

AOK-Medienservice

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

Politik

06/10



AMS-INTERVIEW: DR. HERBERT REICHELT	
■ „FÜR 2011 VERZICHT AUF HONORARSTEIGERUNG NÖTIG“	2
ZAHL DES MONATS	
■ 126,05 EURO FÜR JEDEN LANGZEITARBEITSLSEN	5
AMS-GRAFIK	
■ ENTWICKLUNG DER GRÖSSTEN AUSGABENBLÖCKE	6
ENTWURF NEUORDNUNG ARZNEIMITTELMARKT	
■ THERAPEUTISCHER ZUSATZNUTZEN WIRD WICHTIGER	7
AMS-HINTERGRUND: EINFÜHRUNG DES KARTELLRECHTS	
■ WIDERSPRUCH ZU SOZIAL- UND EUROPARECHT	10
FAIRE BEWERTUNG GESICHERT	
■ AOK-ARZTNAVIGATOR GESTARTET	12
<hr/>	
NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS	14
GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK	16
KURZMELDUNGEN	21

ams-Interview: Dr. Herbert Reichelt, AOK-Bundesverband

„Für 2011 Verzicht auf Honorarsteigerung notwendig“

16.06.10 (ams). Mit einem einjährigen Verzicht auf Honorarsteigerungen sollen Ärzte und Krankenhäuser einen wichtigen Beitrag leisten zum Gleichgewicht von Ausgaben und Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung in 2011. Die Beitragszahler erwarteten „jetzt völlig zu Recht, dass alle Beteiligten im Gesundheitswesen einen angemessenen Beitrag leisten, um die Folgen der Wirtschaftskrise für die Gesundheitsversorgung in Deutschland zu meistern“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams).

Die Krankenkassen befürchten für 2011 das bisher größte Defizit in der GKV, und die Koalitionsspitze beauftragt den Gesundheitsminister mit einem neuen Versuch, einen Pauschalbeitrag in die einkommensbezogene Finanzierung der GKV einzubauen. Wie passt das zusammen?

Reichelt: Das müssen wir abwarten. Grundsätzlich benötigt die GKV eine Kombination aus dauerhafter Finanzierungsgrundlage und kurzfristiger Kostenbremse. An einer solchen Kombination arbeitet Gesundheitsminister Philipp Rösler ja schon mit seinen Plänen für eine Neuordnung des Arzneimittelbereichs. Auch dabei sind kurzfristige Einsparungen und langfristig eine sinnvollere Preisbildung vorgesehen, die bei neuen Medikamenten endlich den Zusatznutzen in den Fokus stellt. Das wird jedoch nicht reichen, um im nächsten Jahr ein Defizit von voraussichtlich elf Milliarden Euro aufzufangen.

Das heißt, dass spätestens im nächsten Jahr alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben werden?

Reichelt: Nun, das werden wir erst genauer sehen können, wenn der Gesundheitsminister vor der Sommerpause des Parlaments seine überarbeiteten Pläne vorlegt. Nach geltendem Recht können die gesetzlichen Krankenkassen durch den Zusatzbeitrag, den die Versicherten allein zu tragen haben, im nächsten Jahr maximal vier Milliarden Euro einnehmen. Da bleibt also noch eine Lücke von mindestens sieben Milliarden Euro.



Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

In welchen Bereichen sehen Sie den dringendsten Handlungsbedarf?

Reichelt: Das sind neben den Arzneimitteln die beiden anderen großen Ausgabenblöcke der GKV, die Kosten für die Krankenhausbehandlungen und für die vertragsärztliche Versorgung. Hier haben jetzt die Gesundheitspolitiker der Unions-Bundestagsfraktion einen sinnvollen Vorschlag entwickelt, in dem sie Ärzte und Kliniken mit in die Verantwortung dafür nehmen, im nächsten Jahr Ausgaben und Einnahmen der GKV in eine Balance zu bringen. Auch der Vorstoß der Unionspolitiker, durch strukturelle Maßnahmen den Spielraum in der GKV für Wettbewerb etwa im Krankenhausbereich zu erweitern, ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Dadurch können Qualität und Wirtschaftlichkeit in der stationären Behandlung verbessert werden. Wir brauchen einen solchen Mix aus Sofortmaßnahmen und strukturellen Weiterentwicklungen, um das akute Defizit auszugleichen und die GKV dauerhaft zu sichern.

Reichen denn die Vorschläge der Regierung und der Koalitionsparteien aus, um das Minus im nächsten Jahr auszugleichen?

Reichelt: In seinem Referentenentwurf für das Arzneimittel-Neuordnungsgesetz hat der Bundesgesundheitsminister bereits Einsparungen von 1,1 Milliarden Euro vorgesehen, die von den Pharmaherstellern aufzubringen sind. Wir würden das Paket gerne ergänzen. So könnte der Pharmagroßhandel ebenfalls einbezogen werden und durch Rabatte weitere 400 Millionen Euro zur Konsolidierung beitragen. Sinnvoll wäre es auch, den Rabatt der Apotheken an die Krankenkassen auf die bis 2008 geltende Höhe von 2,30 Euro pro Packung zu fixieren statt – wie von den Unionspolitikern vorgeschlagen – auf 2,10 Euro. Das würde weitere 230 Millionen Euro einbringen. Im Krankenhausbereich schlagen wir ebenfalls einen einjährigen Verzicht auf Vergütungssteigerungen und zusätzlich modifizierte Regelungen bei Mehrleistungen und bei der Rechnungsprüfung vor. Dies würde weitere Einsparungen von deutlich mehr als zwei Milliarden Euro bringen. In der ambulanten Versorgung können durch einen einjährigen Verzicht auf weitere Honorarsteigerungen rund zwei Milliarden Euro eingespart werden. In einem solchen Maßnahmenmix ließe sich dann das zu erwartende Defizit deutlich eingrenzen.

Erwarten Sie, dass Krankenhäuser und Ärzte eine solche Sparaktion mittragen?

Reichelt: Man darf nicht übersehen, dass die Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte in den vergangenen beiden Jahren überproportional gestiegen sind. Diese Honorarsteigerungen sind von Beitragszahlern

finanziert worden, deren wirtschaftliche Lage stark unter der Wirtschaftskrise gelitten hat. Deshalb dürfen die Beitragszahler jetzt völlig zu Recht erwarten, dass nicht sie allein, sondern alle Beteiligten im Gesundheitswesen die Folgen der Wirtschaftskrise auf die GKV schultern. Krankenhäuser und Ärzte werden damit nicht stärker belastet als die Versicherten. Im Gegenteil: Sie sollen zeitlich befristet auf dem zuletzt stark erhöhten Vergütungsniveau verharren.

Rechnen Sie damit, dass sich die Regierungsparteien CDU, CSU und FDP am Wochenende auf ein gemeinsames Paket verständigen werden?

Reichert: Ich gehe davon aus, dass sich alle drei Regierungspartner der Lage bewusst sind und wissen, dass sie jetzt handeln müssen. Denn jetzt muss der Rahmen für 2011 festgelegt werden, weil in den nächsten Monaten die Verhandlungen zwischen Kassen und Leistungserbringern für das nächste Jahr anstehen. Die Regierungsparteien sollten zugleich die Chance nutzen, um eine möglichst gerechte und einfache Regelung für die Erhebung von Zusatzbeiträgen bei Empfängern des Arbeitslosengeldes II zu entwickeln. Hier könnte die Bundesagentur für Arbeit den GKV-durchschnittlichen Beitragssatz übernehmen und dies mit einem unbürokratischen und kostengünstigen Einzugsverfahren für die Kassen verknüpfen.

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



Zahl des Monats

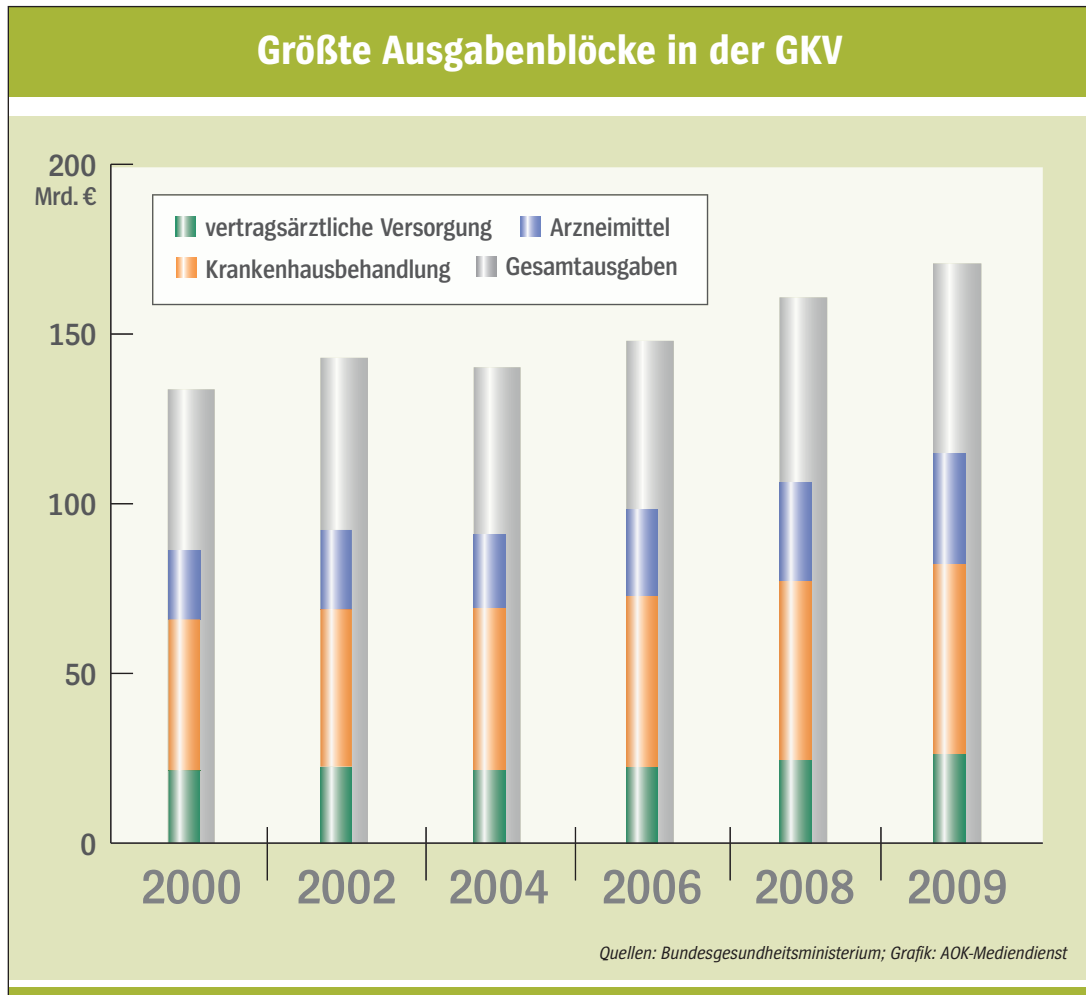
126,05 Euro für jeden ALG-II-Empfänger ...

... zahlt die Bundesagentur für Arbeit monatlich an die gesetzliche Krankenversicherung. Erhebt eine Krankenkasse jedoch Zusatzbeiträge, belasten diese die Haushalte der Empfänger von Arbeitslosengeld II (ALG II) direkt.

Zusatzbeiträge dürfen nach der derzeitigen Gesetzeslage nur unter bestimmten Bedingungen von der Bundesagentur übernommen werden. Der Grund dafür liegt in der Möglichkeit eines Kassenwechsels durch die Versicherten. Würde ein Wechsel der Krankenkasse allerdings eine besondere Härte für den Versicherten nach sich ziehen, kann die Bundesagentur für Arbeit den Zusatzbeitrag übernehmen. Nicht zugemutet werden kann ein Kassenwechsel nach der Gesetzeslage zum Beispiel, wenn die Krankenkasse spezielle Behandlungsformen oder besondere Versorgungsformen anbietet, die für den Versicherten wichtig sind.

Für das Jahr 2011 erwarten Experten ein Defizit von elf Milliarden Euro in der gesetzlichen Krankenversicherung, wobei eine Reduzierung des Fehlbetrags durch diverse Sparmaßnahmen angestrebt wird. Da flächendeckend Zusatzbeiträge zur Deckung des verbleibenden Defizits erwartet werden, reduziert sich die Möglichkeit für ALG-II-Empfänger, zu einer Kasse ohne Zusatzbeitrag zu wechseln. Dies bedeutet, dass die Zusatzbeiträge von den ALG-II-Empfängern an die Krankenkassen gezahlt werden müssen. Aufgrund der angespannten finanziellen Situation der ALG-II-Haushalte wird erwartet, dass die Betroffenen häufig nicht in der Lage sein werden, die Zusatzbeiträge zu zahlen. Dies zeigen auch erste Erfahrungen von Krankenkassen, die derzeit schon Zusatzbeiträge erheben.

In der Folge dürften Krankenkassen, die viele ALG-II-Bezieher versichern, ein sehr hohes Ausfallrisiko haben. Die erwarteten Ausfälle müssen von den übrigen Mitgliedern der Krankenkasse durch die Zahlung höherer Zusatzbeiträge kompensiert werden. Dies wiederum führt zu einem verzerrten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen.



Vor allem in den vergangenen beiden Jahren sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die vertragsärztliche Tätigkeit und Krankenhausbehandlung aufgrund politischer Vorgaben stark gestiegen. Die Ausgaben der Kassen für Arzneimittel gehören seit Jahren zu den Bereichen mit den höchsten Steigerungsraten. Auf diese drei Bereiche entfallen mehr als zwei Drittel der GKV-Ausgaben.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

Referentenentwurf zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes

Therapeutischer Zusatznutzen soll größere Rolle bei Preisbildung erhalten

16.06.10 (ams). Anfang Juni hat das Bundesgesundheitsministerium für das geplante Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) einen Referentenentwurf vorgelegt. Mit diesem sollen die bereits Ende April vom Kabinett verabschiedeten Eckpunkte für eine Arzneimittelreform umgesetzt werden. „Der Referentenentwurf geht in die richtige Richtung“, sagte Sabine Beckmann, Leiterin des Referats Arzneimittel im AOK-Bundesverband, anlässlich einer Fachanhörung zum Referentenentwurf im Gesundheitsministerium. Vor allem begrüßt sie, dass sich die Preisgestaltung bei neuen patentgeschützten Medikamenten stärker am belegten therapeutischen Nutzen orientieren soll.

Bisher können Arzneimittelhersteller die Erstattungspreise für neue, patentgeschützte Medikamente frei bestimmen. Die Kosten für die Behandlung mit diesen Arzneimitteln müssen dann automatisch von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) übernommen werden, sobald diese zur Gesundheitsversorgung zugelassen sind. Die freie Preisbildung will die Bundesregierung nun eindämmen: Dem Referentenentwurf zufolge soll der tatsächliche therapeutische Nutzen eines Arzneimittels stärker bei der Preisbildung berücksichtigt werden. Dazu sollen neu zugelassene patentgeschützte Medikamente eine schnelle Bewertung ihres Nutzens beziehungsweise ihres Zusatznutzens durchlaufen. „Die Einführung einer schnellen Nutzenbewertung ist ein wichtiges Instrument: So erhält man zeitnah zur Zulassung notwendige Informationen über die therapeutische Relevanz der jeweiligen Arzneimittel. Diese haben bislang gefehlt“, so die Arzneimittelexpertin weiter.

Zusatznutzen auch im Vergleich zur Standardtherapie

Grundlage der schnellen Nutzenbewertung soll den Ministeriumsplänen zufolge ein Dossier des Herstellers sein. Darin soll nicht nur die Wirksamkeit des Medikamentes belegt, sondern auch der medizinische Zusatznutzen im Vergleich zur bisherigen Standardtherapie herausgearbeitet werden. Es sei zu begrüßen, dass der medizinische Zusatznutzen nicht nur im Abgleich mit Placebos, sondern insbesondere auch im Vergleich mit dem Therapiestandard nachgewiesen werden müsse. „Von zentraler Bedeutung für das Funktionieren der schnellen Nutzenbewertung wird dabei aber sein, welche Maßstäbe für die Pharmahersteller angelegt werden, um den versorgungsrelevanten Zusatznutzen nachzuweisen“, so Beckmann. Daher gehe der Referenten-

entwurf den richtigen Weg, die Unternehmen zu verpflichten, im Rahmen des Dossiers alle Studien vorzulegen, die sie durchgeführt oder in Auftrag gegeben haben. Nur so könne verhindert werden, dass aus dem Dossier keine Werbebroschüren werde.

Ebenso begrüßte Beckmann, dass die Pharmaunternehmen die zur Behandlung in Frage kommenden Patientengruppen quantifizieren sollen. Aus der Anzahl der Patienten können der Mengeneffekt des Arzneimittels und damit zugleich der sogenannte Budget-impact für die GKV abgeleitet werden. Der Budget-impact beziffert die zu erwartenden Kostenausweitungen für die Krankenkassen durch die Einführung eines neuen Medikamentes.

Preisverhandlungen bei Zusatznutzen

Ergibt die Schnellbewertung einen Zusatznutzen, sollen Kassen und Hersteller fortan innerhalb eines Jahres einen Erstattungspreis mit dem Herstellern vereinbaren. Preis- anstelle von Rabattverhandlungen seien insgesamt der sinnvollere und transparentere Ansatz. Die internationalen Abgabepreise sollen vermehrt als Orientierung bei der Preisbildung berücksichtigt werden, um insbesondere dem „Teppichhändler-effekt“ entgegenzuwirken: Demnach könnten Hersteller von vornherein mit überhöhten Preisen in die Verhandlungen gehen, um entsprechende Rabatte einräumen zu können.

Können sich Hersteller und Kassen in den Rabattverhandlungen nicht auf einen Preis einigen, soll eine Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten einen Preis festsetzen, der rückwirkend ab dem 13. Monat nach Markteinführung gelten soll. Nach dem Schiedsspruch kann dann eine Kosten-Nutzen-Analyse beantragt werden. „Leider soll die gerade ins Laufen kommende Kosten-Nutzen-Bewertung künftig nur noch eine nachgeordnete Rolle spielen“, so Beckmann.

Arzneimittel, bei denen im Rahmen der Schnellbewertung kein Zusatznutzen festgestellt wurde, werden nach der Markteinführung innerhalb von sechs Monaten in das Festbetragssystem überführt. „Bis dahin jedoch sind die Kassen gezwungen, die von den Herstellern frei bestimmten Preise zu zahlen“, so Beckmann.

Gegen ein Aufweichen der Rabattverträge

Besonders kritisch sieht Beckmann das Vorhaben der Bundesregierung, dass Versicherte künftig bei rabattierten Generika auch andere Präparate wählen können und etwaige Mehrkosten aus eigener Tasche zahlen sollen. „Diese Mehrkostenregelung würde das Instrument der Rabattverträge erheblich schwächen“, erklärt Beckmann. Eine Ausschreibungsbeteiligung wäre dadurch für die Generikahersteller mit erheblichen Kalkulations- und Planungs-

risiken verbunden. Entsprechend könne den Herstellern keine Umsatzgarantie mehr gegeben werden. In der Folge verlören die Pharmaunternehmen das ökonomische Interesse an den Rabattverträgen. Selbst wenn der Abschlag pauschaliert erfolge, müsse er sich an den tatsächlichen Mehrkosten orientieren, was faktisch einer Veröffentlichung der in den Verträgen ausgehandelten Preise gleich komme. „Das verletzt die Rechte der Hersteller, da Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse offenbart würden“, so Beckmann.

(tb)

Weitere Infos:
www.reform-aktuell.de

Fachinfos zu Arzneimitteln:
www.aok-gesundheitspartner.de > Arzneimittel



ams-Hintergrund: Entwurf Arzneimittel-Neuordnungsgesetz

Einführung des Kartellrechts widerspricht sozial- und europarechtlichen Grundsätzen

16.06.10 (ams). Im Zuge des Arzneimittel-Neuordnungsgesetzes will die Bundesregierung auch kartellrechtliche Vorschriften weitestgehend auf die gesetzlichen Krankenkassen anwenden. Dies hält die schwarz-gelbe Koalition für notwendig, weil die Kassen Einzelverträge mit Leistungsanbietern abschließen können. Was auf den ersten Blick einleuchtend klingt, entpuppt sich bei genauerer Prüfung als widersprüchlich. „Die beabsichtigte Regelung führt zu einem Zielkonflikt zwischen dem Kartellrecht und dem Sozialrecht“, fasst Dr. Karl-Heinz Mühlhausen, Leiter des Justiziariats im AOK-Bundesverband, zusammen.

Für die Krankenkassen sollen künftig Kartellverbot und kartellrechtliche Sanktionsformen genauso gelten wie für Unternehmen. Damit werde sichergestellt, „dass das Kartellrecht als Ordnungsrahmen umfassend auf die Einzelvertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Anwendung findet und es auf Nachfrager-, aber auch auf Anbieterseite zu keinen unerwünschten, einer wirtschaftlichen Versorgung abträglichen Konzentrationsprozessen kommt (Kartellabsprachen und Oligopolbildung)“, lautet die Begründung im Referentenentwurf. „Hier besteht offensichtlich ein falsches Verständnis von der Funktionsweise des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“, meint dazu Justiziar Mühlhausen. Denn das Vorhaben, das Kartellrecht auf die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) anzuwenden, stelle die Vorgaben aus dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) in Frage. Dort schreibt etwa der Paragraph 4, Absatz 3 vor: „Im Interesse der Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung arbeiten die Krankenkassen und ihre Verbände sowohl innerhalb einer Kassenart als auch kassenartenübergreifend miteinander und mit allen anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens eng zusammen.“ Hierzu zählen die Aufgaben, die von den Krankenkassen und ihren Verbänden gemeinsam und einheitlich geregelt werden, um den grundgesetzlichen Anspruch auf Gleichbehandlung zu gewährleisten.

Kartellrecht verhindert gleiche Regelungen für Versicherte

Es gehe also, so erläutert Mühlhausen, in der GKV nicht um einen Verdrängungswettbewerb. Vielmehr habe, wie schon vom Bundesverfassungsgericht 2005 festgehalten, der Wettbewerb lediglich eine dienende Funktion, um sozialstaatliche Aufgaben zu erfüllen. „Mit der Anwendung des Kartellrechts

würde die Möglichkeit von gemeinsamen und einheitlichen Regelungen für alle gesetzlich Versicherten beeinträchtigt, wenn nicht gar verhindert“, so der AOK-Justiziar.

Mühlhausen widerspricht auch der Annahme der Regierung, dass es einen kartellrechtlichen Regelungsbedarf gibt. Mit der Feststellung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) von 2009, nach der Krankenkassen öffentliche Auftraggeber sind, seien die Kassen bei der Vergabe von Aufträgen verpflichtet, die Vorgaben des Kartellvergaberechts einzuhalten. „Damit sind transparente und diskriminierungsfreie Beziehungen zwischen Kassen und Leistungserbringern gewährleistet“, betont Mühlhausen und verweist auf die Erfahrung mit den Arzneimittelrabattverträgen der AOK. „Die Verträge sind nach strengen vergaberechtlichen Vorgaben ausgeschrieben worden und haben damit einen Preiswettbewerb unter den Generikaherstellern in Gang gesetzt und sogar neuen Anbietern überhaupt erst den Marktzugang ermöglicht.“

EuGH: Kassen sind keine Unternehmen

Das Bestreben der Regierung, die Krankenkassen kartellrechtlichen Bestimmungen zu unterwerfen, führt nach Einschätzung des Justiziar auch zu einem Verstoß gegen den Geltungsvorrang des europäischen Kartellrechts. Die Mitgliedstaaten – so auch Deutschland seit der 7. Novelle des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) – sind daran gebunden, dass der EuGH den Krankenkassen in mehreren Entscheidungen die Unternehmenseigenschaften abgesprochen und somit die Anwendbarkeit des Kartellrechts ausgeschlossen hat. „Die Regierung kann jetzt nicht einfach durch eine schlicht rechtstechnische Umgehung des Unternehmensbegriffs einen eigenen kartellrechtlichen Regelungsrahmen für die GKV schaffen“, so der promovierte Jurist. „Vor dieser unklaren Rechtslage sind die Risiken einer Sanktion etwa durch Schadenersatzklagen oder durch kartellrechtliche Bußgelder gar nicht abschätzbar“, so Mühlhausen.

Hinzu kommen Mühlhausen zufolge Unklarheiten in der Aufsichtsverantwortung zwischen dem Bundeskartellamt und dem Bundesversicherungsamt beziehungsweise den Landesaufsichten, insbesondere bei Vereinigungen von Kassen. Als Beispiel nennt Mühlhausen das Procedere beim Zusammenschluss der AOK Niedersachsen mit der IKK Niedersachsen, bei dem das Bundesversicherungsamt eine Verweigerung der Genehmigung erst einmal mit dem Hinweis in Aussicht stellte, dass ein Vereinigungsbeschluss unter dem Vorbehalt einer Genehmigung durch das Bundeskartellamt nicht gesetzlich vorgesehen sei.

(bho)

Weitere Infos:
www.reform-aktuell.de



Faire Arztbewertung

AOK-Arztnavigator von Patienten und Ärzten positiv aufgenommen

16.06.10 (ams). Mit dem Arztnavigator auf Basis der Weissen Liste bietet die AOK seit Ende Mai ein Internetportal an, auf das nicht nur Verbraucherschützer und Patientenorganisationen, sondern auch Ärzte überwiegend positiv reagieren. Unter der Adresse www.aok-arztnavi.de sind zunächst AOK-Versicherte in den drei Pilotregionen Berlin, Hamburg und Thüringen aufgerufen, einen Onlinefragebogen zu ihrem Arzt auszufüllen. Nach und nach sollen alle 24 Millionen AOK-Versicherten ihre Haus- und Fachärzte im Internet bewerten können. Die Ergebnisse der nun laufenden Befragung sollen im Herbst 2010 veröffentlicht werden. Dann soll auch die Arztsuche unter www.aok-arztnavi.de und www.weisse-liste.de möglich sein. Das neue Portal ist ein gemeinsames Projekt der AOK, der Bertelsmann-Stiftung und der Dachverbände der größten Patienten- und Verbraucherorganisationen in Deutschland.

Der Fragebogen des AOK-Arzt navigators deckt nach Worten von Gerd Billen, Vorstand des Verbraucherzentrale Bundesverbands, „die Bereiche ab, die Patienten und Verbraucher bei der Arztwahl interessieren“. „Es geht um Fragen, die Patienten sehr gut beurteilen können.“ Das sei das Besondere an dem neuen Projekt: „Patienten informieren Patienten – und das methodisch abgesichert, aussagekräftig und vertrauenswürdig.“ Eine informierte Wahlentscheidung setze die Transparenz voraus, die mit dem Portal geschaffen werde, so Billen weiter.

Dr. Siiri Ann Doka, Leiterin des Referats "Gesundheitspolitik und Selbsthilfeförderung" bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe, hält es für wichtig, dass Patienten mit den neuen Portal „eine vernünftige Informationsgrundlage haben“ – gerade vor dem Hintergrund von Hausarztverträgen oder Disease-Management-Programmen, bei denen sich Patienten langfristig an einen Arzt binden. „Wichtig ist zudem die kommunikative Ebene im Arzt-Patienten-Verhältnis: Wie intensiv beschäftigt sich ein Arzt mit dem Patienten, stellt er Rückfragen, fühlen sich Patienten gut aufgehoben? Zu diesen Fragen gibt es bislang relativ wenig Antworten im Web.“

KBV: Faire Bewertung ist sinnvoll

Auch bei Medizinern stößt das Projekt überwiegend auf positive Resonanz. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), begrüßte die Einrichtung des Portals: „Eine faire Bewertung von Ärzten durch Patienten ist sinnvoll. Sie unterstreicht und fördert eine durch gegenseitiges

Vertrauen geprägte Beziehung“, sagte Müller in einem Zeitungsinterview. Der Vizepräsident der Bundesärztekammer, Frank Ulrich Montgomery, betonte, dass das neue Portal fast alle Kriterien erfülle, die das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) für Arztbewertungsportale aufgestellt habe. „Es gibt keine Freitextbewertungen, die Frageformen sind eher positiv, und sie verleiten die Patienten nicht dazu, ihren Frust abzuladen“, so Montgomery. Positiv äußerte sich auch der Präsident der Landesärztekammer Thüringen, Mathias Wesser: „Bei aller Skepsis, die man gegenüber solchen Bewertungsportalen haben kann, gehört der AOK-Arztnavigator zu denjenigen, die weitgehend die von der Ärzteschaft geforderten Qualitätskriterien erfüllen.“

Wissenschaftlich entwickelte Online-Befragung

Die Online-Befragung unter der Adresse www.aok-arztnavi.de wurde in einem mehrstufigen Verfahren wissenschaftlich entwickelt. Der im Internet aufrufbare Fragebogen deckt rund 30 Fragen zu den Themenbereichen „Praxis und Personal“, „Arztkommunikation“ und „Behandlung“ ab. An der Entwicklung waren Patienten- und Ärztevertreter beteiligt. Im Fragebogen wird etwa gefragt, ob ein Arzt die Patienten in Entscheidungen einbezieht oder ob die Patienten den Schutz ihrer Intimsphäre in einer Praxis gewahrt sehen. Zudem können die Teilnehmer angeben, ob sie den Arzt an Freunde weiterempfehlen würden.

Das nicht-kommerzielle und werbefreie Portal ermöglicht eine faire Beurteilung von Ärzten. Durch ein sicheres Login-Verfahren sind Manipulationen wie Mehrfachbewertungen einer Arztpraxis ausgeschlossen. Für die Veröffentlichung der Befragungsergebnisse ist eine zweistellige Mindestanzahl von Beurteilungen je Arzt notwendig. „So werden verzerrende Darstellungen ausgeschlossen. Wir glauben, dass wir mit unserem Portal eine neue Qualität und methodische Güte anbieten“, zeigt sich der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, überzeugt. Auch sei er zuversichtlich, „dass das Portal das Arzt-Patienten-Verhältnis stärkt, weil sich der Patient schon im Vorfeld bewusst für einen Arzt entscheidet“.

(ter)

Weitere Infos:
www.aok-arztnavi.de



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Erweiterter Anspruch auf festsitzenden Zahnersatz

Gesetzlich Krankenversicherte erhalten künftig auch dann Festzuschüsse für Brücken und Kronen, wenn sie im Gegenkiefer schon eine herausnehmbare Zahnprothese haben. Bisher galt dies nur für eine Zahnlücke je Kieferseite und die Schneidezähne. Bei noch mehr fehlenden Zähnen gab es lediglich Zuschüsse für Zahnprothesen, aber nicht für festsitzenden Zahnersatz. Diese 2005 eingeführte Begrenzung wurde jetzt vom GBA aufgehoben. Grundlage für die Entscheidung war eine Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in Köln. Das Institut hatte keine wissenschaftliche Begründung dafür gefunden, Personen mit Zahnprothesen im Gegenkiefer von der Regelversorgung mit festsitzendem Zahlersatz auszuschließen, dafür aber einige, wenn auch wenige Hinweise auf eine größere Patientenzufriedenheit mit festsitzendem Zahnersatz.

Kassen zahlen auch Vollbäder gegen schwere Psoriasis

Patienten mit mittelschwerer oder schwerer Psoriasis (Schuppenflechte) kann eine asynchrone Balneo-Phototherapie künftig nicht nur als Folienbad, sondern auch mit Vollbad verordnet werden. Das hat der GBA aufgrund klärender Ergänzungen zum Abschlussbericht einer Studie des Berufsverbands Deutscher Dermatologen (BP-BVDD-Studie) beschlossen. Bei der asynchronen Balneo-Phototherapie badet der Patient zunächst 20 Minuten in einer hochprozentigen Salzlösung und wird anschließend mit UV-Licht bestrahlt. Die Balneo-Phototherapie ist bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Psoriasis prinzipiell seit Mitte 2008 eine Regelleistung der Krankenkassen. Empfohlen werden drei bis fünf Anwendungen pro Woche und maximal 35 in einem Behandlungszyklus. Eine erneute Verordnung darf frühestens sechs Monate nach Abschluss eines Behandlungszyklus erfolgen.

Lang wirksame Insulinanaloga bleiben Kassenleistung

Lang wirkende Insulinanaloga bleiben entgegen einem Beschluss des GBA vom März bei Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 zunächst auch dann zu Lasten der Krankenkassen ordnungsfähig, wenn sie mehr kosten als Humaninsulin. Das Bundesgesundheitsministerium will vom GBA zunächst die

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) ist das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Von seinen Beschlüssen sind alle Versicherten betroffen. Denn der GBA entscheidet unter anderem, welche ambulanten oder stationären Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Die Beschlüsse treten in der Regel erst nach Nichtbeanstandung durch das Bundesgesundheitsministerium und Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft. Der AOK-Mediendienst informiert regelmäßig über wichtige Entscheidungen des GBA.

Frage beantwortet haben, ob es nicht doch Unterschiede in der Anwendung gibt, die zu einer anderen Beurteilung der Wirtschaftlichkeit führen. Diese seien dann bei der Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit lang wirkenden Insulinanaloga zu berücksichtigen. Der Beschluss des GBA vom März, der zunächst nicht in Kraft treten kann, sah vor, dass teure Insulinanaloga mit den Wirkstoffen Glargin und Detemir nur noch in Ausnahmefällen – etwa wenn Patienten gegen Humaninsulin allergisch sind – von den Kassen bezahlt werden. Eine Therapie mit lang wirkenden Insulinanaloga ist bis zu 70 Prozent teurer als Humaninsulin. Schnell wirkende Insulinanaloga, die teurer als Humaninsulin sind, wurden vom GBA mit Billigung des Gesundheitsministeriums bereits 2006 von der Verordnung ausgeschlossen. Der damalige GBA-Beschluss hatte zu Rabattverträgen geführt, sodass schnell wirkende Insulinanaloga für GKV-Versicherte größtenteils verordnungsfähig blieben. Nach einer Untersuchung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) haben lang wirkende Insulinanaloga bei Typ-2-Diabetes in der Regel keinen wissenschaftlich belegten Zusatznutzen, der den deutlich höheren Preis rechtfertigt.

Mehr Infos zum Gemeinsamen Bundesausschuss:
www.g-ba.de



Gesetzgebungskalender Gesundheitspolitik

Die Regierungskoalition von CDU, CSU und FDP hat sich in der Gesundheits- und Sozialpolitik zahlreiche Aufgaben vorgenommen. Der AOK-Mediendienst bietet einen Überblick über die wichtigsten laufenden und geplanten Gesetzesvorhaben auf Bundesebene und auf EU-Ebene (Stand: 14. Juni 2010). Diese und ältere Stichworte finden Sie auch im Internet: www.aok-bv.de/politik/gesetze.

Arzneimittel-Informationen (EU-Vorschläge)

Die EU-Kommission hält an ihren Vorschlägen vom Dezember 2008 für europaweit einheitliche Regeln für die Arzneimittel-Werbung fest, die der Pharmaindustrie mehr Möglichkeiten für die Information der breiten Öffentlichkeit geben würden. Die dafür notwendigen Änderungen einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie (2008/0662 und 2008/0663) werden zurzeit in mehreren Ausschüssen des Europaparlaments beraten. Der federführende Ausschuss für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz diskutierte am 3. Juni 2010 in Brüssel mehrere Änderungsanträge, um die Kommissionsvorschläge mehr an den Patienteninteressen auszurichten. Das EU-Parlament als Ganzes wird sich frühestens im September in erster Lesung damit befassen. In Deutschland hatte der Bundesrat die Vorschläge der EU-Kommission bereits im März 2009 kritisiert. Pharmaunternehmen hätten ein Absatzinteresse, das dem Erstellen von objektiven Informationen zuwiderlaufe, so die Länderkammer in ihrer Stellungnahme. Die Kommissionsvorschläge seien deshalb zum Schutz und Wohl der von Krankheit betroffenen Patienten abzulehnen.

Die EU-Verordnungs- und Richtlinienvorschläge:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksachen 18/09 und 19/09

Die Änderungsanträge: www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/organes/envi/envi_20100602_0900.htm > Agenda No 16+17

Die Stellungnahme des Bundesrates:
www.bundesrat.de > Parlamentsmaterialien > Drucksache 18/09(B)



Arzneimittel-Sicherheit (EU-Vorschläge)

Der Gesundheitsausschuss des Europaparlaments hat neuen Maßnahmen zur Bekämpfung von Arzneimittelfälschungen und zur Überwachung des Arzneimittelmarktes zugestimmt. Dazu gehören einheitliche Sicherheitsmerkma-

le für verschreibungspflichtige Arzneimittel, mit denen jede Packung bis zum Hersteller zurückverfolgt werden kann. Auch Internet-Apotheken sollen besser kontrolliert werden. Die dafür notwendigen Änderungen einer EU-Verordnung und einer EU-Richtlinie (Kommissionsvorschläge 2008/0664 und 2008/0668) müssen noch vom EU-Parlament gebilligt werden.

Die EU-Verordnungs- und Richtlinienvorschläge:
www.bundesrat.de > **Parlamentsmaterialien** > **Drucksachen 20/09 und 22/09**

Die Änderungsanträge: www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/organes/envi/envi_20100426_1500.htm > **Agenda No 10+12**



GKV-Änderungsgesetz

Die Regierungspläne zur Senkung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenkassen werden in das GKV-Änderungsgesetz eingearbeitet, das noch im Juni vom Bundestag beschlossen werden soll. Vorgesehen ist, dass die Arzneimittelhersteller den Kassen auf die Preise neuer Medikamente künftig 16 Prozent Abschlag statt bisher sechs Prozent gewähren. Diese Regelung soll vom 1. August dieses Jahres bis zum 31. Dezember 2013 für alle Arzneimittel gelten, für die es keine Festbeträge gibt. Gleichzeitig sollen die Preise bis Ende 2013 auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren werden. Die Koalition rechnet mit Einsparungen von jährlich rund 1,15 Milliarden Euro. Die SPD fordert, importierte Arzneimittel von der Erhöhung des Herstellerabschlags auszunehmen, da preiswerte importierte Arzneimittel die Kassen bereits um rund 300 Millionen Euro jährlich entlasten. Mit dem GKV-Änderungsgesetz wird zudem die Ausnahmeregelung zur Weitergabe von Informationen gesetzlich Krankenversicherter an private Abrechnungsstellen um ein Jahr bis zum 30. Juni 2011 verlängert. Dies betrifft vor allem die Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen von Hausarztverträgen. Darüber hinaus enthält der Gesetzentwurf Anpassungen und Klarstellungen unter anderem über die Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes.

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung:
<http://dipbt.bundestag.de> > **Dokumente** > **Drucksache 17/1297**

Die Stellungnahme des AOK-Bundesverbandes:
www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/index_03249.html



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 Operationstechnische Assistenten 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 Krankenkassen 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)

Für Organtransplantationen gelten von 2012 an europaweit einheitliche Mindeststandards, was Qualität und Sicherheit betrifft. Zusammen mit der neuen EU-Transplantationsrichtlinie beschloss das Europäische Parlament am 19. Mai 2010 fast einstimmig auch einen Aktionsplan zur Förderung der Organspendebereitschaft. Die Richtlinie sieht unter anderem vor, 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 neuen EU-Vorschriften sollen verhindern, dass Erreger von Krankheiten wie Aids, Hepatitis oder Krebs übertragen werden und gleichzeitig den grenzüberschreitenden Austausch von Organen verbessern.

**Die Beschlüsse des EU-Parlaments:
www.europarl.europa.eu > Suche > A7-0106/2010**



Patientenrechte-Richtlinie der EU

Alle EU-Bürger sollen künftig weitgehend selbst bestimmen können, in welchem Land der Europäischen Union 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. Darauf haben sich die EU-Gesundheitsminister am 8. Juni in Luxemburg geeinigt. Die Kosten einer Auslandsbehandlung sollen den Versicherten allerdings nur bis zu der Höhe erstattet werden, die bei Behandlung im Heimatland angefallen wären. Das Europaparlament hatte die bereits 2008 von der EU-Kommission vorgeschlagene „Richtlinie über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung“ im April 2009 in erster Lesung mit zahlreichen Änderungen gebilligt. Nach der prinzipiellen Zustimmung der EU-Gesundheitsminister sind allerdings vor der entscheidenden zweiten Lesung der Richtlinie im EU-Parlament immer noch einige Punkte strittig. So verlangt das Parlament, dass die Kosten der Behandlung seltener Erkrankungen im Ausland unabhängig von nationalen Sätzen voll erstattet werden. In Deutschland ist die Kostenerstattung für Auslandsbehandlungen seit 2004 gesetzlich festgelegt, geplante stationäre Behandlungen im Ausland müssen vorab genehmigt werden.

Die EU-Richtlinie mit Änderungen durch das Parlament
www.europarl.europa.eu > Suche > P6_TA(2009)0286

Entwurf der EU-Kommission und Stellungnahme von Bundesrat und Bundestag:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksachen 487/08 und 16/10911



Entlastung privat versicherter Hartz-IV-Empfänger

Die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen will die Beitragsbelastung von Arbeitslosengeld-II-Empfängern in der privaten Krankenversicherung (PKV) verringern. Hartz-IV-Empfänger, die nicht mehr in eine gesetzliche Krankenkasse zurück können, sollen künftig im PKV-Basistarif statt 290 Euro monatlich nur 126 Euro zahlen. Das entspricht der Höhe des Hartz-IV-Zuschusses für hilfsbedürftige Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch der Beitrag zur privaten Pflegeversicherung soll für diesen Personenkreis entsprechend gesenkt werden. Um dies zu erreichen, sieht der Gesetzentwurf der Grünen entsprechende Änderungen im Versicherungsaufsichtsgesetz (Paragraf 12) und im Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor. Laut Gesetzentwurf müssten die privaten Krankenversicherungen bei rund 2.700 im PKV-Basistarif versicherten Hartz-IV-Empfängern (Stand August 2009) jährlich auf

5,8 Millionen Euro Beitragseinnahmen verzichten. Der Gesetzentwurf liegt seit der ersten Lesung im Bundestag am 25. Februar 2010 zur weiteren Beratung in den zuständigen Ausschüssen des Bundestages.

Der Gesetzentwurf von Bündnis 90/Die Grünen:
<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/548



Kurzmeldungen

AOK-Rabattverträge: Positive Resonanz

16.06.10 (ams). Die fünfte Ausschreibung von Arzneimittel-Rabattverträgen des AOK-Systems ist erwartungsgemäß auf breites Interesse in der Pharmaindustrie gestoßen. Bis zum Ende der Angebotsfrist am 7. Juni gingen für die zwölf ausgeschriebenen Wirkstoffe aus dem patentfreien Arzneimittelmarkt 36 Angebote ein, wie Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der AOK Baden-Württemberg und Chefunterhändler für die bundesweiten AOK-Rabattverträge, mitteilte.

Weitere Infos:
www.aok-bv > Politik



AOK Niedersachsen: Gesundheitsoffensive im Handwerk

16.06.10 (ams). Die AOK Niedersachsen will sich mit speziellen Präventionsschulungen verstärkt auf passgenaue Angebote und Dienstleistungen für das Handwerk konzentrieren. „Wir starten eine Gesundheitsoffensive für das Handwerk und richten unsere Unternehmenspolitik noch stärker auf den niedersächsischen Mittelstand aus“, erklärte - Vorstandsvorsitzender Dr. Jürgen Peter.

Weitere Infos:
www.aok.de/niedersachsen



Mehr als 5.500 Pflege-Prüfberichte veröffentlicht

16.06.10 (ams). Die Pflegekassen haben von Dezember 2009 bis Anfang Juni mehr als 5.500 Transparenzberichte über die Leistungen und Qualität der rund 24.000 Pflegeeinrichtungen in Deutschland veröffentlicht. Über 7.900 sind bis dahin vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen geprüft worden. In 14 der 16 Bundesländer gibt es inzwischen Durchschnittsnoten, da mehr als 20 Prozent der Pflegeheime und -dienste geprüft und die Ergebnisse veröffentlicht worden sind. Dies sei eine für die Versicherten positive Entwicklung, bilanziert Harald Kesselheim, Leiter der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.

Weitere Infos:
www.aok-pflegeheimnavigator



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: