbiditätszuschläge berechnet, die die Krankenkassen für den erhöhten Versorgungsbedarf ihrer Versicherten, die eine der ausgewählten Krankheiten haben, vom Jahr 2009 an erhalten sollen.

Info: http://bva.de/Fachinformationen/Risikostrukturausgleich/weiterentwicklung/Gutachten_Berat_Krankheitsauswahl_gesamt.pdf

■ Choniker-Programme geschlechtsspezifisch

Die Bundesregierung bescheinigt den Disease-Management-Programmen (DMP) der AOK und anderer Kassen, dass diese geschlechtsspezifisch ausgerichtet seien. In Ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Grünen-Bundestagsfraktion im Parlament widerspricht das Kabinett ausdrücklich der These, entsprechende Angebote seien zu wenig auf die differenzierten Belange von Patientinnen und Patienten ausgerichtet. Im Übrigen gebe es keine relevanten Unterschiede bei der DMP-Inanspruchnahme durch Männer und Frauen.

Info: <http://dip21.bundestag.de:80/dip21/btd/16/076/1607606.pdf>

Blitzlicht

Seit der jüngsten Gesundheitsreform nutzten bis Anfang Dezember vergangenen Jahres rund 69.000 ehemalige Mitglieder einer Krankenkasse die Möglichkeit zur Rückkehr in die gesetzliche Krankenversicherung. Diese Zahl nannte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt. Inklusive der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen verfügten damit knapp 100.000 Menschen wieder über einen Schutz im Krankheitsfall. Nicht eingerechnet in diese Zahl seien bislang Unversicherte, die durch einen neuen Arbeitsplatz ebenfalls wieder einer Krankenkasse angehörten. Die private Krankenversicherung verzeichnete bisher etwa 3.300 Rückkehrer.

■ Präventionsangebote der Kassen erreichen mehr Menschen

Rund 5,7 Millionen Menschen nahmen im Jahr 2006 an Maßnahmen der **Prävention** und **Gesundheitsförderung** der gesetzlichen Krankenversicherung teil. Das waren 1,9 Millionen Versicherte mehr als im Jahr zuvor. Dafür gaben die Krankenkassen 2006 insgesamt mehr als 232 Millionen Euro aus. Pro Versicherten sind dies rund 3,30 Euro und damit mehr als das gesetzlich vorgesehene Ausgabensoll von 2,74 Euro. Das geht aus dem aktuellen Präventionsbericht 2007 hervor, den der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen jährlich veröffentlicht. Ihr Engagement für Prävention im Lebensumfeld – also in Schulen, Kindergärten und Stadtteilen – haben die Krankenkassen im Berichtszeitraum nochmals verstärkt: Insgesamt 1.083 Projekte in 19.700 Einrichtungen – überwiegend Schulen, Berufsschulen und Kindergärten – wurden dokumentiert. Gegenüber 2005 bedeutet dies eine Steigerung um 26 Prozent. Besonders durch gesundheitsfördernde Maßnahmen in Kindergärten und Schulen wurden Kinder und Jugendliche aus allen sozialen Schichten erreicht. Mehr als drei Millionen vor allem junge Menschen nahmen 2006 an Maßnahmen teil, bei denen hauptsächlich Bewegung, ausgewogene Ernährung und Stressbewältigung im Mittelpunkt standen. Rund 1,4 Millionen Erwachsene, zumeist Frauen, nutzten ebenfalls die Angebote der Krankenkassen zur Primärprävention. Gegenüber dem Jahr 2005 entspricht dies einem Zuwachs von 17 Prozent. Der Bericht unterstreicht zudem die Bedeutung der betrieblichen Gesundheitsförderung als wichtiges Handlungsfeld für die Kassen. Rund 935.000 Arbeitnehmer nahmen 2006 daran teil. Das entspricht gegenüber dem Vorjahr einem Plus von 35 Prozent.

Info: www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/paeventionsbericht2007.pdf

■ Wissen über Früherkennungsuntersuchungen zu gering

Rund ein Viertel der gesetzlich Krankenversicherten weiß nicht, dass sie einen Anspruch auf kostenlose Früherkennungsuntersuchungen haben. Das ist das Ergebnis des aktuellen „WIdO-monitor“ des **Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO)**. Danach waren 27,9 Prozent der Frauen ab 30 Jahren beispielsweise nicht darüber informiert, dass sie alle zwölf Monate eine Brustkrebsvorsorge durch den Gynäkologen vornehmen lassen können. Ähnlich hoch ist die Zahl der Männer ab 45 Jahren, die nichts von ihrem Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen für Prostatakrebs wissen. Nahezu jeder dritte der 3.000 Befragten gibt in der WIdO-Umfrage an, noch nie einen Gesundheits-Check-up in Anspruch genommen zu haben. Dabei gibt es kaum Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Der Gesundheits-Check-up dient zur allgemeinen Früherkennung und gilt für alle Versicherten ab 35 Jahren. An einer Untersuchung zur Krebs-Früherkennung haben 23,2 Prozent der anspruchsberechtigten Männer, aber nur 6,2 Prozent der Frauen noch nie teilgenommen. Als Grund nennen die Befragten häufig, dass sie sich gesund fühlen. Die Versicherten-Umfrage „Wahrnehmung und Akzeptanz von Früherkennungsuntersuchungen“ zeigt allerdings auch die unterschiedliche Bewertung des Angebots. Mehr als jeder Dritte vertrat die Auffassung, dass auch mit Vorsorgemaßnahmen Krebs nicht früh genug erkannt werde.

Info: www.aok-bv.de/gesundheit/paevention/vorsorge/index.html

KOMMENTIERT:

Munter streitet in Berlin die Regierungskoalition über den Inhalt des Präventionsgesetzes. Dabei schien doch beim Abschluss des Koalitionsvertrages eigentlich alles klar. Die Vorschriften sollten nach dem Willen von CDU/CSU und SPD einvernehmlich im Parlament eingebracht und sobald als möglich verabschiedet werden. Bis heute blieb es wie schon unter der abgewählten Vorgängerregierung bei dieser Absicht – denn auch hier steckt der Teufel wieder einmal im politischen Detail. Die Vorstellungen zwischen den Regierungsparteien klaffen nach wie vor weit auseinander. Dabei sollte doch eigentlich klar sein, dass Prävention und Gesundheitsförderung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die nicht allein von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist. Zugleich muss jedes Präventionsgesetz aber auch sicherstellen, dass die Krankenkassen mit ihren Geldern die bewährten und zugleich erfolgreichen Angebote ungeschmälert und ohne Einflüsse Dritter ihren Versicherten unbürokratisch anbieten können. Als weitgehender Finanzier der Prävention ohne entsprechende Handlungsmöglichkeiten eignen sich die Krankenkassen nicht. (JB)

G+G **Vorschau...**

Ausgabe 1/2008

USA: Leere Versprechungen?

Das Gesundheitswesen ist eines der wichtigsten Themen im jetzt beginnenden Präsidentschaftswahlkampf der Vereinigten Staaten. Doch wie ist es um die medizinische Versorgung von rund 300 Millionen US-Bürgern tatsächlich bestellt? Eine Momentaufnahme des amerikanischen Gesundheitssystems von Volker-Eric Amelung und Katharina Janus.

Ein Freund klarer Worte

Professor Reinhard Marx, Bischof von Trier und designierter Erzbischof von München und Freising, warnt im G+G-Interview vor einer übertriebenen Ökonomisierung des Medizinbetriebes. Für den Theologen ist Gesundheit keine Ware wie jede andere.

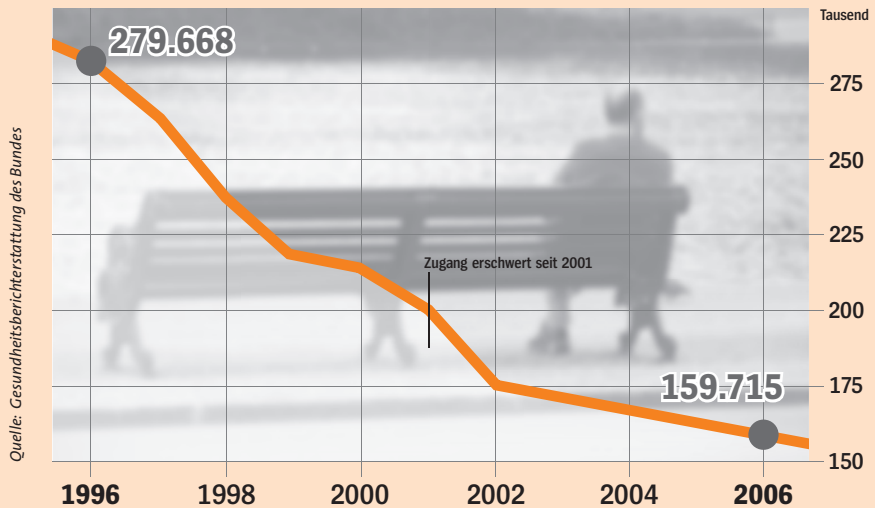
G+G **Wissenschaft**

Ausgabe 1/2008

„Qualitätstransparenz im Gesundheitswesen“ ist das Schwerpunktthema der ersten Ausgabe dieses Jahres. Dazu unter anderem ein Beitrag von Matthias Gruhl und Professor David Klemperer.

Seltener wegen Krankheit in den Ruhestand

Renteneintritte wegen Erwerbsminderung
 (einschließlich Erwerbsunfähigkeit)



Arbeitnehmer gehen seltener wegen einer Krankheit vorzeitig in Rente. Das geht aus einer neuen Statistik zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes hervor. Erhielten im Jahr 1996 noch insgesamt 279.668 rentenversicherungspflichtige Beschäftigte erstmals eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit, so reduzierte sich diese Zahl binnen zehn Jahren auf 159.715 Arbeitnehmer. Dazu hat nach Meinung von Experten der seit Januar 2001 erschwerte Zugang zur Rente wegen Erwerbsunfähigkeit beigetragen. Daneben dürften sich in dieser Entwicklung aber auch die erheblich verstärkten Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung widerspiegeln. Hier engagiert sich vor allem die AOK-Gemeinschaft in einem erheblichen Ausmaß. Informationen dazu unter: www.aok-bv.de/lexikon/b/index_02481.html

■ Hausarztzentrierte Versorgung nimmt Gestalt an

Ab Mitte 2008 will die AOK Baden-Württemberg ihren Versicherten eine **hausarztzentrierte Versorgung** anbieten. Ziel ist eine vom Hausarzt koordinierte und besser auf den Patienten abgestimmte Behandlung. Als erste Kasse in Deutschland, so Kassen-Chef Dr. Rolf Hoberg, nehme seine Kasse die Möglichkeit wahr, Versorgungsverträge direkt mit Arztgruppen und nicht wie bisher mit der Kassenärztlichen Vereinigung zu schließen. Nach Prüfung verschiedener Angebote kündigte die Gesundheitskasse an, bereits kurzfristig mit den Anbietern „Hausärztliche Vertragsgemeinschaft“ (HÄVG) und „MEDI“ Vertragsverhandlungen aufzunehmen. Dabei legt die AOK großen Wert darauf, zusätzliche Qualitätsaspekte für die ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Info: www.aok.de/baden-wuerttemberg/nachrichten/index_17250.php

Impressum:

G+G-Blickpunkt
 Herausgeber: AOK-Bundesverband,
 Kortrijker Straße 1, 53177 Bonn
 Verantwortlich: Dr. Hans Jürgen Ahrens

Redaktion: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & CoKG
 Verantw. Redakteur: Jürgen Becker, j.becker@kompart.de
 Telefon 0228-849000 • Telefax 0228-84900-20