

Februar
2008

INHALT

- Gericht bestätigt Rechtsweg zu Rabattverträgen
- Politische Unterstützung für AOK-Hausarztvertrag
- Pflegestützpunkte bleiben umstritten
- Vereinbarung über Telematik-Infrastruktur

■ RSA-Gutachten: Hilfreiche Empfehlungen

Als wichtigen Schritt hin zu einer gerechteren Mittelverteilung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung bewertet Jürgen Graalman, Politikchef des AOK-Bundesverbandes, das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats des Bundesversicherungsamtes zur Ausgestaltung des **morbitätsorientierten Risikostrukturausgleichs**. Darin seien viele kostenintensive Erkrankungen aufgeführt, an denen die Versicherten litten. Deshalb sei es richtig, dass die Solidargemeinschaft aller gesetzlich Versicherten an deren Behandlungskosten beteiligt werde. Allerdings enthalte das Gutachten auch kritikwürdige Punkte. So sei beispielsweise zu bemängeln, dass die Behandlungskosten für Diabetes mellitus Typ 2 erst dann berücksichtigt werden sollen, wenn Komplikationen vorliegen. Damit würden die Investitionen einer Krankenkasse in die **Sekundärprävention** – Beratung und Schulung der Patienten und regelmäßige ärztliche Kontrolle – nicht berücksichtigt. Außer Acht blieben auch andere Volkskrankheiten mit hohen Behandlungskosten.

Info: www.aok-bv.de/lexikon/r/index_o2391.html

■ Positives Finanzergebnis der AOK-Gemeinschaft

Einen Überschuss von voraussichtlich rund 943 Millionen Euro erzielte die AOK-Gemeinschaft im vergangenen Jahr. Das geht aus vorläufigen Berechnungen hervor. Danach stiegen die **beitragspflichtigen Einnahmen** je Mitglied zwischen Januar und Dezember 2007 nur geringfügig um 0,1 Prozent an. Der Vergleichswert für das Jahr 2006 fiel mit einem Plus von 0,4 Prozent deutlich höher aus. Gleichzeitig erhöhten sich im vergangenen Jahr die Leistungsausgaben der Gesundheitskasse je Mitglied um durchschnittlich 3,9 Prozent. Überdurchschnittlich stiegen die Aufwendungen der AOK je Mitglied für die ambulante ärztliche Versorgung und für Arzneimittel. Hier wurden Steigerungsraten von 5,1 beziehungsweise 6,3 Prozent verzeichnet. Bei der häuslichen Krankenpflege erhöhten sich die Ausgaben sogar um 11,1 Prozent je Mitglied. Die genauen Zahlen der Statistik KV 45 werden Ende des Monats vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlicht.

ZUR PERSON



■ **Hermann Hofmann**, bisher Erster Geschäftsführer des Verbandes „Pro Generika“, wechselte als Chef der Globalen Kommunikation zum Pharmakonzern Sandoz. Zwischen 1994 und 2004 war er Pressesprecher der CSU-Landesleitung und der CSU-Landtagsfraktion.

■ **Dr. Dominik Graf von Stillfried** wurde zum neuen Geschäftsführer des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung berufen. Der bisherige Dezernent bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung folgt **Dr. Gerhard Brenner**, der in den Ruhestand trat.

■ Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz ist wieder komplett. Neues Mitglied im hauptamtlichen Gremium wurde der Allgemeinmediziner **Dr. Michael Siegert**.

Reformblock

„Gesundheit und Gesellschaft“
hat jetzt einen Weblog.
Die neue Diskussionsplattform
findet sich unter
www.reformblock.de
im Internet. Sie soll Lesern
Möglichkeiten der Kommunikation
und des Meinungsaustausches bieten.

■ **Arznei-Rabattverträge: Gericht bestätigt AOK-Position**

In der juristischen Auseinandersetzung über Zuständigkeiten bei den AOK-**Arznei-Rabattverträgen** hat das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg jetzt entschieden, dass ausschließlich die Zuständigkeit der Sozialgerichte gegeben ist. Damit ist klargestellt, dass die Vorschriften des **Sozialgesetzbuches** und nicht die des Vergaberechts greifen. In der Entscheidung fand das Gericht auch deutliche Worte zur Rolle verschiedener Vergabekammern, die sich bisher gegen die Rabattpraxis der AOK positioniert hatten. Dazu stellte das LSG unter anderem klar, bei ihnen handle es sich nicht um ein „erstinstanzliches Gericht“, sondern um eine „Verwaltungsbehörde“, die sich bei den Arznei-Rabattverträgen Rechte angemessen habe, über die sie nicht verfüge.

■ **Höhere Krankenkassen-Beiträge für Hartz-IV-Empfänger?**

Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstützen in einem gemeinsamen Statement ausdrücklich Pläne von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, die bisher nur unzureichend aus Steuermitteln finanzierten Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslosengeld-II-Empfänger (Hartz-IV) monatlich um etwa 50 Euro auf dann bis zu 170 Euro aufzustocken. Sollte diese Absicht bis zum Sommer dieses Jahres umgesetzt werden, sei es für die Bundesregierung leichter, auch für 2009 einen kostendeckenden **allgemeinen Beitragssatz** für die Kassen zu normieren.

Info: www.gkv.info/gkv/index.php?id=618

■ **Politische Unterstützung für AOK-Hausarztvertrag**

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt setzt große Erwartungen in die Signalwirkung des künftigen Hausarztvertrages der AOK Baden-Württemberg. Damit werde hoffentlich deutlich, so die SPD-Politikerin bei einem Kongress in Aachen, dass man mit solchen Verträgen eine gute medizinische Versorgung zu günstigeren Konditionen sicherstellen könne. Es sei ein wichtiges Element des Wettbewerbs um eine gute Qualität der medizinischen Versorgung, dass Krankenkassen auch außerhalb der Kollektivverträge Vereinbarungen mit Ärzten schließen können. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums nahmen Ende 2007 mehr als 5,9 Millionen Versicherte, darunter über 2,77 Millionen AOK-Versicherte an einem Hausarztmodell ihrer Kasse teil.

Info: www.aok-bv.de/lexikon/h/index_02451.html

Blitzlicht

Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums haben noch immer etwa 100.000 **Menschen in Deutschland keine Krankenversicherung**. Ressortchefin Ulla Schmidt startete jetzt eine Kampagne, mit der die nach wie vor Nichtversicherten in die Krankenkassen zurückgeholt werden sollen. Nicht ganz übersehen lässt sich, wer zu diesem Kreis gehört. Nach Angaben des Ministeriums und der Spitzenverbände der Krankenkassen geht es unter anderem um Selbstständige, die keine Transferleistungen vom Staat erhalten, sich die Kassenbeiträge aber dennoch nicht leisten können.

■ Große Koalition weiter uneins über Pflegestützpunkte

Bei den parlamentarischen Beratungen über die geplante Pflegereform gibt es aus Sicht der CDU/CSU-Bundestagsfraktion noch erheblichen Diskussionsbedarf. Annette Widmann-Mauz, gesundheitspolitische Sprecherin der Unionsfraktion, kritisierte nach einer parlamentarischen Anhörung zum Entwurf für das Reformgesetz erneut den geplanten Aufbau von 4.000 Pflegestützpunkten zur Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen. Er wurde bei dem Hearing von nahezu allen geladenen Experten vehement abgelehnt. Sie begründeten ihre Position mit der zu erwartenden Bürokratie. Annette Widmann-Mauz rief nach der Anhörung dazu auf, das dafür benötigte Geld den Pflegebedürftigen zugute kommen zu lassen, anstatt es in neue bürokratische Strukturen zu investieren. Trotz weiterer koalitionsinterner Beratungen auf Arbeitsebene konnten die Meinungsverschiedenheiten nicht ausgeräumt werden. Dessen ungeachtet verteidigte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die strittigen Beratungsstellen für Pflegebedürftige in einem Brief an die SPD-Abgeordneten.

Infos: www.reform-aktuell.de

■ Bundesregierung sieht Pflegeversicherung auf gutem Weg

Jeden Monat erhalten derzeit etwa 2,1 Millionen Menschen Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Von ihnen werden 1,40 Millionen Versicherte ambulant und weitere 700.000 stationär versorgt. Das geht aus dem neuen Pflegebericht der Bundesregierung hervor. Die **Pflegeversicherung** verfügte danach Ende 2006 über ein Finanzpolster von rund 3,50 Milliarden Euro. Der seinerzeit erzielte Einnahmeüberschuss von etwa 450 Millionen Euro sei in erster Linie auf einmalige Zusatzeinnahmen als Folge der vorgezogenen Beitragsfälligkeit zurückzuführen. Die in den Jahren zuvor angefallenen Defizite seien vor allem durch die konjunkturell bedingte Einnahmeschwäche bedingt gewesen. Dagegen hätten die demografische Entwicklung und der damit verbundene Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen eine geringere Rolle gespielt. Gleichwohl hält das Kabinett zur mittelfristigen Finanzierung der im Rahmen der Pflegeversicherungsreform vorgesehenen Leistungsverbesserungen eine Anhebung des Beitragssatzes um 0,25 Prozentpunkte für notwendig. Zufrieden zeigte sich die Bundesregierung darüber, dass inzwischen weniger als fünf Prozent der ambulant betreuten Pflegebedürftigen und maximal ein Viertel der stationär versorgten Versicherten trotz Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung auf ergänzende Sozialhilfe angewiesen seien.

Info: www.bmg.bund.de/cln_041/nn_1190814/DE/Presse/Pressemitteilungen/Presse-1-2008/pm-16-1-08,param=.html

■ Erfahrungsaustausch über Mammographie-Screening

Das Bundesumweltministerium lädt gemeinsam mit dem Gesundheitsressort und der Kooperationsgemeinschaft Mammographie für den 8. April 2008 zu einer ganztägigen Konferenz über Erfahrungen und Perspektiven mit dem Mammographie-Screening in Deutschland ein. Tagungsort ist Berlin. Programm und Anmeldung unter www.mammographie-kongress.de im Internet.

KOMMENTIERT:

Der von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt favorisierte Aufbau von rund 4.000 Pflegestützpunkten im ganzen Land zur besseren Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen droht in der Regierungskoalition zu einem Stolperstein für die geplante Reform der Pflegeversicherung zu werden. Die massiven Vorbehalte von Experten, nicht zuletzt auch aus den Reihen der Pflegekassen, an diesen neuen Beratungsstrukturen ließen die Gesundheitspolitiker der CDU/CSU-Bundestagsfraktion nicht unbeeindruckt. Das schon heute in diesem Bereich vorhandene Know how bei den Kostenträgern reicht nach ihrer Ansicht grundsätzlich aus und sollte allenfalls in Details modifiziert werden. Wie auch immer sich Union und Sozialdemokraten am Ende verständigen, ist eines sicher: Zusätzliche kostenintensive bürokratische Strukturen verbessern die Situation keines einzigen Pflegebedürftigen in diesem Lande. Das Geld sollte lieber in die Versorgung pflegebedürftiger Demenz-Patienten investiert werden. (JB)

G+G Vorschau...

Ausgabe 2/2008

Kleine Killer im Visier

Wer ins Krankenhaus muss, will sich dort nicht auch noch mit gefährlichen Keimen infizieren. Doch wo auf engem Raum viele geschwächte Menschen leben, herrschen gute Bedingungen für die kleinen Killer. Eine Reportage von Monika Eschner (Text) und Jürgen Schulzki (Fotos). Dazu auch ein Interview mit Professor Petra Gastmeier von der Medizinischen Hochschule Hannover.

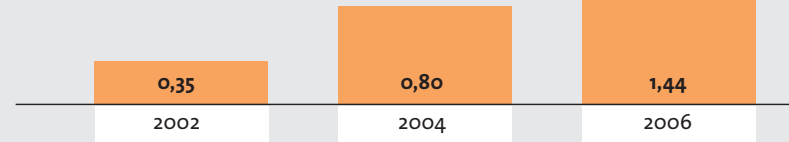
Orientierung im Pflegefall

Pflegebedürftige und ihre Angehörigen sollen nach dem Willen des Bundesgesundheitsministeriums künftig einen Anspruch auf individuelle Beratung haben. Doch schon heute trägt die Beratung der Versicherten durch kompetente Fachkräfte der Pflegekassen zu einer effektiven Versorgung bei. Erläuterungen von Harald Kesselheim und Erwin Dehlinger vom AOK-Bundesverband.

Das Interesse an Prävention nimmt zu

An Kursen zur Gesundheitsvorsorge nahmen teil*

Angaben in Millionen



*gesetzlich Versicherte

Quelle: GKV Präventionsbericht 2007

Rund 1,4 Millionen Erwachsene, zumeist Frauen, nutzten die Angebote der gesetzlichen Krankenkassen zur GESUNDHEITSFÖRDERUNG. Das geht aus dem kürzlich veröffentlichten Präventionsbericht der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände hervor. Damit ist das Engagement der Versicherten für ihre Gesundheit deutlich gestiegen. Nutzten im Jahr 2002 erst etwa 350.000 Erwachsene entsprechende Angebote, so waren es im Jahr 2006 bereits 1,44 Millionen Menschen. Das entspricht allein gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahres einem Plus von 17 Prozent.

Finanzierungsvereinbarung für Telematik-Infrastruktur

Die **Spitzenverbände der Krankenkassen** und die **Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)** haben sich auf die erste Stufe einer Finanzierungsvereinbarung beim Aufbau der Telematik-Infrastruktur im Gesundheitswesen geeinigt. Sie bezieht sich auf die stationären und mobilen Kartenterminals, die die sogenannte SICCT/eHealth-Spezifikation erfüllen. Die Absprache sieht vor, dass jede Arztpraxis eine Pauschale für die Ausstattung mit entsprechenden Geräten erhält. Diese Regelung gilt auch für Zweitgeräte, die in genehmigten Zweigpraxen und ausgelagerten Praxisstätten zum Einsatz kommen. Spätestens einen Monat vor Beginn der Ausstattung werden die Spitzenverbände und die KBV die Höhe der Pauschalen bekanntgeben. Dr. Hans Jürgen Ahrens, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, sieht in der Übereinkunft eine gute Lösung, weil sie die Finanzierung notwendiger Investitionen wirtschaftlich sinnvoll regelt.

Info: www.aok-bv.de/lexikon/t/index_o2425.html