



| | |
|--|----|
| PAROLEN IN DER GESUNDHEITSPOLITISCHEN DEBATTE | |
| ■ GEGEN MYTHEN IST (K)EIN KRAUT GEWACHSEN | 2 |
| AOK-KRITIK AN NEUEN ZULASSUNGSREGELUNGEN | |
| ■ DEMOGRAFIEFAKTOR UNZUREICHEND | 5 |
| WISSENSCHAFTLER ZU PFLEGE-TRANSPARENZBERICHTEN | |
| ■ RISIKOFAKTOREN BEI BENOTUNG STÄRKER BETONEN | 8 |
| AMS-GRAFIK | |
| ■ SO GUT SIND PFLEGE-EINRICHTUNGEN | 11 |
| ZAHL DES MONATS | |
| ■ 1.200 FALLPAUSCHALEN | 12 |

| | |
|--|----|
| NEUES VOM GEMEINSAMEN BUNDESAUSSCHUSS | 14 |
| GESETZGEBUNGSKALENDER GESUNDHEITSPOLITIK | 15 |
| KURZMELDUNGEN | 20 |

Parolen in der gesundheitspolitischen Debatte

Gegen Mythen ist (k)ein Kraut gewachsen

11.08.10 (ams). Hochsommerliche Ruhe in der Gesundheitspolitik: Anfang Juli haben sich die Regierungsparteien auf Eckpunkte für eine Gesundheitsreform verständigt. Im September – nach der parlamentarischen Sommerpause – will das Bundesgesundheitsministerium einen Reformentwurf vorlegen. Spätestens dann wird die gesundheitspolitische Diskussion in der Öffentlichkeit wieder Fahrt aufnehmen. Und dann werden auch wieder viele jener Mythen bemüht, die seit vielen Jahren jede gesundheitspolitische Debatte mal mehr, mal weniger prägend durchziehen.

„Gegen Mythen ist im Prinzip kein Kraut gewachsen.“ Das sagt Hartmut Reiners. Er hat die Gesundheitspolitik der vergangenen 30 Jahre in unterschiedlichen Funktionen begleitet und gestaltet, zuletzt – bis zu seiner Pensionierung Ende 2009 – als Leiter des Referats „Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik“ im Gesundheitsministerium des Landes Brandenburg. Und er hat über seine Erfahrungen ein Buch geschrieben: „Mythen der Gesundheitspolitik“. Darin versucht er aufzuräumen mit den ewig wiederkehrenden Behauptungen und Vorurteilen vor allem in den Debatten um die gesetzliche Krankenversicherung (GKV).

Besondere Hartnäckigkeit

Das Besondere an einem Mythos sei, so erklärt Reiners im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams), dass er nicht zwangsläufig eine falsche Geschichte sei: „Meistens enthält ein Mythos einen Funken Wahrheit, was dazu führt, dass sich Mythen hartnäckig halten.“ Reiners führt das auf die Lebenserfahrung jedes Einzelnen zurück, wie etwa der Mythos Kostenexplosion im Gesundheitswesen zeige. Da der gesetzlich Versicherte seit Jahren von höheren Beiträgen oder Zuzahlungen direkt betroffen sei, verbinde er das Gesundheitswesen mit ständig steigenden Kosten. Dabei seien der Anteil aller Gesundheitsausgaben und auch der Anteil der GKV-Ausgaben am Bruttoinlandsprodukt, also dem Gesamtwert aller Waren und Dienstleistungen, seit vielen Jahren weitgehend konstant. „Erst wenn man die Einnahmenseite betrachtet, wird man feststellen, dass die Finanzierungsbasis der GKV seit Jahren erodiert und in der Folge die Beiträge steigen“, so Reiners.

Darauf verweist ebenfalls der jüngste „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung mit dem Titel „Mythen zur Gesundheitspolitik: Auch gebildete Bürger irren“. Darin stellen die Autoren die gängigsten Mythen vor und legen

die Ergebnisse einer Befragung unter 1.520 gesetzlich Versicherten zu dem Thema vor. Eines der Ergebnisse lautet: Die Befragten, die sich häufig über die gängigen Medien wie Tageszeitungen, Zeitschriften, Online, Hörfunk und Fernsehen informieren, sind insgesamt betrachtet nicht weniger, sondern oft deutlich mehr mythengläubig als die jeweiligen Nichtnutzer.

Mythos Lohnnebenkosten

Ökonom Reiners überrascht das nicht. Er nennt den Mythos Lohnnebenkosten. Zu denen gehören die Arbeitgeberbeiträge zur Kranken-, Renten-, Pflege-, Arbeitslosen- und Unfallversicherung sowie die Lohnfortzahlung bei Krankheit und Urlaub. Obwohl jederzeit nachprüfbar sei, erläutert Reiners, dass Deutschland bei den Lohnnebenkosten im internationalen Vergleich im unteren Bereich liege, werde auch in der aktuellen Debatte immer wieder vor einer vermeintlichen Gefährdung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft durch steigende Beiträge gewarnt. Der „Gesundheitsmonitor“ der Bertelsmann-Stiftung verweist zudem darauf, dass die Arbeitgeberbeiträge zur GKV in den Exportbranchen knapp ein Prozent der Gesamtkosten eines Produkts betragen.

Auch wenn der Mythos Lohnnebenkosten nicht die Wirklichkeit widerspiegeln, erläutert Reiners, habe er sich in der Vergangenheit in konkreten politischen Entscheidungen niedergeschlagen: Die Agenda 2010 der rot-grünen Bundesregierung aus dem Jahr 2003 basiere wesentlich auf diesem Mythos. „Die Klagen über zu hohe Lohnkosten sind so alt wie der Kapitalismus selbst. Das ist ein Ritual. Bereits Bismarck machte sie 1876 für angebliche Wettbewerbsnachteile der deutschen Wirtschaft verantwortlich“, so Reiners.

Mythos Verwaltungsausgaben

Zu den gängigsten Mythen in der Gesundheitspolitik zählen Reiners und auch die Autoren des „Gesundheitsmonitors“ neben Kostenexplosion und Lohnnebenkosten etwa die Kosten des medizinisch-technischen Fortschritts, die demografische Entwicklung oder die Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen. Die liegen, wie der „Gesundheitsmonitor“ darlegt, seit vielen Jahren zwischen fünf und sechs Prozent der Gesamtausgaben, und die Vorstellung, der Bürokratieaufwand privater Krankenversicherer sei geringer, „erweist sich spätestens im direkten Vergleich als einer der Mythen über die PKV“. Schließlich beziffere der PKV-Verband selbst den Anteil der Verwaltungs- und Abschlusskosten an sämtlichen Ausgaben im Jahr 2009 auf 14,6 Prozent.

Auch bei den Kassen wird nach Ansicht Reiners' manch ein Mythos gepflegt, etwa dass mit dem Start des Gesundheitsfonds 2009 die Finanzautonomie

der Kassen abgeschafft worden sei. Dabei seien schon vorher 92 Prozent der Beitragseinnahmen über den Risikostrukturausgleich verteilt worden, mit dem Gesundheitsfonds nun 100 Prozent.

Als Motiv dafür, dass Mythen in der gesundheitspolitischen Debatte eingesetzt werden, vermutet der frühere brandenburgische Ministerialbeamte vorrangig den Wunsch, dadurch bei Wählern oder bestimmten Interessengruppen zu punkten. Deshalb sei es eine Illusion zu glauben, dass Mythen beseitigt werden könnten: „Aber man muss ständig daran arbeiten und aufzeigen, wie jeweils die tatsächliche Sachlage ist.“ Dann verliere ein Mythos seine Wirkung. Auch dafür hat Reiners ein Beispiel: „Den Mythos, dass Selbstbeteiligung einen Steuerungseffekt bei der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen hat, glaubt in der Wissenschaft niemand mehr.“ Denn um einen Steuerungseffekt zu erzielen, müsste die Selbstbeteiligung sehr hoch sein, was einen großen Teil der Versicherten finanziell überfordere. Wolle man diese Überforderung verhindern, sei die Selbstbeteiligung zu niedrig, um die Inanspruchnahme zu steuern.

(bho)

Hartmut Reiners, Mythen der Gesundheitspolitik, Bern, Hans Huber 2009

**Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung:
www.gesundheitsmonitor.de**



AOK-Kritik an neuen Zulassungsregelungen für Vertragsärzte

Demografiefaktor gleicht Schwächen der Bedarfsplanung nicht aus

11.08.10 (ams). Durch die zunehmende Alterung der Gesellschaft ändern sich auch die Anforderungen an das Gesundheitswesen. Künftig soll daher bei der Zulassung von Vertragsärzten berücksichtigt werden, wie alt die Menschen in einer Region sind. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Mitte Juli beschlossen. Bisher hat sich die Zahl der Mediziner, die zur medizinischen Versorgung auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) berechtigt sind, ausschließlich an dem Arzt-Einwohner-Verhältnis in den jeweiligen Planungsbereichen orientiert. Doch der neue Demografiefaktor ist nach Ansicht der AOK nicht geeignet, die Schwächen der jetzigen Bedarfsplanung auszugleichen.

Die Vertreter von Kassenärzten, Krankenkassen und Kliniken im GBA gehen davon aus, dass der Versorgungsbedarf bei Menschen im höheren Lebensalter steigt. Darum hat das Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung die Einführung eines „Demografiefaktors“ beschlossen. Dieser soll zum Tragen kommen, sobald es Anhaltspunkte dafür gibt, dass es aufgrund der Altersstruktur der Patienten in einem Planungsbereich zu einer erhöhten Inanspruchnahme der Ärzte kommt. Berücksichtigt werden dabei die Fallzahlen in einer Arztgruppe in den jeweils zurückliegenden vier Quartalen. Gehen die Menschen häufiger zum Arzt als im Bundesdurchschnitt, wird die bisher für die Bedarfsplanung geltende Verhältniszahl von Ärzten und Einwohnern durch den Demografiefaktor korrigiert.

Der Leistungsbedarf soll als Kriterium berücksichtigt werden

Der Demografiefaktor basiert auf einer Anzahl unterschiedlicher Berechnungen: Dabei wird das Alter der Patienten, die eine bestimmte Arztgruppe in einem Planungsbereich in Anspruch nehmen, mit dem Alter dieser Patientengruppe im Bundesdurchschnitt verglichen. Zudem wird ins Verhältnis gesetzt, welcher Leistungsbedarf für Ärzte in der jeweiligen Region für Patienten ab 60 Jahren und älter sowie für Patienten unter 60 Jahren entsteht. Auch dieser wird mit dem Bundesdurchschnitt abgeglichen.

„Der Demografiefaktor setzt voraus, dass man den Mehrbedarf an Ärzten einer Region anhand eines Alters- und Fallzahlenvergleiches bemessen kann“, sagt Birgit Schliemann aus der Geschäftsführungseinheit Versorgung im AOK-Bundesverband. Dies sei aber nur bedingt möglich. Zwar steige der medizinische Bedarf mit zunehmendem Alter – Menschen ab 60 Jahren müssten

aber nicht automatisch häufiger den Arzt aufsuchen als noch wenige Jahre zuvor, so die AOK-Expertin weiter.

Der GBA ziehe sich auf die Messung der ärztlich abgerechneten Leistungen als „Leistungsbedarf“ zurück und „knüpft daran just bei der Altersgrenze von 60 Jahren versorgungspolitische Schlussfolgerungen. Eine solche holzschnittartige Lösung lässt die regionalen Gegebenheiten vor Ort außer acht und verhindert damit eine bessere Verteilung der Arztsitze für eine wohnortnahe ärztliche Versorgung“, so Schliemann weiter.

Durch den Leistungsfaktor würden zugleich falsche Anreize gesetzt, wie die AOK-Referentin erklärt. Liege der Umfang der Leistungen, die die Ärzte in einer Region erbringen, unter dem Bundesdurchschnitt, weil die Ärzte dort beispielsweise gut und präventiv arbeiten, werden dort keine weiteren Arztsitze geschaffen. Andersherum verhält es sich in Regionen, in denen die Ärzte viele Fälle versorgen und die Patienten einen hohen Leistungsbedarf haben. Dort werden zukünftig weitere Ärzte zugelassen, bis sich die Fallzahl an den Bundesdurchschnitt angepasst hat. Dabei wird nicht darauf geachtet, ob die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren jeweiligen Regionen insgesamt bereits ausreichend Ärzte zugelassen haben.

Arztsitze müssen zielgenauer verteilt werden

Grundsätzlich, ist Schliemann überzeugt, gibt es in Deutschland ausreichend niedergelassene Ärzte, um eine hochwertige medizinische Versorgung gewährleisten zu können. Tatsächlich herrscht in den meisten Planungsbereichen eine Überversorgung, insbesondere bei den Fachärzten. Überversorgung bedeutet, dass in einem der bundesweit 395 Planungsbereichen das Plansoll an Arztsitzen einer Arztgruppe um mehr als zehn Prozent übertroffen wird. Unterversorgt sind Planungsbereichen, wenn dort 25 Prozent der hausärztlichen Sollstellen oder 50 Prozent der fachärztlichen Sollstellen nicht besetzt sind. 2009 war das bei den fachärztlichen Berufsgruppen in zehn Planungsbereichen und bei den Hausärzten in einem Bereich der Fall. „Obwohl die Zahl der ambulant tätigen Ärzte im vergangenen Jahr insgesamt noch einmal um knapp 1.300 zugenommen hat, gibt es einige Regionen, in denen es mittlerweile an Ärzten mangelt“, erläutert AOK-Expertin Schliemann. So fehlten in der Uckermark im vergangenen Jahr in der hausärztlichen Versorgung 17 Mediziner im Vergleich zum Plansoll. Das entspricht einer Unterdeckung von rund 18 Prozent. Vor allem Landärzte haben zunehmend Schwierigkeiten, für den Ruhestand einen Praxis-Nachfolger zu finden.

Daher hält es Schliemann für notwendig, Arztzulassungen in den Planungsbereichen besser und zielgenauer zu verteilen: „Dafür könnte man beispielsweise verstärkt auf das Instrument der Feststellung des lokalen Versorgungsbedarfs, dass gezielte Zulassungen ermöglicht, zurückgreifen.“ Allerdings

können die Ärzte nicht dazu verpflichtet werden, ihre Praxissitze am Ort der Zulassung beizubehalten. Auch mit den Sonderbedarfszulassung können die dafür zuständigen Zulassungsausschüsse weitere Vertragsarztsitze in einer Region „ausnahmsweise“ besetzen. Voraussetzung ist, dass dies zur Wahrung der Versorgungsqualität unerlässlich ist.

„Statt das Verteilungsproblem zu lösen, wird der Demografiefaktor dazu führen, dass in vielen Regionen neue Niederlassungsmöglichkeiten geschaffen werden, ohne Einfluss auf die Ansiedlung der Arztpraxis nehmen zu können. Die neu zugelassenen Ärzte werden sich voraussichtlich wieder in der Nähe von Ballungsgebieten oder in den Speckgürteln der größeren Städte konzentrieren. Der Landbevölkerung ist damit nicht geholfen“, so Schliemann. Langfristig müsse innerhalb einer KV-Region darum ein vernünftiges Verteilungssystem gefunden werden.

Bedarfsplanung muss sich an weiteren Kriterien orientieren

Wichtig ist laut Schliemann dabei, dass künftig noch stärker zwischen Hausärzten, Fachärzten und spezialisierten Fachärzten differenziert wird. „Hier sind unterschiedliche Verteilungsmechanismen notwendig, abgestimmt auf die Bedürfnisse der Patienten. Ein Hausarzt beispielsweise muss für jedermann schnell zu erreichen sein“, so Schliemann. Spezialisierte Fachärzte hingegen würden eher selten aufgesucht – längere Wegezeiten seien hier vertretbar. Langfristig, so Schliemann, müsse sich die Bedarfsplanung für Fachärzte am medizinischen Behandlungsbedarf der Bevölkerung orientieren: „Hier gilt es, eine Methodik zu entwickeln, mit der die morbiditätsorientierte, also am Krankheitszustand der Versicherten ausgerichtete Vergütung der Ärzte als Grundlage dienen kann, um den medizinischen Behandlungsbedarf in einem Planungsbereich zu messen.“

Der Beschluss des GBA liegt zurzeit dem Bundesgesundheitsministerium zur Prüfung vor. Hat das Ministerium keine Beanstandung, wird der Demografiefaktor im Dezember 2010 erstmals wirksam.

(tb)

Weitere Infos:

www.aok-bv.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Arzt

Fachinfos zur ambulanten Versorgung:

www.aok-gesundheitspartner.de > Arzt und Praxis

Fragen zu einzelnen Begriffen?

www.aok-bv.de > Lexikon



Wissenschaftliche Bewertung der Pflege-Transparenzberichte

Kesselheim: Risikofaktoren bei der Benotung stärker berücksichtigen

11.08.10 (ams). Die Pflegenoten sind für Verbraucher eine gute Orientierung, wenn es um die Leistungsqualität von Heimen und Pflegediensten geht. Sie sind trotz einiger Schwachstellen bisher alternativlos. Zu diesem Ergebnis kommt der „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Evaluation zur Beurteilung der Pflege-Transparenzvereinbarungen“, der jetzt den Pflegekassen und Pflegeverbänden vorliegt. „Der Bericht zeigt uns, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wichtig ist es nun, das Bewertungssystem weiter zu entwickeln,“ erklärt Harald Kesselheim, Leiter der Abteilung Pflege im AOK-Bundesverband.

Anfang des Jahres haben die Dachorganisationen der Pflegekassen, der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände und der Pflegeeinrichtungen beschlossen, die Konzeption der Pflegenoten wissenschaftlich analysieren und bewerten zu lassen. Aufgabe der Wissenschaftler war es, gesicherte Erkenntnisse darüber zu liefern, inwieweit die gewählten Qualitätskriterien, das vereinbarte Bewertungssystem sowie das Layout der Transparenzberichte geeignet sind, Leistungen und die Qualität der Pflegeeinrichtungen für Verbraucher verständlich, übersichtlich und vergleichbar darzustellen. Die Landesverbände der Pflegekassen veröffentlichen die Transparenzberichte und die Pflegenoten seit Ende vorigen Jahres im Internet, die AOK im Pflegenavigator.

Richtiges Instrument – aber Verbesserungsbedarf

Das Ergebnis der Untersuchungen liegt nun vor. Der Abschlussbericht enthält Hinweise für die Anwendung und die sinnvolle Weiterentwicklung der Pflegenoten. Er zeigt, dass es bei den Pflegenoten zwar noch an einigen Stellen Verbesserungsbedarf gibt, sie aber das richtige Instrument sind, um Verbraucherinteressen zu stärken.

Der die Evaluation begleitende Beirat, in dem neben Wissenschaftlern Verbraucherschützer, Bundes- und Landesministerien, der Deutsche Pflegerat und die Vertragspartner vertreten sind, hat den Abschlussbericht bewertet und ergänzende Empfehlungen für den Umgang mit den Ergebnissen der Evaluation formuliert. So spricht sich der Beirat dafür aus, Empfehlungen der Wissenschaftler schrittweise umzusetzen.

Das gilt vor allem für die Berechnung der Gesamtnote bei der Bewertung eines Pflegeheimes oder eines ambulanten Pflegedienstes, die die Wissenschaftler als Schwachstelle sehen. Sie machen dazu konkrete Verbesserungsvor-

schläge. Darunter sind kurzfristig realisierbare Ziele wie die Anforderung, immer eine ausreichende Anzahl von Pflegebedürftigen in eine Prüfung einzubeziehen, ebenso wie mittelfristige Maßnahmen, beispielsweise eine genauere Abbildung der Bewohner- und Kundenzufriedenheit.

Pflegedefizite besser kennzeichnen

Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes geht es jetzt vorrangig darum, kurzfristig Lösungen für die Risikofaktoren bei der Veröffentlichung der Gesamtnoten deutlicher zu kennzeichnen. Pflegedefizite müssen nach Dafürhalten der Gesundheitskasse für Verbraucher klar erkennbar sein. „Im Sinne der Pflegebedürftigen ist beispielsweise darauf zu achten, dass ein Heim mit einer schlechten medizinischen Versorgung eine entsprechend ungünstige Bewertung nicht durch eine perfekte Pflegedokumentation ausgleichen kann. Der groß geschriebene Speiseplan macht Schädigungen der Patienten durch Flüssigkeitsmangel nicht wett“, erläutert Kesselheim.

Pflegenoten sind unverzichtbare Information

Auch wenn inzwischen wissenschaftlich belegt ist, dass einzelne Teile der Pflege-Transparenzvereinbarungen noch nicht ausgereift sind, warnt Kesselheim davor, falsche Rückschlüsse daraus zu ziehen und die Pflegenoten wieder abzuschaffen. „Pflegenoten sind ein Instrument, das es erstmals ermöglicht, alten und kranken Menschen wichtige Informationen über Pflegeeinrichtungen auf einfache Weise zugänglich zu machen. Darauf dürfen wir nicht verzichten“, betont der AOK-Experte. Es sei nicht hinzunehmen, wenn sich Menschen bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheim wie früher auf Mundpropaganda verlassen müssten, meint Kesselheim. Eine so wichtige Entscheidung sollte nicht dem Zufall überlassen werden. „Unser Ziel war und ist es, die Suche zu objektivieren“, so der Pflege-Experte.

Hintergrund:

Die Pflege-Transparenzvereinbarungen sind 2009 vom GKV-Spitzenverband mit den Leistungserbringern, den Trägern der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände vereinbart worden. Auf dieser Grundlage haben die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) ab Juni 2009 erstmals die Qualität der Leistungen in den ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen geprüft und diese benotet. Für die Veröffentlichung der Noten sind die Landesverbände der Pflegekassen zuständig. Seit Dezember 2009 stehen die Noten im Internet, inzwischen für fast 8.000 Pflegeeinrichtungen (siehe ams-Grafik). Die Gesundheitskasse veröffentlicht die

Pflegenoten im AOK-Gesundheitsnavigator. Dort können Versicherten nach dem für sie richtigen Pflegeheim oder Pflegedienst schnell und unkompliziert suchen.

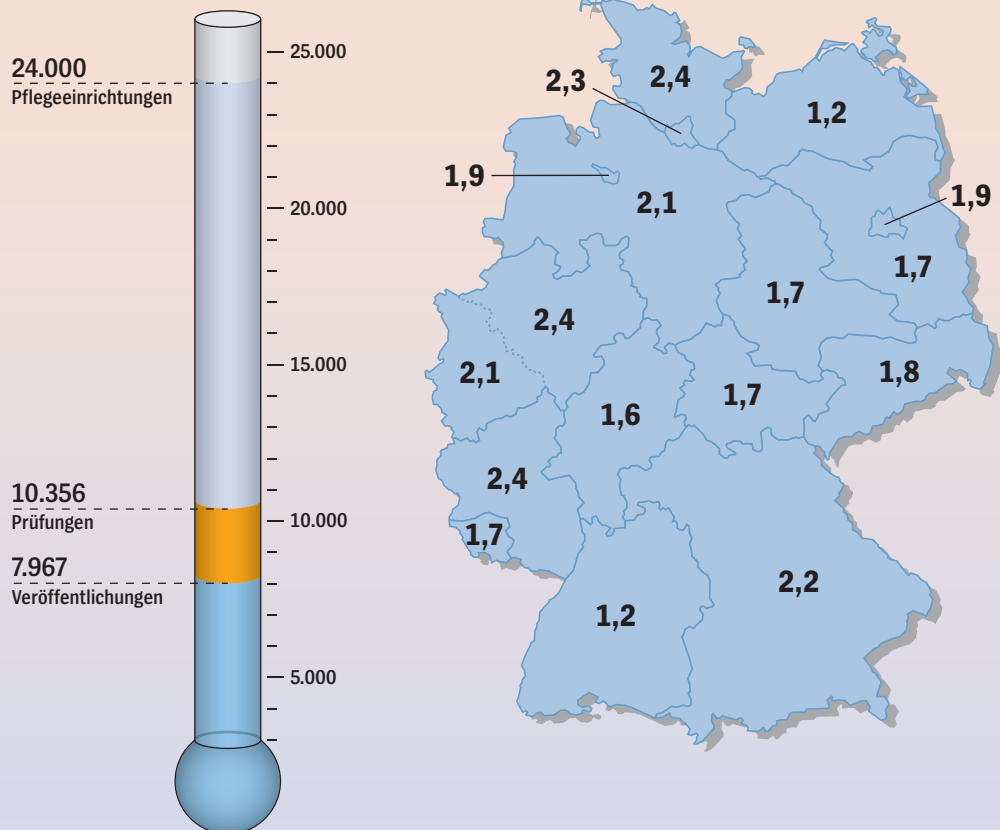
(sim)

**Zum AOK-Gesundheitsnavigator:
www.aok-gesundheitsnavi.de > Pflegeheim oder > Pflegedienst**

**Fachinfos zum Thema Pflege:
www.aok-gesundheitspartner.de > Pflege**



So gut sind Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt



Quelle: Verbände der Kranken- und Pflegekassen, Stand: August 2010

Seit Juni 2009 nimmt der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland unter die Lupe. Seit Dezember 2009 veröffentlichen die Pflegekassen die Ergebnisse mitsamt den Pflegenoten im Internet. Die AOK bietet die Berichte und Benotungen in ihrem Gesundheitsnavigator an (www.aok-gesundheitsnavi.de).

Sind mehr als 20 Prozent der Pflegeheime und -dienste in einer Region geprüft, werden auch die Durchschnittsnoten bekannt gegeben. Diese liegen inzwischen in allen Regionen für die Heime vor. Das Pflegebarometer zeigt: Mehr als 10.000 Einrichtungen hat der MDK bereits geprüft.

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

Zahl des Monats

1.200 Fallpauschalen ...

... oder Diagnosis-Related-Groups (DRGs) gibt es mittlerweile im deutschen Gesundheitswesen für die Abrechnung der von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Über die 2002 mit dem Fallpauschalengesetz eingeführten und seit 2004 verbindlich für alle Kliniken geltenden DRGs werden Krankenhausleistungen zu pauschalierten Preisen vergütet.

Als niedrigste DRG erhalten die Kliniken im Bundesdurchschnitt für eine schwangere Patientin, die wegen frustranen Wehen – unkoordinierten Wehen, die wenig zur Geburt des Kindes beitragen – einen Tag im Krankenhaus verbleibt, einen Pauschalbetrag von 381,65 Euro. Die Behandlung einer instabilen Angina Pectoris, also von heftigen Herzschmerzen unabhängig von einem eindeutigen Ereignis wie Anstrengungen, mit schweren Komplikationen bringt den Kliniken 1.999,27 Euro ein. Die teuerste Pauschale von 216.551,94 Euro zahlen die Krankenkassen derzeit für eine Leber-, Lungen- oder Herztransplantation, bei der ein Patient länger als 999 Stunden beatmet werden muss.

Als Vorbild für den deutschen Fallpauschalenkatalog diente das australische DRG-System, das an die Gegebenheiten der stationären Versorgung in Deutschland angepasst wurde. Ausgenommen von den Fallpauschalen sind alle Abteilungen und Kliniken für Psychiatrie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin. Die DRGs beruhen auf folgender Systematik:

- **Zur Bestimmung einer Fallpauschale** werden stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien zu Fallgruppen zusammengefasst. Gruppieren werden die Fälle beispielsweise anhand der Diagnose nach dem International Statistical Classification of Diseases (ICD-10-Schlüssel), dem Schweregrad der Erkrankungen oder dem Alter der Patienten. Über den sogenannten Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) werden zudem alle therapeutischen Maßnahmen wie zum Beispiel Operationen berücksichtigt, die dem Patienten in der Klinik zuteil werden.
- **Jährlich bis zum 30. September überprüft** das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) – das 2001 von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) gegründet wurde – die Fallpauschalgruppen und entwickelt diese weiter. Dazu wer-

den die Kosten- und Leistungsdaten aus dem jeweiligen Vorjahr für den DRG-Katalog des Folgejahres ausgewertet. Zudem können Fachgesellschaften, Kassen und alle weiteren Interessierten Vorschläge zur Überarbeitung der Fallpauschalen an das InEK richten. Der neue DRG-Katalog wird dann vom GKV-Spitzenverband, dem PKV-Verband und der DKG offiziell verabschiedet. Seit 2003 – in dem Jahr konnten Krankenhäuser ihre Leistungen erstmals optional über DRGs abrechnen – ist die Zahl der Fallpauschalen von 664 auf nunmehr 1.200 im Jahr 2010 gestiegen. Durch die kontinuierliche Erweiterung ist das Leistungsgeschehen in den unterschiedlichen Fallpauschalgruppen gut abgebildet.

- **Die Abrechnung der Krankenhausleistungen über DRGs** erfolgt anhand des sogenannten Landesbasisfallwertes und einer Bewertungsrelation (Relativgewicht). Der bundeslandspezifische Basisfallwert bestimmt dabei den Euro-Betrag, der regional bei der Berechnung der DRG-Preise zugrunde gelegt wird. Durch die Bewertungsrelation wird das Kostengewicht eines Behandlungsfalls im Verhältnis zu anderen DRGs festgeschrieben.

Durch das System der diagnosebezogenen Fallgruppen werden die Vergleichbarkeit der Leistungen und die Transparenz im stationären Bereich verstärkt. „Zudem werden die Behandlungsprozesse in den Kliniken weiter optimiert“, sagt Jürgen Malzahn, Abteilungsleiter Stationäre Versorgung und Rehabilitation im AOK-Bundesverband. Mit den Fallpauschalen sei es dem Gesetzgeber gelungen, ein Kostenbewusstsein in den stationären Einrichtungen zu schaffen – denn Krankenhäuser mit einer qualitativ hochwertigen, aber effizienten Versorgung profitierten von der pauschalierten Abrechnung. Allerdings fehle noch das Instrument der Selektivverträge. „Die Möglichkeit für die Krankenkassen, Einzelverträge mit den Kliniken für die stationäre Versorgung mit Ausnahme von eilbedürftigen, lebensbedrohlichen Notfällen abzuschließen, würde den mit den DRGs eingeschlagenen Weg konsequent fortsetzen und den Wettbewerb um eine gute und effiziente Versorgung stärken“, so Malzahn weiter. Hierbei könnten die mittlerweile weit ausdifferenzierten DRGs als Leistungsbeschreibung für ein Ausschreibungsverfahren der Kassen dienen.

(tb)

Weitere Infos:

www.aok-bv.de > Gesundheit > Versorgungsbereiche > Krankenhaus

Fachinfos:

www.aok-gesundheitspartner.de > Krankenhaus > DRG-System



Neues vom Gemeinsamen Bundesausschuss

Neues Info-Material für Brustkrebs-Früherkennung

Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren erhalten mit der Einladung zum Mammographie-Screening künftig ein neues Merkblatt über das Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. Es informiert über Hintergründe, Ziele, Inhalte und Ablauf des Screenings. Das Merkblatt soll den Frauen bei ihrer Entscheidung helfen, ob sie an dem Früherkennungsprogramm teilnehmen. Vor- und Nachteile werden nach Angaben des GBA und der Kooperationsgemeinschaft Mammographie (KoopG) ausgewogen dargestellt. Alle Informationen der bisherigen Broschüre wurden überarbeitet, Prozentangaben durch absolute Zahlen ersetzt. Im Internetauftritt der KoopG (www.mammo-programm.de) kann das neue Merkblatt auch in englischer, türkischer, italienischer, russischer, polnischer, kroatischer und griechischer Sprache heruntergeladen werden.

Mehr Ärzte für ältere Menschen

In Regionen mit vielen älteren Menschen sollen sich künftig mehr Vertragsärzte niederlassen können. Bei der Berechnung, wie viele Haus- und Fachärzte in einem Niederlassungsbezirk gebraucht werden, wird künftig nicht nur die Zahl der Einwohner, sondern auch die Zahl der über 60-Jährigen berücksichtigt. Dazu hat der GBA die Bedarfsplanung um facharztspezifische Demografiefaktoren erweitert. Diese berücksichtigen zum Beispiel den erhöhten Bedarf über 60-Jähriger an Augenärzten und Urologen (siehe auch Seite 5).

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.

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: 9. August 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 stärker 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-Neuordnungs-Gesetz

Zum Arzneimittel-Neuordnungs-Gesetz (AMNOG), das der Bundestag am 9. Juli in erster Lesung beraten hat, findet am 29. September im Gesundheitsausschuss des Bundestages eine öffentliche Experten-Anhörung statt. Der Ge-

setzentwurf der Regierungsfractionen enthält den zweiten Teil des Arzneimittel-Sparpakets der Bundesregierung. Kernpunkt ist die Verpflichtung von Pharmaunternehmen, den Nutzen eines neuen Arzneimittels nachzuweisen und über den Preis innerhalb eines Jahres mit den Krankenkassen zu verhandeln. Die Bundesregierung erhofft sich davon Einsparungen in Höhe von jährlich zwei Milliarden Euro. Zudem soll der Pharmagroßhandel künftig nur noch maximal 21 Euro pro Arzneimittelpackung erhalten statt bisher bis zu 72 Euro. Das soll weitere 400 Millionen Euro bringen. Teil des Gesetzentwurfs sind außerdem die Pflicht zur Veröffentlichung klinischer Studien, die Aufhebung der Bonus-Malus-Regelung und des Zweitmeinungsverfahrens bei Arzneimittelverordnungen, Änderungen im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei niedergelassenen Ärzten sowie die Umwandlung der auslaufenden Modellphase zur unabhängigen Patientenberatung (Paragraf 65b Fünftes Sozialgesetzbuch) in eine Regelleistung. Geplant ist ferner, dass die Krankenkassen die unabhängige Patientenberatung mit jährlich 5,2 Millionen Euro finanzieren. Das Gesetz soll zum 1. Januar 2011 in Kraft treten.

Der Gesetzentwurf:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 17/2413



Arzneimittel-Sicherheit (EU-Vorschläge)

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

Pharmahersteller müssen den gesetzlichen Krankenkassen seit 1. August auf alle Medikamente, für die es keine Festbeträge gibt, 16 statt bisher sechs

Prozent Abschlag gewähren. Zugleich sind die Preise bis Ende 2013 auf dem Stand vom 1. August 2009 eingefroren. Das ist der Kernpunkt des ersten Arzneimittel-Sparpakets der Bundesregierung, das der Bundestag am 18. Juni und der Bundesrat am 9. Juli 2010 mit dem GKV-Änderungsgesetz beschlossen haben. Die Regierung rechnet mit Einsparungen von jährlich 1,15 Milliarden Euro. Mit dem Gesetz wird zudem die Ausnahmeregelung zur Weitergabe von Informationen gesetzlich Krankensicherter an private Abrechnungsstellen um ein Jahr bis 30. Juni 2011 verlängert. Dies betrifft vor allem die Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen von Hausarztverträgen. Darüber hinaus enthält das Gesetz Anpassungen und Klarstellungen, etwa zur Zusammensetzung des Verwaltungsrates des GKV-Spitzenverbandes.

Der Gesetzestext:

<http://dipbt.bundestag.de> > Dokumente > Drucksache 356/10



Operationstechnische Assistenten

Die Bundesländer fordern eine gesetzliche Regelung der Ausbildung von Operationstechnischen Assistenten/innen (OTA). Die Ausbildung 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 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 Weiterbildungsmöglichkeiten 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 helfen, 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



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, der am 25. Februar 2010 zur ersten Lesung im Bundestag war, 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. Die gesetzlichen Krankenkassen forderten in einer Expertenanhörung zu dem Gesetzentwurf am 7. Juli 2010 höhere Steuerzuschüsse für Hartz-IV-Empfänger. Im Vergleich mit den tatsächlichen Ausgaben fehlten den Kassen jährlich vier bis fünf Milliarden Euro, sagte ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes. Nach dessen Angaben erhalten rund drei Millionen Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen Arbeitslosengeld II. Bislang bekommen die Kassen für jedes dieser Mitglieder 126,05 Euro monatlich. Kostendeckend wären etwa 260 Euro, sagte der GKV-Vertreter.

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

Die Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes:
www.bundestag.de > Der Bundestag > Ausschüsse > Gesundheit
> Anhörungen > 7. Juli 2010 > Stellungnahmen



Kurzmeldungen

AOK-Rabattverträge: Fünfte Staffel kann starten

11.08.10 (ams). Die fünfte Tranche der AOK-Arzneimittelrabattverträge für insgesamt zwölf Wirkstoffe kann zum 1. Oktober 2010 in Kraft treten. Die AOK hat am 6. August die Zuschläge für den Wirkstoff Betamethason erteilt, nachdem die 1. Vergabekammer des Bundes das bundesweite Ausschreibungsverfahren des AOK-Systems in allen Punkten rechtskräftig bestätigt hat. Dank Arzneimittelrabattverträgen wird die AOK-Gemeinschaft allein 2010 rund 520 Millionen Euro einsparen.

www.aok-presse.de



Vielfältige Kritik an Kartellrechtsplänen

11.08.10 (ams). Das Bundesversicherungsamt (BVA) und das Bundessozialgericht (BSG) haben sich gegen die Regierungspläne ausgesprochen, das Kartellrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Anwendung zu bringen. BVA-Präsident Dr. Maximilian Gaßner meint, die bisherigen Regelungen reichten völlig aus. Dr. Ernst Hauck, Richter beim BSG, warnte, die Einführung des Kartellrechts bedeute für die Kassen, dass in Zukunft das Sozialrecht und das Wettbewerbsrecht in Konkurrenz zueinander wirkten. Ein Rechtsgutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes bestätigt die Einschätzung von BVA und BSG.

www.reform-aktuell.de



Neue Angebote bei vigo PraxisService

11.08.10 (ams). vigo PraxisService, das Online-Angebot der AOK Rheinland/Hamburg für Praxismitarbeiterinnen und Pflegekräfte im Krankenhaus, ist jetzt noch informativer. Neu sind beispielsweise die Rubrik „Gesund und aktiv“ und fremdsprachige Impf-Begriffe im Wörterbuch.

www.vigo-praxiservice.de



Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Name:

Redaktion:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

Adressänderung 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: