



GESETZGEBUNG GESUNDHEITSPOLITIK 2011

AMS-INTERVIEW: DR. HERBERT REICHELT	
■ „BEDÜRFNISSE DER PATIENTEN MÜSSEN ENTSCHEIDEND SEIN“	2
AMS-GRAFIK: VON A(RZTBESUCH) BIS Z(UZAHLUNG)	
■ DAS GILT 2011	7
MODELLVORHABEN WIRD STANDARDANGEBOT	
■ UNABHÄNGIGE PATIENTENBERATUNG BEWÄHRT	8
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	
■ WAS 2011 IN KRAFT TRITT	11
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	
■ WAS 2011 AUF DER TAGESORDNUNG STEHT	14

ams-Interview: Dr. Herbert Reichelt plädiert für neue Planungsstruktur

„Bedürfnisse der Patienten müssen entscheidend sein“

14.12.10 (ams). „Der Bedarf an medizinischer Versorgung muss davon abhängen, wie alt die Bevölkerung in einer Region ist und welche Krankheiten dort am häufigsten versorgt werden müssen.“ Das fordert der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt. Er spricht sich im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) dafür aus, neue Planungsstrukturen in der medizinischen Versorgung zu schaffen. So könnten etwa in Regionen mit Überversorgung Abfindungen gezahlt werden, wenn Kassenarztsitze vom Markt genommen werden. „Das wäre sinnvoller, als weiterhin Überversorgung zu finanzieren“, sagt Reichelt. Zugleich unterstützt er das Vorhaben von Bundesgesundheitsminister Dr. Philip Rösler, eine nationale Präventionsstrategie zu entwickeln. Denn: „Es fehlt bisher an einem Vorgehen, das zwischen Ländern, Kommunen, Ärzteschaft und Krankenkassen abgestimmt ist.“



Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Das Interview im Wortlaut:

Herr Dr. Reichelt, die AOKs haben die ersten drei Quartale 2010 mit einem – wenn auch im Jahresverlauf abnehmenden – Überschuss abgeschlossen und starten ohne Zusatzbeiträge ins Jahr 2011. Dann tritt auch das GKV-Finanzierungsgesetz in Kraft. Ist damit die Finanzlage der AOK im nächsten Jahr gesichert?

Reichelt: Der AOK-Gemeinschaft ist es gelungen, in diesem Jahr trotz steigender Ausgaben ohne Zusatzbeiträge auszukommen, und die AOK wird auch ohne Zusatzbeiträge ins Jahr 2011 gehen. Dazu haben maßgeblich die bundesweiten Arzneimittel-Rabattverträge beigetragen, aber auch ein umsichtiges wirtschaftliches Handeln der AOKs. Es ist zudem gelungen, die AOK durch Zusammenschlüsse für die Zukunft noch besser aufzustellen.

Wird sich durch das GKV-Finanzierungsgesetz der wirtschaftliche Druck zu solchen Zusammenschlüssen nicht verringern? Schließlich bringt das Gesetz eine Beitragserhöhung mit sich.

Reichelt: Das GKV-Finanzierungsgesetz bringt den einheitlichen Beitragsatz wieder auf das Niveau vor dem Konjunkturpaket II Mitte 2009. Das bedeutet für die gesetzliche Krankenversicherung Mehreinnahmen von gut sechs Milliarden Euro. Damit wollte die Bundesregierung die Leistungsfähigkeit der gesetzlichen Krankenkassen sichern. Zugleich aber hat die Regierung den Vertragsärzten und den Krankenhäusern im kommenden Jahr Einnahmezuwächse zugestanden, allein den Ärzten über

eine Milliarde Euro mehr. Ganz überwiegend tragen also nicht die Leistungsanbieter, sondern die Versicherten und deren Arbeitgeber durch höhere Beitragszahlungen die Lasten der GKV-Stabilisierung. Und auch die Kassen, denn die müssen in den nächsten zwei Jahren ein Mehr an Aufgaben bewältigen, obwohl ihre Verwaltungskosten auf dem Niveau von 2010 eingefroren werden. Der wirtschaftliche Druck auf die Kassen bleibt damit hoch.

Mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz sollen die Kassen auf Dauer Kosten verringern. Halten Sie das für eine realistische Einschätzung? Und wie schnell lassen sich die Neuerungen bei der Preisbildung überhaupt umsetzen?

Reichelt: Dieses Gesetz, kurz AMNOG, genannt, hat zwei Seiten: Gut ist, dass bei der Preisbildung für Medikamente künftig der therapeutische Nutzen eine Rolle spielen soll. Damit wäre die Zeit der Mondpreise für Scheininnovationen vorbei. Und die Kassen hätten das Geld, um tatsächliche Innovationen angemessen zu bezahlen. Denn wir wollen ja Medikamente, die wirklich helfen, so schnell wie möglich unseren Versicherten zugänglich machen. Wie praktikabel die einzelnen Vorgaben des AMNOG sind, wird sich in den nächsten Monaten zeigen müssen. Das Gesetz ist keine Notbremse, sondern eine sinnvolle strukturelle Änderung.

Und was ist schlecht?

Reichelt: Dass die Regierung mit dem AMNOG gleichzeitig einen Rückschritt macht. Nach den vorherigen Gesundheitsreformen hatten die Krankenkassen mit den Rabattverträgen endlich ein Instrument, um mit der Pharmaindustrie wirtschaftlich sinnvolle Vereinbarungen zu treffen. Und das Interesse von Pharmaunternehmen, die zuvor auf dem Markt der Nachahmerprodukte, der Generika, kaum eine Chance gegen die wenigen großen Hersteller hatten, war enorm. Wir haben mit den bundesweiten Arzneimittelrabattverträgen maßgeblich dazu beigetragen, dass gerade mittelständische Hersteller zum Zuge kommen konnten. Jetzt aber hat die Koalition die Rahmenbedingungen für die Umsetzung dieser Rabattverträge deutlich verschlechtert: Erstens hat sie mit der Übertragung des Kartellrechts auf die gesetzliche Krankenversicherung die Vergabepraxis erschwert. Zweitens hat die Koalition die Gerichtsbarkeit von den Sozialgerichten auf die Zivilgerichte übertragen und somit verzögernden und hemmenden Rechts- und Zuständigkeitsstreitigkeiten Tür und Tor geöffnet, obwohl alle Betroffenen mit den Verfahren vor Sozialgerichten sehr zufrieden waren. Und drittens hat sie eine Mehrkostenregelung eingeführt, die dem Versicherten die Möglichkeit bietet, sich vom Apotheker ein anderes als das rabattierte Medikament empfehlen zu lassen.

Was ist daran schlimm? Damit hat doch der Versicherte die Wahlfreiheit.

Reichert: Na ja, einen Vorteil hat hier der Patient eigentlich nicht, denn mit den rabattierten Arzneimitteln wird ja die erforderliche hohe Qualität der Versorgung bereits sichergestellt. Der Patient, der die Mehrkostenregelung anwendet, zahlt also lediglich auf, ohne dass es für ihn einen wirklichen Nutzen bringt. Er muss schließlich die Differenz zwischen Verkaufspreis und Rabattpreis aus der eigenen Tasche zahlen. Es bleibt daher zu hoffen, dass diese unsinnige Neuregelung deshalb kaum genutzt wird. Wir sind für mehr echte Wahlfreiheit, wenn zum Beispiel der Patient aufgrund von Qualitätstransparenz sich dafür entscheidet, sich ein künstliches Hüftgelenk in der Klinik einsetzen zu lassen, die das nachweislich besonders gut macht. Wir sind aber gegen teure Pseudowahlfreiheit wie hier bei den Generika-Arzneimitteln. Denn der Patient hat ja nun nur die Wahl, den identischen Arzneimittel-Wirkstoff viel teurer einzukaufen. Aber nur weil er mehr bezahlt, bekommt er ja tatsächlich ja kein besseres Medikament.

Bundesgesundheitsminister Rösler hat sein Programm für 2011 bereits angekündigt: ein Versorgungsgesetz, eine erneute Pflege-Reform, eventuell ein neuer Anlauf für ein Präventionsgesetz. Wird 2011 ein Marathon-Reformjahr?

Reichert: Es ist zumindest das letzte Jahr, in dem die Bundesregierung ohne Blick auf die nächste Bundestagswahl 2013 agieren kann, auch wenn wichtige Landtagswahlen anstehen. Wichtiger ist aber, dass Gesundheitsminister Rösler mit seinen Vorhaben die richtigen Themen anstößt. Denn wir brauchen dringend neue Kriterien bei der medizinischen Versorgung. Seit Jahren beklagt die Ärzteschaft einen Ärztemangel trotz stetig steigender Arztzahlen. Und seit Jahren verschlechtert sich die medizinische Versorgung auf dem Land, während gleichzeitig die Überversorgung mit Ärzten in Ballungszentren zunimmt. Hier brauchen wir eine neue Versorgungsplanung, die sich am medizinischen Bedarf der Patienten orientiert. Nur so können wir weiterhin der gesamten Bevölkerung in Stadt und Land eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung gewährleisten.

Dazu gibt es ja bereits Vorschläge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft.

Reichert: Das Entscheidende an den beiden Vorschlägen ist, dass damit Ärzteschaft und Krankenhausträger die Notwendigkeit einer grundlegenden Reform einräumen. Ansonsten haben beide in ihren Konzepten zu allererst die eigene Klientel im Fokus, nicht aber die Versicherten. Das ist die Art von Planung, die wir schon viel zu lange haben: Der Bedarf in der ambulanten ärztlichen Versorgung wird anhand von Arztzahlen ermittelt,

nicht aber auf Grundlage des medizinischen Bedarfs der Menschen in einer Region. Genau dahin müssen wir aber kommen: Ausschlaggebend sollten künftig allein die Bedürfnisse der Patienten sein. Das heißt: Der Bedarf an medizinischer Versorgung muss davon abhängen, wie alt die Bevölkerung in einer Region ist und welche Krankheiten dort am häufigsten versorgt werden müssen. Dazu brauchen wir ganz neue Strukturen.

Sehen Sie dafür eine Chance?

Reichelt: Ja. Denn auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft sprechen sich dafür aus, die bisherige Trennung in ambulante und stationäre Versorgung zu durchbrechen und auch andere medizinische Berufe stärker einzubinden. Die Gesundheitsminister der Länder haben auf ihrem jüngsten Treffen mit dem Bundesgesundheitsminister neue Rahmenbedingungen gefordert.

Das klingt jetzt optimistisch. Sehen Sie da keine Streitpunkte?

Reichelt: Doch, durchaus. Denn es gibt einige komplizierte Fragen. Eine davon ist, wie die bestehende Überversorgung in Ballungszentren zugunsten einer besseren Versorgung auf dem Land abgebaut werden kann. Das berührt unter anderem eigentumsrechtliche Fragen, da der Verkauf der Kassenzulassung als ein Baustein der Altersversorgung der Vertragsärzte gesehen wird. Man kann also nicht einfach hingehen und eine Zulassung zurücknehmen, wenn ein Arzt aus Altersgründen seine Praxis schließt. Hier müssen neue Wege gefunden werden, etwa durch Abfindungen für vom Markt genommene Kassenarztsitze. Das wäre sinnvoller, als weiterhin Überversorgung zu finanzieren. Hier werden wir uns mit der Ärzteschaft und der Politik zusammensetzen, um vernünftige und praktikable Lösungen zu finden. Diese Abfindungen könnten aus dem gegebenen Honorarvolumen finanziert werden, da ja nach dem Wegfall solcher Praxen deren bisheriges Honorarvolumen den verbliebenen Ärzten zugute kommen könnte. Es müsste also kein neues Geld dafür in die Hand genommen werden.

Das zweite Projekt Röslers ist die Pflegeversicherung. Welche Anforderungen stellen Sie an eine Reform?

Reichelt: Nun, Hauptaufgabe ist, die Finanzierung der Pflegeversicherung dauerhaft zu gewährleisten. Die Regierungskoalition aus CDU, CSU und FDP will dazu eine zusätzliche Vorsorge auf Basis der Kapitaldeckung. Wenn überhaupt, sollte dies nach meiner Ansicht im Rahmen der gesetzlichen Pflegeversicherung geschehen. Nur so könnten die Kapitaldeckung, bei der ja jeder für sich spart, und die Umlagefinanzierung, bei der eine

Generation für die andere zahlt, zusammen funktionieren. Ich bin auf einen konkreten Vorschlag des Gesundheitsministers gespannt. Denn in der Finanzkrise sind ja die Zweifel gewachsen, dass ein kapitalgedecktes System Vorteile gegenüber der Umlagefinanzierung hat. Freilich dürften die Finanzreserven der Pflegeversicherung nach neuen Berechnungen des Gesundheitsministeriums bis Frühjahr 2014 reichen. Insofern gibt es keine akute Finanznot in der gesetzlichen Pflegeversicherung, und es ist ausreichend Zeit, die Möglichkeiten einer nachhaltigen Finanzierung zu durchdenken und genau zu prüfen.

Der Minister will zugleich den Pflegeberuf attraktiver machen ...

Reichelt: ... was ich sehr begrüße. Denn wenn wir die medizinische Versorgung flächendeckend sichern wollen, kommen wir nicht umhin, auch die nichtärztlichen Berufe stärker einzubinden, weiter zu qualifizieren und besser zu vergüten. Dazu zählt der Pflegeberuf.

Der Bundesgesundheitsminister will im kommenden Jahr auch eine nationale Präventionsstrategie entwickeln und die Bundesländer daran beteiligen. Ist das ein sinnvoller Ansatz?

Reichelt: Grundsätzlich ja – denn Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die nicht allein von den Krankenkassen getragen werden kann. Gerade die AOK engagiert sich seit Jahren in der Prävention, von Kindergärten und Schulen bis hin zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Es fehlt bisher jedoch an einem Vorgehen, das zwischen Ländern, Kommunen, Ärzteschaft und Krankenkassen abgestimmt ist. Dabei ist längst der enge Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit bekannt. Wir brauchen eine Präventionsstrategie, mit der die unterschiedlichen Ebenen in ihre jeweilige Verantwortung genommen werden. Es kommt dabei aber entscheidend darauf an, wie eine solche Reform dann konkret ausgestaltet wird. Dabei werden wir den Minister gerne unterstützen.

(bho)

Aktuelle Infos und Hintergrund zur Gesundheitspolitik:
www.reform-aktuell.de

Reformdatenbank – die Suchmaschine zur Gesundheitspolitik:
www.aok-reformdatenbank.de



Von A(rztbesuch) bis Z(uzahlung): Das gilt 2011

Stand: 26. November 2010

Praxisgebühr für ärztliche/zahnärztliche Behandlung	10 Euro/Quartal (Ausnahme z. B. bei Überweisung)	
Zuzahlung für Arzneimittel	10 % pro Medikament, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Heilmittel (z. B. Ergotherapie oder Logopädie)	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung für Hilfsmittel	10 % vom Abgabepreis, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (z. B. Windeln)	10 % der Kosten, max. 10 Euro pro Monat	
Zuzahlung für häusliche Krankenpflege	10 % der Kosten plus 10 Euro je Verordnung	
Zuzahlung zu genehmigten Fahrkosten	10 % der Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Haushaltshilfe	10 % der täglichen Kosten, mind. 5, max. 10 Euro	
Zuzahlung für Krankenhausbehandlung und Anschlussrehabilitation	10 Euro pro Tag für max. 28 Tage	
Medizinische Reha- und Vorsorgemaßnahmen	10 Euro pro Tag	
Belastungsgrenze für Zuzahlungen	individuell: 2 % des Haushaltseinkommens	
Belastungsgrenze für Zuzahlungen bei chronisch Kranken	individuell: 1 % des Haushaltseinkommens	
Familienabschläge bei der Ermittlung der Belastungsgrenze:		
für den ersten Angehörigen	4.599,00 Euro	jährlich
jeder weitere Angehörige	3.066,00 Euro	jährlich
je familienversichertes Kind	7.008,00 Euro	jährlich
Härtefallregelung bei Zahnersatz*		
Einkommensgrenze Alleinstehende	1.022,00 Euro	monatlich
Einkommensgrenze Mitglied mit einem Angehörigen	1.405,25 Euro	monatlich
mit zwei Angehörigen	1.660,75 Euro	monatlich
mit drei Angehörigen	1.916,25 Euro	monatlich
*Über Detailregelungen informieren die Krankenkassen		
Bundeseinheitliche Beitragssätze		
allgemeiner Beitragssatz gesetzliche Krankenversicherung	15,5 %	
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung	1,95 %	
Beitragssatz gesetzliche Pflegeversicherung Kinderlose (23–65 Jahre)	2,2 %	
Beitragssatz allgemeine Rentenversicherung	19,9 %	
Beitragssatz knappschaftliche Rentenversicherung	26,4 %	
Beitragssatz Arbeitslosenversicherung	3,0 %	
Beitragsbemessungsgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	3.712,50 Euro	monatlich
Versicherungspflichtgrenze Kranken- und Pflegeversicherung	49.500,00 Euro	jährlich
Beitragsbemessungsgrenze Renten- und Arbeitslosenversicherung	5.500,00 Euro	alte Bundesl.
	4.800,00 Euro	monatl., neue Bundesl.
Beitragsbemessungsgr. knappschaftliche Rentenversicherung	6.750,00 Euro	alte Bundesl.
	5.900,00 Euro	monatl., neue Bundesl.
Leistungen der sozialen Pflegeversicherung		
Häusliche Pflege:		
Sachleistung Pflegestufe I	440,00 Euro	monatlich
Sachleistung Pflegestufe II	1.040,00 Euro	monatlich
Sachleistung Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Sachleistung bei außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand	1.918,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe I	225,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe II	430,00 Euro	monatlich
Pflegegeld Pflegestufe III	685,00 Euro	monatlich
Pflegegeld bei Verhinderung der Pflegeperson	1.510,00 Euro	jährlich
Teilstationäre und Kurzzeitpflege		
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe I	440,00 Euro	monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe II	1.040,00 Euro	monatlich
Tages-/Nachtpflege Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Kurzzeitpflege	1.510,00 Euro	jährlich
Ergänzende Leistung bei erheblichem allgemeinen Betreuungsaufwand	maximal 2.400,00 Euro	jährlich
Vollstationäre Pflege:		
Pflegestufe I	1.023,00 Euro	monatlich
Pflegestufe II	1.279,00 Euro	monatlich
Pflegestufe III	1.510,00 Euro	monatlich
Härtefälle	1.825,00 Euro	monatlich
Zuschuss für ambulante medizinische Vorsorgeleistungen	13,00 Euro	pro Tag
Zuschuss amb. med. Vorsorgeleist. für chronisch kranke Kinder	21,00 Euro	pro Tag

Modellvorhaben läuft aus

Unabhängige Patientenberatung wird 2011 Teil der Regelversorgung

14.12.10 (ams). Nach neunjähriger Erprobung wird die Unabhängige Patientenberatung zum festen Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens: Seit 2001 von den Verbänden der gesetzlichen Krankenkassen als Modellvorhaben gefördert, werden die Angebote zur unabhängigen Patientenberatung fortan als Standard in die sogenannte Regelversorgung übertragen. Das hat der Bundestag im Rahmen des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) festgeschrieben.

Die Übernahme in die Regelversorgung ist für Erwin Dehlinger, Experte für unabhängige Patientenberatung im AOK-Bundesverband, nunmehr das dritte Kapitel einer kleinen Erfolgsgeschichte: Nach einer ersten Förderphase durch die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen wurde das Projekt 2005 bis Ende 2010 verlängert. Im Zuge des zweiten Modellabschnitts wurde der Verbund „Unabhängige Patientenberatung Deutschland gGmbH“ (UPD) gegründet. Gesellschafter sind der Sozialverband VdK, der Verbraucherzentrale Bundesverband sowie der Verbund unabhängige Patientenberatung. „Ziel der UPD ist es, ratsuchenden Patienten und Verbrauchern mit unabhängigen Informationen im teilweise schwer zu überblickenden Gesundheitswesen beizustehen“, erklärt Dehlinger, der das Modellvorhaben von Anfang an fachlich begleitet.

250.000 Beratungsgespräche in vier Jahren

Bundesweit steht die UPD den Patienten mit 71 Mitarbeitern für persönliche Gespräche an einem der 22 Standorte oder per kostenfreier Telefonhotline zur Verfügung. In den vergangenen vier Jahren hat die UPD etwa 250.000 Beratungsgespräche geführt. „Insbesondere der zunehmende Wettbewerb im Gesundheitswesen hat bei den Patienten den Bedarf nach qualitätsgesicherter sowie interessensfreier Information und Beratung erhöht. Auch darum werden die Dienste der unabhängigen Beratungsstellen häufig und gern in Anspruch genommen“, so Dehlinger.

Oftmals suchen Versicherte und Patienten Rat bei der UPD, wenn es beispielsweise um Wirkungen und Nebenwirkungen von Arzneimitteln oder um die Kostenübernahme durch private Krankenversicherungsunternehmen oder gesetzliche Krankenkassen geht. Das belegt eine Evaluation der Prognos AG, die Mitte November an den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, den Bundestagsabgeordneten Wolfgang Zöllner, übergeben worden ist.

Anlass für knapp jede fünfte Kontaktaufnahme im ersten Halbjahr 2010 waren Beschwerden. Ein Drittel dieser rund 7.650 Beschwerden richtete sich gegen Ärzte und Therapeuten, davon wiederum ein Drittel gegen Zahnmediziner. „Bei den Beschwerden über einige Zahnärzte ging es allerdings nur selten um die Qualität der Behandlung. Vielmehr wurde moniert, dass Heilkostenpläne oder Abrechnungen nicht verständlich oder falsch gewesen seien“, so Dehlinger. Etwa 22 Prozent der Beschwerden richteten sich gegen Krankenkassen wegen abgelehnter Anträge und Leistungen. Zwölf Prozent der bei der UPD eingereichten Beanstandungen bezogen sich auf Mängel in stationären Einrichtungen.

GKV will Lücke bis zur Regelversorgung verhindern

Weil Ende des Jahres das Modellprojekt für die Unabhängige Patientenberatung ausläuft, musste diese nun neu ausgeschrieben werden. Leider habe es die Politik jedoch versäumt, rechtzeitig eine Gesetzesänderung – und damit die Ausschreibung für die kommenden fünf Jahre – auf den Weg zu bringen. „Um eine zeitliche Lücke zwischen dem Auslaufen des Modells und dem Start in der Regelversorgung möglichst zu vermeiden, hat der GKV-Spitzenverband schon jetzt die Ausschreibung in die Wege geleitet, obwohl die Gesetzesänderung erst zum 1. Januar 2011 in Kraft tritt“, sagt Dehlinger. Unter Umständen, so der AOK-Experte weiter, könne schon bis Ende des Jahres das Vergabeverfahren abgeschlossen sein. „Das könnte dann einen beinahe nahtlosen Übergang gewährleisten.“

Patientenvertreter im Beirat

Die Unabhängige Patientenberatung erhält in den kommenden fünf Jahren jährlich 5,2 Millionen Euro Fördermittel von den gesetzlichen Krankenkassen. Über den GKV-Spitzenverband werden diese dann an die entsprechenden Institutionen verteilt. Entsprechend trifft der GKV-Spitzenverband die Entscheidung über die Vergabe der Mittel im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten Zöller. Dabei wird der Spitzenverband von einem Beirat unterstützt, dem unter anderem ein Vertreter des Bundesgesundheitsministeriums, Wissenschaftler und ein Vertreter einer Patientenorganisation angehören.

Die private Krankenversicherung (PKV) wird sich künftig freiwillig an der Finanzierung beteiligen. Sie wird in den kommenden drei Jahren rund eine Million Euro für die Unabhängige Patientenberatung zur Verfügung stellen. Das entspricht einem jährlichen Betrag von rund 340.000 Euro – oder sieben Prozent der gesamten Fördersumme pro Jahr. „Grundsätzlich begrüßen wir, dass die PKV nun auch ihren Teil zur unabhängigen Patienteninformation beiträgt. Da allerdings rund zehn Prozent aller bei der UPD Ratsuchenden privat krankenversichert sind, wäre eine größere finanzielle Beteiligung wünschenswert gewesen“, so Dehlinger. Ebenfalls auf Unverständnis stößt bei

dem AOK-Experten, dass die PKV nur Finanzmittel für drei Jahre zur Verfügung stellt, obwohl der Förderzeitraum durch den GKV-Spitzenverband auf fünf Jahre festgeschrieben ist.

(tb)

Weitere Infos:
www.unabhaengige-patientenberatung.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Was 2011 in Kraft tritt

14.12.10 (ams). Zum Jahreswechsel und im weiteren Jahresverlauf ändern sich zahlreiche Gesetze und Verordnungen, die 2010 auf Bundesebene oder auf EU-Ebene verabschiedet worden sind. Im Folgenden gibt der AOK-Mediendienst eine Übersicht über die neuen Regelungen im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik. Diese und weitere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG)

Mit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) wird die schnelle Nutzenbewertung für neue Arzneimittel eingeführt. Spätestens drei Monate nach der Zulassung muss der Hersteller einen medizinischen Zusatznutzen nachweisen und binnen eines Jahres mit den Krankenkassen einen angemessenen Preis aushandeln. Bis dahin kann der Hersteller den Preis weiterhin selbst festsetzen. Für neue Medikamente ohne Zusatznutzen wird innerhalb von sechs Monaten ein Höchstbetrag festgelegt. Sie fallen dann wie die meisten Nachahmerpräparate (Generika) unter die Festbetragsregelungen. Die Bundesregierung erwartet davon jährliche Einsparungen bei den Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen in Höhe von rund zwei Milliarden Euro. Auf Medikamente zur Behandlung seltener Erkrankungen (Orphan Drugs) wird das neue Verfahren der schnellen Nutzenbewertung und Preisfestsetzung erst angewendet, wenn mit einem Medikament innerhalb von zwölf Monaten mehr als 50 Millionen Euro Umsatz zu Lasten der Krankenkassen gemacht wird (Apothekenverkaufspreis inklusive Umsatzsteuer).

Patienten können künftig anstatt eines Rabattarzneimittels ihrer Krankenkasse ein Medikament mit identischem Wirkstoff eines anderen Herstellers zu einem höheren Preis wählen, müssen dann aber die Mehrkosten aus eigener Tasche bezahlen (siehe Interview mit Dr. Herbert Reichelt Seite 2).

Änderungen der Preisgestaltung bei Apothekern und Pharmagroßhändlern sollen die Krankenkassen um weitere 400 Millionen Euro jährlich entlasten. Mit dem AMNOG werden auch eine Pflicht zur Veröffentlichung klinischer Arzneimittelstudien und eine unabhängige Patientenberatung eingeführt. Das vom Bundestag am 11. November beschlossene Gesetz muss vor dem Inkrafttreten zum 1. Januar 2011 am 17. Dezember den Bundesrat passieren.

Der vom Bundestag beschlossene Gesetzestext:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 763/10

Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:
www.reform-aktuell.de



Gesundheitsfonds – Haushaltsbegleitgesetz 2011

Der Gesundheitsfonds erhält 2011 vom Bund aus Steuermitteln zusätzlich zwei Milliarden Euro. Der Bundeszuschuss beträgt damit im nächsten Jahr insgesamt 15,3 Milliarden Euro. Der zusätzliche Bundeszuschuss ist Teil des Haushaltsbegleitgesetzes 2011, das der Bundestag am 28. Oktober beschlossen hat. Mit dem Gesetz wird der einmalige zusätzliche Bundeszuschuss als Paragraf 221a ins Fünfte Sozialgesetzbuch (SGB V) aufgenommen. Das Geld fließt in die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds und soll dazu dienen, einen eventuell notwendigen Sozialausgleich im Fall von Zusatzbeiträgen bis Ende 2014 zu finanzieren. Der Bundesrat billigte das Gesetz am 26. November 2010, das damit am 1. Januar 2011 in Kraft treten kann.

Der Gesetzestext:

www.bundesrat.de > [Parlamentsmaterialien](#) > [Drucksache 680/10](#)



GKV-Finanzierungsgesetz

Der einheitliche Beitragssatz der Krankenkassen, der Mitte 2009 im Zuge des Konjunkturpakets II wegen der Finanzmarktkrise auf 14,9 Prozent gesenkt worden war, beträgt von Januar 2011 an wieder 15,5 Prozent. Mit dem GKV-Finanzierungsgesetz werden Arbeitnehmer- und Arbeitgeberanteil um jeweils 0,3 Prozentpunkte auf 8,2 beziehungsweise 7,3 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens angehoben und auf diesem Stand eingefroren. Künftige Kostensteigerungen sollen von den GKV-Mitgliedern über Zusatzbeiträge finanziert werden.

Die Kassen können künftig Zusatzbeiträge in beliebiger Höhe erheben. Überschreitet der GKV-durchschnittliche Zusatzbeitrag zwei Prozent des beitragspflichtigen Einkommens eines Mitglieds, erhält dieser als Sozialausgleich die Differenz aus Steuergeldern. Für Hartz-IV-Empfänger zahlt die Arbeitsagentur den Zusatzbeitrag. Wer Eltern-, Übergangs-, Mutterschafts- oder Krankengeld erhält und keine beitragspflichtigen Einkünfte hat, braucht keinen Zusatzbeitrag zu zahlen. Das gilt auch für Wehr- und Zivildienstleistende im freiwilligen sozialen oder ökologischen Jahr, für Teilnehmer an Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufsfördernde Leistungen), Behinderte in Werkstätten und Heimen sowie Auszubildende, die weniger als 325 Euro im Monat erhalten. Wer fällige Zusatzbeiträge sechs Monate lang nicht zahlt, muss mindestens 20 Euro Säumniszuschlag zahlen.

Ein Wechsel in die private Krankenversicherung ist künftig bereits dann wieder möglich, wenn das Jahresarbeitsentgelt nur ein Jahr (bisher drei Jahre) über der Versicherungspflichtgrenze (2011: 49.500 Euro) gelegen hat.

Die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen und ihrer Verbände werden bis Ende 2012 auf dem Niveau von 2010 eingefroren.

Kassen, die bis Ende 2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten ausgegeben haben, müssen ihre Verwaltungsausgaben 2012 um zwei Prozent senken.

Für die hausarztzentrierte Versorgung dürfen die Kassen den Ärzten nur noch dann höhere Honorare anbieten, wenn diese durch Effizienzsteigerungen und Einsparungen in anderen Bereichen, zum Beispiel bei Arzneimitteln, kompensiert werden. Das Gesetz sieht auch eine schärfere Begrenzung des jährlichen Ausgabenanstiegs für alle niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte vor als bisher. Krankenhäuser sollen für Mehrleistungen im Vergleich mit dem Vorjahr nur 70 Prozent der üblichen Vergütung erhalten.

Insgesamt erwartet die Bundesregierung, dass sich die Finanzlage der Krankenkassen durch das Gesetz stabilisiert. Sie rechnet mit 3,5 Milliarden Euro Einsparungen bei den Ausgaben bei gleichzeitiger Erhöhung der Beitragseinnahmen um etwa 6,3 Milliarden Euro. Der Bundesrat wird sich mit dem am 12. November vom Bundestag verabschiedeten Gesetz abschließend am 17. Dezember befassen.

Der vom Bundestag beschlossene Gesetzestext:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 762/10



Rechengrößen in der Sozialversicherung

Mit dem Jahreswechsel ändern sich für die Sozialversicherungen wichtigen Rechengrößen. Die Beitragsbemessungsgrenze für die Kranken- und Pflegeversicherung sinkt von 3.750 Euro auf 3.712,50 Euro monatlich, die Versicherungspflichtgrenze von 4.162,50 Euro auf 4.125 Euro. Die Beitragsbemessungsgrenze der Renten- und Arbeitslosenversicherung steigt für Beschäftigte in den neuen Bundesländern um 150 Euro auf 4.800 Euro monatlich, in den alten Bundesländern bleibt sie bei 5.500 Euro. Für knappschäftlich Rentenversicherte sinkt die Beitragsbemessungsgrenze in den alten Bundesländern um 50 Euro auf 6.750 Euro, in den neuen Bundesländern steigt sie um 200 Euro auf 5.900 Euro. Grundlage für die neuen Rechengrößen, denen der Bundesrat am 26. November zustimmte, ist die Einkommensentwicklung (Lohnzuwachsrate) im Jahr 2009, die für die neuen Bundesländer ein Plus von 0,84 Prozent ausweist, für die alten Bundesländern dagegen ein Minus von 0,39 Prozent. Die wichtigsten Rechengrößen sowie alle Zuzahlungen für 2011 finden Sie auf Seite 7.

Alle Rechengrößen auf einen Blick und die ams-Grafik zum Download:
www.aok-bv.de > Zahlen

Die Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2011:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 653/10



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Was 2011 auf der Tagesordnung steht

14.12.10 (ams). Zahlreiche Projekte sind für das kommende Jahr bereits absehbar. Hierzu zählen die Gesetzesvorhaben, die sich bereits im parlamentarischen Verfahren befinden, aber auch solche, die von der Bundesregierung angekündigt oder etwa im Koalitionsvertrag vereinbart worden sind. Die Vorhaben sind in alphabetischer Reihenfolge aufgelistet.

Arzneimittel-Informationen (EU-Richtlinie)

Patienten sollen sich über Medikamente künftig auch im Internet informieren können. Vorgesehen ist der Aufbau von Datenbanken mit geprüften Informationen, die in gedruckter Form auch in Gesundheitszentren, bei Ärzten oder in Apotheken erhältlich sind. Außerdem sollen die Arzneimittel-Packungsbeilagen verbessert werden. Die Beipackzettel sollen künftig auch Angaben über Krankheitsbilder und nicht medikamentöse Behandlungsalternativen enthalten. Eine entsprechende EU-Richtlinie hat das Europäische Parlament am 24. November 2010 in erster Lesung beschlossen. Von der EU-Kommission in Brüssel vorgeschlagene Lockerungen des derzeitigen Werbeverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel lehnte das Parlament ab. Der Pharmaindustrie darf damit für rezeptpflichtige Produkte weiterhin nicht öffentlich etwa im Radio, Fernsehen oder in Tageszeitungen werben. Die EU-Richtlinie zur Arzneimittel-Information tritt nach Zustimmung der EU-Gesundheitsminister und einer darauf folgenden zweiten Lesung im EU-Parlament in Kraft. Dabei kann es noch Änderungen geben.

Der Beschluss des EU-Parlaments:
www.europarl.europa.eu > Suche > P7_TA 2010 0429



Arzneimittel-Sicherheit (EU-Richtlinie)

Das Europäische Parlament hat strengere Regeln für die Überwachung des Arzneimittelmarktes beschlossen. Pharmahersteller sollen künftig jeden Fall einer unerwünschten Nebenwirkung direkt an eine Datenbank der Europäischen Arzneimittelagentur in London melden. Zu den Regelungen gehört auch, dass Medikamente mit neuen, noch nicht lange erprobten Wirkstoffen besonders gekennzeichnet werden und dass auf jeder Arzneimittelpackung der Hersteller eindeutig feststellbar ist. Die dafür notwendigen Änderungen einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie hat das EU-Parlament am

22. September 2010 beschlossen. Sie sollen Mitte 2012 in Kraft treten und spätestens 2013 greifen. Das deutsche Arzneimittelgesetz muss entsprechend geändert werden.

Die Beschlüsse des EU-Parlaments:

www.europarl.europa.eu > Suche > P7_TA 2010 0332 und P7_TA 2010 0331



Operationstechnische Assistenten

Die Bundesländer fordern eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA). Sie soll drei Jahre dauern und von den Krankenkassen finanziert werden. Bisher werden OTA ohne staatliche Anerkennung der Berufsbezeichnung nur auf Grundlage von Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft ausgebildet. Laut Gesetzentwurf gab es 2008 bundesweit 73 OTA-Schulen an Krankenhäusern mit 1.342 Ausbildungsplätzen. Die Finanzierung der Ausbildung durch die Krankenhausträger sei angesichts ihrer schwierigen Finanzlage nicht mehr gesichert, so die Länder. Wegen der Zunahme der apparativen Versorgung und der Komplexität der Versorgung sei die Ausbildung von Spezialisten für die operationstechnische Assistenz aber notwendig. Die Bundesregierung lehnt es ab, den Kassen die Kosten der OTA-Ausbildung aufzubürden, will aber prüfen, ob sich die OTA-Ausbildung in ein Ausbildungssystem integrieren lässt, das weniger spezialisiert ist und bessere berufliche Weiterentwicklungsmöglichkeiten bietet.

Der Gesetzentwurf des Bundesrates mit Stellungnahme der Bundesregierung:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/1223



Organtransplantationen (EU-Richtlinie)

Die neue Richtlinie für Organtransplantationen, die das EU-Parlament im Mai 2010 beschlossen hat, muss bis spätestens 27. August 2012 in deutsches Recht umgesetzt werden. Die Richtlinie legt Mindeststandards für Qualität und Sicherheit bei Organtransplantationen fest. So sind unter anderem alle Daten über Spenderorgane und Transplantationen – auch über Beschaffung, Testung, Charakterisierung, Konservierung und Beförderung – europaweit zu erfassen. Entgegen der ursprünglichen Planung müssen dafür aber keine neuen Behörden geschaffen werden. In Deutschland können damit die Bundesärztekammer und die Deutsche Stiftung Organtransplantation weiterhin für die Qualität und Sicherheit der Organspenden verantwortlich bleiben.

Die EU-Richtlinie 2010/45/EU vom 7.7.2010:

<http://eur-lex.europa.eu> > Suche nach Celex-Nr. > 32010L0053



Patientenrechte-Gesetz

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung will die Rechte der Patienten stärken. Dazu will Zöller ein Patientenrechtegesetz vorlegen. Es soll Regelungen enthalten, durch die Patienten bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler schneller zu ihrem Recht kommen. Dazu gehören Bestimmungen über Dokumentation von Behandlungen, die Herausgabe von Unterlagen, das Risiko- und Fehlermanagement, über Rechte und Pflichten der Patienten gegenüber Leistungsträgern und Leistungserbringern sowie kollektive Patientenrechte. Außerdem sollen Patientenvertreter mehr Mitspracherechte in den Gremien der Selbstverwaltung bekommen. In dem Gesetz sollen auch die Patientenrechte zusammengefasst und entsprechend der aktuellen Rechtsprechung aktualisiert werden, die jetzt verstreut sind verschiedenen Gesetzen stehen. Die Bundesländer Berlin und Brandenburg unterstützen das Vorhaben und haben dazu ergänzende konkrete Vorschläge in den Bundesrat eingebracht. Dazu gehören auch Transparenzkriterien bei sogenannten IGe-Leistungen.

Der Bundesratsantrag:

www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 676/10



Patientenrechte-Richtlinie der EU

Alle EU-Bürger sollen künftig weitgehend selbst bestimmen können, in welchem EU-Mitgliedsland sie sich ambulant oder stationär behandeln lassen. Nur für Krankenhausbehandlungen im Ausland ist eine vorherige Genehmigung durch die Krankenkasse erforderlich. Diese darf aber nur verweigert werden, wenn der Patient ohne große Zeitverzögerung auch im Inland behandelt werden kann. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten allerdings nur bis zu der Höhe erstattet werden, in der sie bei einer Behandlung im Heimatland angefallen wären. Auf diesen Kompromiss haben sich die EU-Gesundheitsminister im Juni in Luxemburg geeinigt. Der Gesundheitsausschuss des Europäischen Parlaments hat am 27. Oktober dazu noch einige Detailänderungen vorgeschlagen, über die das Parlament noch abstimmen muss. Damit soll unter anderem gesichert werden, dass auch Patienten mit seltenen Erkrankungen und solche, die eine kostenintensive stationäre Behandlung benötigen, problemlos Leistungen im Ausland in Anspruch nehmen können. Bei vorab genehmigten Behandlungen sollen die Krankenkassen oder jeweiligen nationalen Kostenträger direkt mit den Krankenhäusern im Ausland abrechnen, Patienten also nicht in Vorleistung treten müssen. Für ethisch umstrittene Diagnose- und Therapieverfahren sollen grundsätzlich die Regeln des Heimatlandes eines Patienten gelten. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004

gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden.

Die EU-Richtlinie und die Änderungsvorschläge des EU-Parlaments:
www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/organes/envi/envi_20101027_0900.htm > Agenda No. 4

Stellungnahme des Ministerrates vom 13.9.2010:
<http://eur-lex.europa.eu> > Suche nach Celex-Nr. > 52010AG0014



Pflegeversicherung

Gesundheitsminister Philipp Rösler will 2011 eine Reform der sozialen Pflegeversicherung angehen. Dabei soll der Begriff der Pflegebedürftigkeit geändert werden. Die Pflegestufen sollen sich nicht mehr nach dem Pflegeaufwand in Minuten, sondern nach dem Grad der Selbstständigkeit der Pflegebedürftigen richten. Einzelheiten sollen im Rahmen des Pflegedialogs mit Verbänden, Krankenkassen und Experten festgelegt werden, der im Dezember begann. Erst später will die Regierungskoalition erörtern, wie die Pflegeversicherung auch für die weitere Zukunft solide finanziert werden kann. Im Koalitionsvertrag vom Oktober 2009 heißt es, in der Form der Umlagefinanzierung könne die Pflegeversicherung ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauche man als Ergänzung eine Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und generationengerecht ausgestaltet sein müsse.

Präimplantationsdiagnostik

Die Regelungen für die Präimplantationsdiagnostik (PID) sollen gesetzlich genauer festgelegt werden. Bei der PID werden vor einer künstlichen Befruchtung im Reagenzglas erzeugte Embryonen auf Gendefekte untersucht und im Fall festgestellter Schädigungen vernichtet. Anfang Juli 2010 hatte der Bundesgerichtshof geurteilt, dass dies nicht gegen das Embryonenschutzgesetz verstößt und nach aktueller Rechtslage straffrei bleibt. Der Bundestag will über eine Neuregelung ohne Fraktionszwang entscheiden. Möglich sind ein Totalverbot, eine sehr restriktive oder eine weitergehende Erlaubnis für PID. Der CDU-Bundesparteitag hatte sich Mitte November in Karlsruhe mit knapper Mehrheit für ein Verbot der Präimplantationsdiagnostik ausgesprochen.

Versorgungsgesetz

Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler will den drohenden Ärztemangel in ländlichen Regionen mit einem Versorgungsgesetz abwenden. Eine entsprechende Gesetzesinitiative will er möglichst noch im ersten Halbjahr 2011 auf den Weg bringen. Die Eckpunkte sollen in einer gemeinsamen Kommission mit den Ländern abgestimmt werden, teilte der Minister nach einem Sondertreffen mit den Landesministern am 25. Oktober 2010 mit. Dabei soll es auch um eine effizientere Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung gehen. Auch das Alter der Bevölkerung soll künftig mit darüber entscheiden, wie viele Ärzte sich in einer Region niederlassen dürfen (siehe Interview mit Dr. Herbert Reichelt Seite 2).

Dialog-Fax: 030/220 11-105
Telefon: 030/220 11-200

AOK-Medienservice

Informationen des AOK-Bundesverbandes www.aok-presse.de

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

Adressenänderung

Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Politik künftig an folgende Adresse:

Name: _____

Redaktion: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel./Fax: _____

Ich will den **Informationsvorsprung von drei Tagen** nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Politik künftig nicht mehr per Post, sondern **per E-Mail**:

@

Ich interessiere mich auch für die Ratgeber-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per Post** an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Ratgeber **per E-Mail** an folgende Adresse:

@

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen:

