

INHALT

- AOK läutet fünfte Arzneimittel-Rabatt-runde ein
- FDP-Parteitag: Landarztquote und mehr Studienplätze für Medizin
- Gaßner und Fiedler kritisieren Härtefallregelung bei Zusatzbeiträgen
- Eurobarometer: Deutsche mit eigenem Gesundheitswesen überdurchschnittlich zufrieden
- Neue Rubrik „Blickpunkt Hintergrund“: Was Deutschland für die Gesundheit aus gibt

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
5. Mai 2010

■ Arzneimittel: AOK begrüßt vom Kabinett verabschiedete Reform-Eckpunkte

Die AOK hat die vom Bundeskabinett verabschiedeten Reform-Eckpunkte für den **Arzneimittelbereich** begrüßt. Die Bundesregierung wolle gute neue Medikamente künftig den Patienten schnell und zu fairen Preisen zur Verfügung stellen, so die Einschätzung der Gesundheitskasse. „Durch die vorgesehene Schnellbewertung kann es gelingen, die Spreu vom Weizen zu trennen“, bewertete Dr. Herbert Reichelt, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, das Vorhaben, dass Pharmaunternehmen künftig den Nutzen für alle neuen Arzneimittel nachweisen müssen. Auf diese Weise ließen sich neue Arzneimittel mit geringem Zusatznutzen in den Wettbewerb mit bereits vorhandenen, anerkannten Arzneimitteln stellen. Gleichzeitig könnten innovative Arzneimittel mit für Patienten und Hersteller akzeptablen Preisen versehen werden. Jetzt komme es darauf an, die Eckpunkte schnell zu einem entsprechend wirksamen Gesetzentwurf auszuarbeiten. Die Eckpunkte sehen unter anderem vor, den Herstellerabschlag für alle Arzneimittel, die nicht der **Festbetragsregelung** unterliegen, zeitlich befristet bis zum 31. Dezember 2013 von sechs auf 16 Prozent zu erhöhen. In dieser Zeit gilt ein Preisstopp auf Basis der Preise zum 1. August 2009.

Infos: www.aok-bv.de

■ Umfassende Behandlungsergebnisse im AOK-Krankenhausnavigator

Eine Orientierungshilfe für überwiegend planbare Operationen bietet die AOK jetzt Menschen an, die auf der Suche nach einem Krankenhaus sind. Für zunächst vier Pilotregionen erhalten Patienten, die an Hüft- oder Kniegelenken oder wegen eines Oberschenkelbruchs nahe dem Hüftgelenk operiert werden müssen, im **AOK-Krankenhausnavigator** auf Basis der Weissen Liste Informationen über die Behandlungsergebnisse von Kliniken. Den Anfang machen Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. Weitere Regionen werden folgen. Verbraucherschützer Dr. Stefan Etgeton und der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Prof. Fritz-Uwe Niethard, begrüßten das neue Angebot im AOK-Krankenhausnavigator. In Deutschland müssen sich jährlich mehr als 330.000 Patienten einer Operation unterziehen lassen, um ihre Hüft- oder Kniegelenke ersetzen zu lassen.

Infos: www.weisse-liste.aok-gesundheitsnavi.de

ZUR PERSON I



Dr. Klaus Theo Schröder, ehemaliger Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, soll Schlichter bei Streitfällen im Zusammenhang mit der elektronischen Gesundheitskarte werden. Das haben die Gesellschafter der gematik beschlossen.



Dr. Carsten Leffmann ist neuer Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein. Leffmann löst Dr. Cordelia Andreßen ab, die als Staatssekretärin in das Kieler Wissenschaftsministerium wechselte.

Matthias Blum wird zum 1. Juni die Nachfolge von Richard Zimmer als Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) antreten. Blum ist derzeit noch stellvertretender Geschäftsführer der KGNW.

■ Arzneimittel: AOK-System läutet fünfte Rabattrunde ein

Mit zwölf Wirkstoffen aus dem patentfreien Arzneimittelmarkt möchte die AOK ab Oktober 2010 weitere 200 Millionen Euro während der Vertragslaufzeit über zwei Jahre einsparen. Es ist die fünfte Rabattrunde für das AOK-System. Pharmaunternehmen haben nun bis zum 7. Juni die Möglichkeit, ihre Angebote einzureichen. „Das Umsatzvolumen der zwölf Wirkstoffe, darunter auch der umsatzstarke Blutgerinnungshemmer Clopidogrel, lag 2009 im bundesweiten AOK-System bei 280 Millionen Euro“, sagt Dr. Christopher Hermann, Vorstandsvize der AOK Baden-Württemberg und Chefunterhändler der AOK-Gemeinschaft für die **Rabattverträge**. „Mit keinem wettbewerblichen Instrument konnten bisher so hohe Einsparungen im Gesundheitswesen erzielt werden wie mit den Rabattverträgen. Wir werden bis Jahresende die Milliardenmarke geknackt haben“, bilanziert Hermann die seit 2007 laufenden Verträge. Die vierte Tranche für die Jahre 2010 bis 2012 begann im April dieses Jahres. Einschließlich der dritten Runde (Laufzeit bis Mai 2011) sind damit derzeit insgesamt 143 Wirkstoffe mit einem Ausgabenvolumen von 3,5 Milliarden Euro im AOK-System rabattiert.

Infos: www.aok-bv.de

■ Parteitagsbeschluss: FDP für Landarztquote und mehr Medizinstudienplätze

Die FDP will die ambulante Versorgung vor allem auf dem Land stärken. Dazu soll die Zahl der Medizinstudienplätze künftig bundesweit und dauerhaft um zehn Prozent erhöht werden, heißt es im Beschluss „Ärztliche Versorgung auch in Zukunft sichern“, den der Bundesparteitag der Liberalen in Köln Ende April annahm. Bund und Länder sollten den „Aufwuchs in einer Ergänzungsvereinbarung zum Hochschulpaket verlässlich regeln“, heißt es in dem Papier. Außerdem müssten die Länder die Möglichkeit erhalten, über eine Landarztquote die Niederlassung von Ärzten in strukturschwachen Regionen attraktiver zu machen. Die Ärzteschaft sei überdies aufgefordert, Bedingungen zu formulieren, unter denen ärztliche Aufgaben von anderen Berufsgruppen übernommen werden könnten. Eine Woche vor dem Parteitag hat die Bundesregierung in ihrer Antwort (17/1304) auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (17/1104) geschrieben, dass noch in diesem Jahr darüber Klarheit herrschen solle, welche heilkundlichen Tätigkeiten im Rahmen von **Modellprojekten** von Ärzten an Pflegefachkräfte übertragen werden können. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe bereits 2009 die Beratungen über entsprechende Richtlinien aufgenommen, heißt es in der Antwort der Bundesregierung. Derweil meldet die Bundesärztekammer, dass die Zahl der in Deutschland tätigen Ärzte 2009 im Vergleich zum Vorjahr um zwei Prozent beziehungsweise 6.248 auf 352.945 angestiegen ist.

Infos: www.parteitag-fdp.de

ZUR PERSON II



Jürgen Peter, bisher Vorstandsvorsitzender der AOK Niedersachsen, ist nach der Fusion mit der IKK Niedersachsen Vorstandsvorsitzender der gemeinsamen Krankenkasse.



Heiner Pott ist zur neuer Staatssekretär im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration. Der Jurist war seit 2000 Oberbürgermeister von Lingen.



Gregor Seeger, bislang wissenschaftlicher Mitarbeiter beim Bundestagsabgeordneten Jens Spahn, ist nun Vorstandsreferent bei der Techniker Krankenkasse.

■ Gesundheitsausschuss diskutiert Modernisierung der Bedarfsplanung

Zur Bekämpfung des angeblich drohenden Ärztemangels hat der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, eine grundlegende Modernisierung der Bedarfsplanung angemahnt. In einer Sitzung des Gesundheitsausschusses im April forderte er, den Behandlungsbedarf der Bevölkerung künftig kleinräumig zu messen. Er schlug die Gründung von Regionalverbänden in jedem Bundesland vor, den neben den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Landeskrankenhausgesellschaften, die Landesärztekammern und die Landesministerien stimmberechtigt angehören sollten. Die Verbände sollten den Bedarf sektorenübergreifend planen. Die Koalitionsfraktionen erklärten, es gebe Handlungsbedarf. Die FDP stellt die Bedarfsplanung grundsätzlich in Frage. Die SPD-Fraktion unterstützte Köhlers Vorschlag zwar, stellte aber zur Diskussion, ob für ein solches System überhaupt noch KVen notwendig seien. Im Vorfeld der Konferenz der Gesundheitsminister am 5. und 6. Mai haben auch die Länder bereits mehr Einfluss bei der Bedarfsplanung gefordert.

Infos: www.bundestag.de

KOMMENTAR

Vor rund 20 Jahre reformierte die Politik die Bedarfsplanung und orientierte sie an einem kuriosen Verfahren: Aufgrund des Ist-Zustandes am 31. Dezember 1990 wurde für die gesamte Republik festgelegt, wie viele niedergelassene Ärzte einer Fachgruppe in welcher Region auf wie viele Einwohner kommen dürfen. Überversorgung in den Metropolen und Engpässe auf dem Land hat die Bedarfsplanung so zementiert, teilweise sogar verschlimmert. Es ist an der Zeit, ein schlauerer System einzuführen. Das sollte nicht nur den stationären Sektor einbeziehen. Zu bedenken ist auch, dass in immer dünner besiedelten Regionen kaum noch eine doppelte Facharztschiene von Klinik und Praxis finanzierbar ist. Außerdem: Soll die Bedarfsplanung wirklich nur Ärzte einbeziehen, oder müsste sie inzwischen nicht auch die Kompetenz des medizinischen Fachpersonals berücksichtigen? (ink)

■ Zusatzbeiträge: Gaßner fordert andere Härtefallregelung

„In seiner bestehenden Form ist der Zusatzbeitrag auf Dauer nicht praktikabel.“ Das hat der Präsident des **Bundesversicherungsamtes** (BVA), Dr. Maximilian Gaßner, erklärt. Gaßner wies darauf hin, dass die derzeitige Ein-Prozent-Regelung Schwierigkeiten mit sich bringt. Sie sieht vor, dass gesetzliche Krankenkassen im Falle zu erwartender Defizite maximal ein Prozent des Bruttoeinkommens, höchstens jedoch 37,50 Euro, pro Monat als **Zusatzbeitrag** verlangen können. Zum einen, so der BVA-Präsident, sei davon auszugehen, dass mit maximal einem Prozent vom Brutto die 2011 drohenden Finanzlücken nicht zu schließen seien, zum anderen könnten viele Versicherten auch nicht mehr Geld bezahlen. Gaßner, der das BVA seit März leitet, forderte den Gesetzgeber auf, zu „prüfen, wie eine andere Härtefallregelung aussehen kann“. Für eine Streichung der Ein-Prozent-Regelung hat sich bei einer Veranstaltung der Grünen-Bundestagsfraktion auch Prof. Eckart Fiedler ausgesprochen. Der ehemalige Vorstandsvorsitzende der Barmer Ersatzkasse plädierte außerdem dafür, den **Gesundheitsfonds** immer mit 100 Prozent der Finanzsumme und nicht nur mit mindestens 95 Prozent wie derzeit auszustatten.

Infos: www.bva.de

■ DGB-Reformkommission: Wissenschaftler legen Gutachten vor

Im Rahmen der Reformkommission des Deutschen Gewerkschaftsbundes (DGB) haben mehrere Wissenschaftler Gutachten vorgelegt. Prof. Rolf Rosenbrock vom Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung kommt zu dem Schluss, dass eine Kopfpauschale kein Problem der gesetzlichen Krankenversicherung lösen, sondern nur neue schaffen würde. Ähnlich argumentieren in einem zweiten Gutachten Prof. Stefan Greß und Dr. Simone Leiber. Sie raten von einem Systemwechsel ab und plädieren unter anderem für die Anhebung der Beitragsbemessungs- und der Versicherungspflichtgrenze. Dr. Markus Lünzen und Guido Büscher vom Universitätsklinikum Köln zeigen, dass die Belastung für Arbeitnehmer mit der Zeit stark stiege, wenn der Arbeitgeberanteil am Krankenversicherungsbeitrag auf sieben Prozent eingefroren und der Steuerzuschuss mit 14 Milliarden Euro veranschlagt würde. Ende April hat der DGB außerdem ein Aktionsbündnis „Köpfe gegen die Kopfpauschale“ gestartet. Ihm gehören Wohlfahrts-, Sozial-, Frauen-, Jugend-, Ärzte- und Migrantenverbände an.

Infos: www.dgb.de

■ Gesundheitskarte soll in abgespeckter Fassung kommen

Die **elektronische Gesundheitskarte** (eGK) wird zunächst in einer Lightversion eingeführt, ein elektronisches Rezept und eine elektronische Patientenakte kommen vorerst nicht. Darauf haben sich die Gesellschafter in der Betreiber-gesellschaft **gematik** nach Gesprächen mit Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler geeinigt. Zudem sind Zuständigkeiten aufgeteilt worden. Die Krankenkassen werden sich darum kümmern, dass Versichertendaten online aktualisiert werden können. Die Bundesärztekammer ist zuständig für die Speicherung medizinischer Notfalldaten. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung soll einen elektronischen Arztbrief entwickeln. Ob Ärzte zur Annahme der eGK verpflichtet werden, ist ebenso unklar wie das Datum der Einführung der Karte. Ursprünglich sollte sie bereits 2006 ausgegeben werden. Mit der Position der Ärzteschaft zur eGK wird sich der **Deutsche Ärztetag** Mitte Mai in Dresden eingehend befassen.

Infos: www.gematik.de

■ Krankenkassen fehlen 3,1 Milliarden Euro

Die gesetzlichen Krankenkassen haben 2010 ein Finanzloch von 3,1 Milliarden Euro. Das hat der Schätzerkreis für die gesetzliche Krankenversicherung bekannt gegeben. Die geplanten Einsparungen bei Arzneimitteln seien bereits berücksichtigt. Die Krankenkassen müssten das fehlende Geld aus Rücklagen oder über Zusatzbeiträge finanzieren, so Dr. Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes.

■ Eurobarometer: Deutsche Patienten überdurchschnittlich zufrieden

Deutsche Patienten fühlen sich in den Händen ihrer Ärzte und Krankenhäuser besser aufgehoben als die Bürger vieler anderer Staaten der Europäischen Union (EU). Das zeigt eine Eurobarometer-Umfrage zur Patientensicherheit und Qualität der medizinischen Versorgung in der EU. Demnach fühlen sich 70 Prozent der Deutschen „gut“, weitere 16 Prozent sogar „sehr gut“ versorgt. Im EU-weiten Durchschnitt sind es 57 Prozent beziehungsweise 13 Prozent. 85 Prozent der Bundesbürger bewerten das deutsche Gesundheitswesen zudem als besser oder zumindest gleichwertig mit denen der anderen Mitgliedstaaten. Die Befragung fand im September und Oktober 2009 im Auftrag der Europäischen Kommission statt. Es nahmen über 26.000 Menschen aus allen 27 EU-Staaten teil.

Infos: ec.europa.eu/public_opinion

■ Umfrage: Koordinierte Patientenversorgung wichtiger als freie Arztwahl

Rund 60 Prozent der Bevölkerung würden bei der medizinischen Versorgung auf die freie Arztwahl verzichten, wenn dafür eine optimale Abstimmung aller an der Therapie Beteiligten gewährleistet wäre. Das ergab eine Bevölkerungsumfrage im Auftrag des Arzneimittelherstellers Janssen-Cilag. Jeder fünfte Umfrageteilnehmer würde sich auch ohne finanzielle Einsparungen für ein Versorgungsmodell mit optimaler Koordination der Leistungserbringer entscheiden. Weitere 40 Prozent wären bereit, auf die freie Arztwahl zu verzichten, wenn sie 10, 25 oder 50 Euro monatlich sparen könnten. Für 40 Prozent der Gesamtstichprobe kommt dies gar nicht in Betracht. Über 1.000 Bundesbürger nahmen im Januar 2010 an der Umfrage teil.

Infos: www.janssen-cilag.de

■ PKV: Generikaquote deutlich geringer als in der GKV

Privatversicherte erhalten im Vergleich zu gesetzlich Versicherten anteilig wesentlich häufiger ein Originalpräparat statt eines **Generikums**. Das geht aus einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) hervor. Die Generikaquote bei den 100 umsatzstärksten patentfreien Wirkstoffen lag im Jahr 2008 bei 51,4 Prozent (nach Verordnungen), während in der gesetzlichen Krankenversicherung fast 90 Prozent erreicht wurden. Mit der Studie wird erstmals umfassend einer der am stärksten wachsenden Ausgabenbereiche in der privaten Krankenversicherung untersucht. Grundlage waren Zahlen aus dem Jahr 2008.

Infos: www.wip-pkv.de

GG Vorschau

Ausgabe 5/2010

Gold für die Gesundheit

Bei den Special Olympics treten Menschen mit geistiger Behinderung an. Wie das integrierte Programm Healthy Athletes ihre Gesundheitsversorgung verbessert, schildert Jörn Hons.

Dem Wettbewerb die Sporen geben

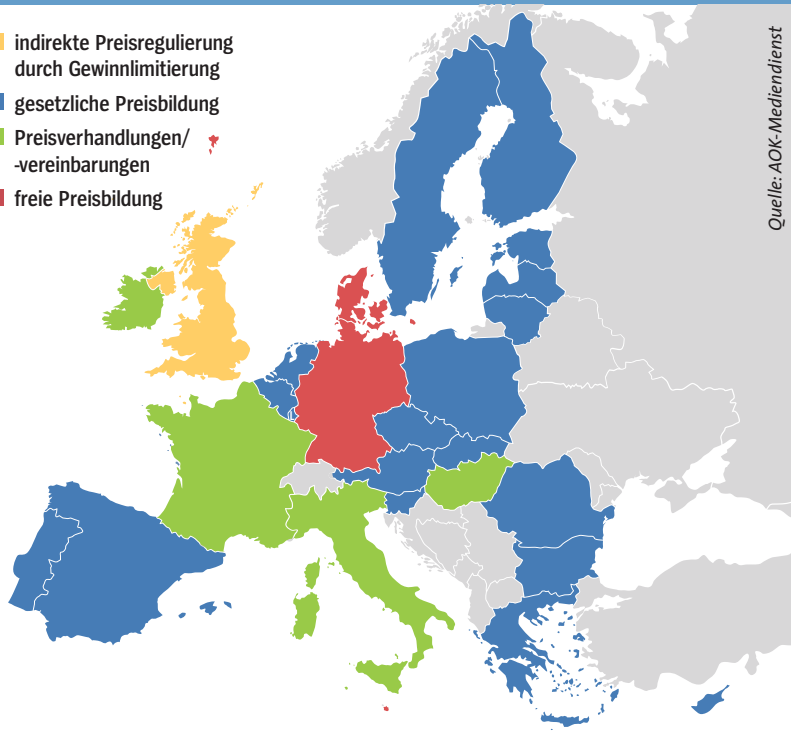
Um das Gesundheitswesen effizienter zu gestalten, hat der Gesetzgeber das Vertragskorsett für Kassen, Ärzte und Kliniken gelockert. Doch der Qualitätswettbewerb ist nicht in Schwung gekommen: Die ordnungspolitischen Vorgaben passen nicht zusammen. Eine kritische Bestandsaufnahme liefert Eberhard Wille.

Zurück zum Sozialen

Die SPD möchte die soziale Krankenversicherung retten, auch durch eine Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. Wie dies gelingen soll, erläutert die stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Elke Ferner im Interview mit Burkhard Rexin.

Europäischer Vergleich – wie Arzneimittelpreise entstehen

- indirekte Preisregulierung durch Gewinnlimitierung
- gesetzliche Preisbildung
- Preisverhandlungen/-vereinbarungen
- freie Preisbildung



Während fast überall in der Europäischen Union der Staat die Preise für erstattungsfähige Arzneimittel festlegt, gibt es in Deutschland, Dänemark und Malta bislang keine Preisregulierungen. Die Hersteller bestimmen frei, zu welchem Preis sie neue Medikamente auf den Markt bringen. In Italien, Frankreich, Irland und Ungarn verhandeln Hersteller (oder Großhändler) und Staat die Preise.

■ EuGH bestätigt Anreize für Verschreibung preiswerter Medikamente

Staatlichen Behörden ist es erlaubt, Ärzten finanzielle Vorteile zu gewähren, wenn diese möglichst preisgünstige Medikamente verschreiben. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) in Luxemburg entschieden. Es stehe den Behörden frei, „auf der Grundlage von Bewertungen der therapeutischen Eigenschaften von Arzneimitteln unter Berücksichtigung ihrer Kosten für den öffentlichen Haushalt zu bestimmen, ob für die Behandlung bestimmter Krankheiten gewisse Arzneimittel, die einen bestimmten Wirkstoff enthalten, aus Sicht der öffentlichen Finanzen gegenüber anderen Arzneimitteln vorzugswürdig sind, die einen anderen Wirkstoff enthalten, aber zu derselben therapeutischen Klasse gehören“, so die Richter. Eine britische Pharmafirma hatte gegen finanzielle Anreize geklagt, die die nationalen Gesundheitsbehörden in England und Wales bei der Verschreibung von Statinen gesetzt hatten, und sich auf die Richtlinie über Humanarzneimittel berufen. Dort würden aber vor allem Verkaufsförderungsmaßnahmen der Pharmaindustrie verboten, so der EuGH.

Infos: curia.europa.eu

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ Was Deutschland für die Gesundheit ausgibt

Wie viel Geld gibt Deutschland für Gesundheit aus? Angesichts dieser Frage und ihrer Beantwortung gibt es immer wieder Verwirrung. Schließlich wird mit unterschiedlichen Zahlen argumentiert.

10,5 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) hat Deutschland laut „Health Data 2009“-Report der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) im Jahr 2008 für das Gesundheitswesen ausgegeben. Damit gehört die Bundesrepublik weltweit zu den Ländern mit den höchsten Gesundheitsausgaben: Dem Report zufolge lag Deutschland 2007 mit seinen Gesundheitsausgaben innerhalb der 30 OECD-Staaten an vierter Stelle. Höher sind die Ausgaben für Gesundheit nur in den USA (16,0 Prozent), Frankreich (11,0 Prozent) und der Schweiz (10,8 Prozent). Im OECD-Schnitt haben die Staaten 8,9 Prozent für das Gesundheitswesen aufgewendet. Die Ausgaben für die Gesundheit werden dabei – abhängig von den Regelungen in den einzelnen Staaten – von unterschiedlichen Kostenträgern übernommen: Entsprechend der jeweiligen Ausgestaltung finanzieren die Krankenversicherung oder andere Sozialversicherungszweige, der Staat – etwa über steuerfinanzierte Versorgungssysteme wie in England oder in skandinavischen Ländern – oder die privaten Haushalte die entsprechenden Ausgaben. Bundesärztekammerpräsident Prof. Jörg-Dietrich Hoppe gab kürzlich an, die Gesundheitsausgaben betrügen in Deutschland nur 6,45 Prozent des BIP, meinte damit aber nur die Ausgaben innerhalb der **gesetzlichen Krankenversicherung** (GKV).

» Viele verschiedene Kostenträger

In Deutschland werden die Finanzmittel für die Gesundheitsversorgung von verschiedenen Kostenträgern zur Verfügung gestellt. Entsprechend zählen zu den Aufwendungen für das Gesundheitswesen neben denen der GKV und der **privaten Krankenversicherung** (PKV) auch Zahlungen der sozialen Pflegeversicherung, der **gesetzlichen Unfallversicherung**, der gesetzlichen Rentenversicherung, des Staates sowie private Ausgaben der Bürger. Dies ist unter anderem auf die spezifisch abgegrenzten Leistungskataloge der einzelnen Versicherungszweige zurückzuführen. So hat die Rentenversicherung im Jahr 2008 rund 3,9 Milliarden Euro für die Gesundheitsversorgung, etwa für **Rehabilitationsleistungen** nach einem Schlaganfall, aufgewendet, wie das Statistische Bundesamt kürzlich bekannt gab. Die Kosten dafür übernimmt die Versicherung bei rentenversicherungspflichtig Beschäftigten. Bei nicht rentenversicherungspflichtig Beschäftigten – etwa bei Rentnern – werden die Ausgaben für RehaMaßnahmen von der GKV übernommen.

» Was die gesetzliche Unfallversicherung übernimmt

Behandlungsausgaben, die infolge von Arbeits- oder Arbeitsweegeunfällen entstehen, werden hingegen von der gesetzlichen Unfallversicherung getragen. In diesem Rahmen finanziert die Unfallversicherung sowohl die Notfall- und Akutversorgung als auch etwaige Maßnahmen zur Rehabilitation. Insgesamt hat die gesetzliche Unfallversicherung 2008 Gelder in Höhe von 4,3 Milliarden Euro zur Finanzierung von Gesundheitsleistungen bereitgestellt. Die Soziale **Pflegeversicherung** hat Gesundheitsleistungen im Wert von 19,2 Milliarden Euro finanziert. Hierbei sind die Kosten für ambulant erbrachte Pflegeleistungen 2008 um 600 Millionen Euro auf 8,6 Milliarden Euro gestiegen. Zurückzuführen ist dies insbesondere auf Leistungsausweitungen im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.

» GKV trägt größten Anteil

Den größten Anteil der Gesundheitsausgaben trägt die GKV: Mit 151,5 Milliarden Euro stellte sie 2008 laut Statistischem Bundesamt 57,5 Prozent der gesamten für die Gesundheit verwendeten Finanzmittel zur Verfügung. Gegenüber dem Vorjahr haben die Aufwendungen der GKV danach um 6,1 Milliarden Euro – oder 4,2 Prozent – zugenommen.

Darüber hinaus werden die Gesundheitsausgaben auch von der PKV – zumindest für die rund neun Millionen Privatversicherten – und den öffentlichen sowie den privaten Haushalten getragen. Auch in diesen Bereichen waren 2008 Ausgabenzuwächse zu verzeichnen. So haben die Aufwendungen der PKV 2008 um 1,4 Milliarden Euro auf 24,9 Milliarden Euro zugenommen.

» Bürger greifen tief in die eigene Tasche

Zugleich haben auch die privaten Haushalte viel Geld direkt ausgegeben: Rund 35,3 Milliarden Euro – und damit knapp 0,7 Milliarden mehr als 2007 – haben die Deutschen 2008 zusätzlich zu den Beiträgen zur Krankenversicherung für Arztbehandlungen, **Arzneimittel** oder Pflegeleistungen bezahlt. Ebenso waren bei den öffentlichen Haushalten sowie bei den Arbeitgebern mit 100 Millionen Euro auf 13,0 Milliarden Euro beziehungsweise um 340 Millionen Euro auf 11,2 Milliarden Euro leichte Ausgabenzuwächse für Gesundheitsleistungen zu verzeichnen. Insgesamt sind die Ausgaben für das Gesundheitswesen 2008 gegenüber dem Vorjahr um 9,9 Milliarden Euro oder 3,9 Prozent gestiegen. Jeder Einwohner hat demnach durchschnittlich 3.210 Euro für Gesundheits- und Pflegeleistungen ausgegeben.

» Wie das Statistische Bundesamt rechnet

Bei der Berechnung des Finanzbedarfes des Gesundheitswesens folgt das Statistische Bundesamt dem Konzept des „System of Health Accounts“ der OECD. Dem entsprechend werden sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der **Prävention**, der Behandlung, der Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens bei der Erhebung berücksichtigt.

Infos: www.gbe-bund.de · www.destatis.de · www.oecd.org