



Gesundheitspolitik in der 17. Legislaturperiode

- AMS-INTERVIEW: DR. HERBERT REICHELТ UND JÜRGEN GRAALMANN
- **VERSORGUNG UNABHÄNGIG VOM EINKOMMEN GARANTIEREN** 2
- VORBILDER SCHWEIZ UND NIEDERLANDE
- **JACOBS: JAGD AUF GESUNDE DARF SICH NICHT LOHNEN** 6
- REGULIERUNGSMECHANISMEN FÜR ARZNEIMITTEL
- **MIT MEHR INSTRUMENTEN DIE AUSGABEN BREMSEN** 9
- AMS-GRAFIK:
- **KOSTEN FÜR ARZNEIMITTEL VERDOPPELT** 12
- AMS-INTERVIEW: PROF. HEINZ ROTHGANG
- **ZWECKENTFREMUNG VON PFLEGEKAPITAL VERHINDERN** 13
- AMS-DOKUMENTATION:
- **KOALITIONSVERTRAG ZU GESUNDHEIT UND PFLEGE** 16
- AMS-HINTERGRUND:
- **NEUE BESETZUNG IN PARLAMENT UND MINISTERIUM** 27

ams-Interview: Dr. Herbert Reichelt und Jürgen Graalmann

„Medizinische Versorgung darf nicht vom Einkommen abhängen“

12.11.09 (ams). Als entscheidende Zielsetzung der neuen Bundesregierung bezeichnet der AOK-Bundesverband deren Zusage, dass alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko gute medizinische Leistungen erhalten sollen. Das schließe radikale Einschnitte beim Risikostrukturausgleich aus. „Denn auch die neue Bundesregierung wird es nicht dazu kommen lassen wollen, dass sich Menschen aufgrund ihres Einkommens notwendige medizinische Hilfe nicht leisten können“, erklärten der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt, und Vize Jürgen Graalmann im Gespräch mit dem AOK-Medienservice (ams).

Seitdem sich CDU, CSU und FDP auf einen Koalitionsvertrag geeinigt haben, dreht sich die gesundheitspolitische Diskussion wie vor der Bundestagswahl im Jahr 2005 um das Thema Kopfpauschale. Erwarten Sie von der neuen Bundesregierung einen Systemwechsel in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)?

Reichelt: Wir erwarten vor allem mehr Wettbewerb zugunsten besserer Behandlungsqualität. Und wir setzen darauf, dass auch die neue Regierung die solidarische Finanzierung fortführt und keine Leistungskürzungen vornehmen wird. Hinsichtlich eines Systemwechsels gehen ja die Ansichten in der neuen Koalition weit auseinander. Da wird man sehen müssen, wie die Diskussion in der vorgesehenen Kommission läuft. Deutschland muss erst einmal die Wirtschaftskrise überwinden. Experimente mit der sozialen Sicherheit würden 70 Millionen gesetzlich Krankenversicherte schwer verunsichern. Wenn der soziale Ausgleich in das Steuersystem überführt werden sollte, dann wird sich die geplante Regierungskommission auch mit der Frage befassen müssen, wie der Sozialausgleich außerhalb der GKV finanziert werden kann. Dieser Ausgleich erfolgt derzeit ohne zusätzlichen Verwaltungsaufwand innerhalb der GKV, weil die Beiträge prozentual abhängig vom Einkommen erhoben werden.

Im Koalitionsvertrag heißt es, dass die schwarz-gelbe Regierung langfristig einkommensunabhängige Arbeitnehmerbeiträge einführen will. Wäre damit der solidarische Charakter der GKV gefährdet?

Graalmann: Entscheidend ist erst einmal die Zielsetzung der Regierungspartner, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig

von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko gute medizinische Leistungen erhalten, ob sie nun in den alten oder den neuen Bundesländern leben. Das schließt nach unserer Überzeugung eine die medizinische Versorgung gefährdende Reduktion des Risikostrukturausgleichs aus, denn auch die neue Bundesregierung wird es nicht dazu kommen lassen wollen, dass sich Menschen aufgrund ihres Einkommens notwendige medizinische Hilfe nicht leisten können. Deshalb begrüßen wir es, dass die Koalition anerkennt, wie wertvoll der krankheitsbezogene Risikostrukturausgleich für einen fairen Wettbewerb zwischen den Kassen ist.

Aber soll nicht der Risikostrukturausgleich weniger manipulationsanfällig gemacht und auf das notwendige Maß gekürzt werden?

Reichelt: Nun, das Ausgleichsverfahren wird vom Bundesversicherungsamt, dem BVA, laufend weiterentwickelt, denn der Ausgleich wurde als lernendes System gestaltet. Auch wenn die AOK in der Vergangenheit mit einigen Entscheidungen des BVA nicht einverstanden war, so gehen wir doch davon aus, dass das BVA der Bundesregierung hier praktikable Vorschläge machen kann, die nicht zu Wettbewerbsverzerrungen führen werden.

Graalmann: Man darf außerdem nicht übersehen, dass im Koalitionsvertrag der Leistungsumfang der GKV nicht in Frage gestellt wird. Zusammen mit der Zusicherung, dass Einnahmeausfälle aus Steuermitteln ausgeglichen werden, können sich die Versicherten darauf verlassen, dass 2010 ihre medizinische Versorgung gesichert ist. Denn eine Reform peilen die neuen Regierungsparteien erst längerfristig an.

Allerdings ist doch damit die Möglichkeit weiterhin gegeben, dass im nächsten Jahr einige Kassen Zusatzbeiträge erheben werden.

Reichelt: Durchaus. Die AOKs werden weiterhin alles daran setzen, um Zusatzbeiträge zu vermeiden. Dazu haben wir ja die gesetzlichen Möglichkeiten zu mehr Wettbewerb genutzt, zum Beispiel indem die AOK Arzneimittel-Rabattverträge ausgeschrieben hat. So bekommen wir gute Arzneimittel deutlich preiswerter. Aber auch die neue Regierung ist hier gefordert, den Kassen noch mehr Handlungsspielraum für kostensenkenden Wettbewerb zu geben. Denn schon jetzt ist absehbar, dass in den nächsten Jahren die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzthonorare, Krankenhausbehandlungen und Arzneimittel um jährlich fünf bis sechs Prozent steigen werden. Gleichzeitig werden die Kassen weiterhin Einnahmeaus-

fälle aufgrund steigender Arbeitslosigkeit und krisenbedingter Kurzarbeit zu verkraften haben. Deshalb appellieren wir an die neue Regierung, die Gesamtausgaben für die Leistungserbringer bis 2013 an die Entwicklung der Wirtschaftsleistung koppeln. In dieser größten Wirtschaftskrise der Bundesrepublik muss von allen erwartet werden, dass sie sich an der Konsolidierung beteiligen.

Sozusagen ein Notopfer Wirtschaftskrise?

Reichelt: Nein, sondern eine gerechtere Verteilung der Lasten. Hierzu zählt, dass sich auch Leistungserbringer für einen begrenzten Zeitraum bescheiden und sich damit zufrieden geben, dass ihre Einnahmen nicht stärker wachsen als die Wirtschaft. Das wäre nach derzeitiger Schätzung der Wirtschaftsinstitute ein Plus von 1,5 Prozent im Jahr.

Im Koalitionsvertrag sind zur Gesundheitspolitik einige Prüfaufträge enthalten, etwa für den Arzneimittelbereich oder die ambulante Versorgung. Gehen diese Vereinbarungen in die richtige Richtung?

Graalmann: Grundsätzlich ja. In der Arzneimittelversorgung plädieren wir seit langem dafür, die Rabattverträge zu Versorgungsverträgen weiterzuentwickeln. Wir brauchen einen rechtlichen Rahmen, nach dem eine Kasse ihren Versicherten für jede Krankheit eine Auswahl von guten Arzneimitteln anbieten kann und nicht mehr Medikamente bezahlen muss, die medizinisch keine Verbesserung gegenüber bereits erprobten Arzneimitteln darstellen. Und wir unterstützen die Überlegungen der Koalition, bei nicht austauschbaren, innovativen Arzneimitteln künftig die Erstattungsfähigkeit und deren Höhe bereits vor Eintritt in den GKV-Markt von einer schnellen, vorläufigen Kosten-Nutzen-Bewertung abhängig zu machen und nicht der freien Preisgestaltung des Herstellers zu überlassen.

Reichelt: Bei der hausarztzentrierten Versorgung hätten wir es für sinnvoller gehalten, wenn die neue Regierung die Verpflichtung der Kassen, Hausarztverträge mit bestimmten Verbänden abzuschließen, gestrichen hätte. Denn die jetzige Regelung behindert Wettbewerb um die beste Versorgung. Zwar spricht hier die Koalitionsvereinbarung davon, den Zwang zum Vertragsabschluss in drei Jahren zu prüfen. Aber wir hoffen, dass dies noch nicht das letzte Wort war, denn wir wollen bei einer weiteren Verbesserung der hausärztlichen Versorgung nicht drei Jahre durch Streitereien in Schiedsverfahren zwischen Kassen und Hausärzten verlieren.

Die Koalition hat sich außerdem vorgenommen, den verstärkten Einsatz von Mehrkostenregelungen zu prüfen. Was ist darunter zu verstehen?

Graalmann: Das bedeutet, dass die gesetzliche Kasse nur einen bestimmten Kostenanteil etwa für eine Therapie übernimmt. Was darüber hinausgeht, muss der Versicherte aus eigener Tasche zusätzlich bezahlen. Dieses Vorhaben beurteilen wir kritisch. Solche Mehrkostenregelungen führen dazu, dass Menschen mit niedrigem Einkommen sich innovative Behandlungen bald nicht mehr leisten können. Es käme zur Zwei-Klassen-Medizin in der GKV. Außerdem könnten Leistungserbringer sich durch neue Kostenerstattungsregelungen ohne Rücksicht auf medizinische Notwendigkeit neue Umsatzquellen erschließen. Schon lange beklagt die PKV, die private Krankenversicherung, solche Praktiken bei ihren Versicherten und will endlich vom Gesetzgeber die Möglichkeit bekommen, wie die gesetzlichen Krankenkassen durch Verträge mit Ärzten oder Arzneimittelherstellern die Qualität und die Kosten zu steuern. Es wäre widersinnig, jetzt durch Mehrkostenregelungen bei den gesetzlichen Kassen den umgekehrten Weg zu gehen.

(bho)

Weitere Infos:
www.aok-bv.de



WIdO-Chef zu Vorbildern Schweiz und Niederlande

Jacobs: Jagd auf Gesunde darf sich nicht lohnen

12.11.09 (ams). Mit ihren Vereinbarungen zur Gesundheitspolitik haben die neuen Koalitionspartner die Diskussion zu Anfang dieses Jahrtausends neu angestoßen, als unter den Schlagworten „Bürgerversicherung“ und „Kopfpauschale“ über die Zukunft der gesetzlichen Krankenversicherung debattiert wurde. Eine Regierungskommission soll nun aufzeigen, wie der „Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Gesundheitssystem“ erfolgen soll. Dabei könne Deutschland von den Erfahrungen anderer europäischer Länder lernen, meint Dr. Klaus Jacobs, Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO): „Der Blick ins benachbarte Ausland zeigt, dass es auf die richtigen Handlungsanreize und Handlungsparameter ankommt, wenn die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung umfassend gesichert und finanzierbar bleiben soll.“

Bei der Ausgestaltung der Finanzierungssysteme geht es Jacobs zufolge grundsätzlich um die gleichen Anforderungen: Wie kann unter Wettbewerbsbedingungen verhindert werden, dass sich Krankenversicherer in erster Linie um möglichst viele gesunde und gutverdienende Versicherte bemühen, weil diese hohe Einnahmen bei geringen Ausgaben bedeuten? Wie kann erreicht werden, dass die beste medizinische Versorgung im Zentrum des Wettbewerbs steht? Und welche Handlungsmöglichkeiten brauchen Versicherer, um die Versorgung wirtschaftlich gestalten zu können?

Wettbewerbskonzepte mit Risikostrukturausgleich

Für weithin vergleichbar mit dem deutschen Gesundheitssystem hält der WIdO-Chef die Niederlande und die Schweiz. Beide Länder finden in Deutschland zurzeit vor allem deshalb große Beachtung, weil sie teilweise (Niederlande) oder vollständig (Schweiz) über einkommensunabhängige Pauschalbeiträge mit steuerfinanziertem Sozialausgleich finanziert werden, wie es perspektivisch auch die neue Bundesregierung anstrebt. Das sei aber nur ein Teilaspekt der Gesundheitssysteme beider Länder, betont Jacobs. Mindestens ebenso wichtig sei, dass beide Länder über geschlossene Wettbewerbskonzepte verfügten, in denen der Risikostrukturausgleich jeweils eine zentrale Rolle spiele.

„Wie in Deutschland hat man auch in den Niederlanden und der Schweiz bei Einführung des Krankenkassenwettbewerbs versucht, Risikoselektion durch einen Risikostrukturausgleich zu verhindern“, erläutert der WIdO-Wissen-

schaftler. Dabei hätten die Erfahrungen in allen drei Ländern gezeigt, dass es nicht ausreicht, einen solchen Ausgleich allein an demografischen Parametern wie Alter und Geschlecht auszurichten. „Unter diesen Bedingungen ist es für Krankenversicherer immer die lohnendere Strategie, sich im Wettbewerb auf gesunde Versicherte zu konzentrieren“, so Jacobs.

Daher sind die Niederlande ebenso wie Deutschland dazu übergegangen, den Risikostrukturausgleich direkt an der Morbidität der Versicherten zu orientieren. „In diesem Moment lohnt sich Risikoselektion nicht mehr“, ist Jacobs überzeugt. Nun seien die Krankenversicherer gezwungen, sich um eine möglichst wirtschaftliche Versorgung gerade ihrer kranken Versicherten zu kümmern. Dazu müssen sie nach Ansicht des WIdO-Geschäftsführers aber auch entsprechende Handlungsmöglichkeiten haben. Insbesondere müssten sie in der Lage sein, individuelle Versorgungsverträge mit Leistungsanbietern zu schließen und dabei auf Preis und Qualität Einfluss zu nehmen.

Schweiz zieht Konsequenz aus Jagd auf Gesunde

Wie wichtig der Zusammenhang zwischen richtigen Handlungsanreizen und wettbewerblichen Handlungsparametern ist, lässt sich nach Jacobs' Einschätzung am Beispiel der Schweiz ablesen. Dort gebe es zwar relativ weitreichende Gestaltungsoptionen der Krankenkassen im Rahmen von Managed-Care-Modellen, die nachweislich zu mehr Wirtschaftlichkeit der Versorgung führten. Weil aber der Risikostrukturausgleich seit dem Start der „obligatorischen Krankenversicherung“ 1996 nur die Faktoren Alter, Geschlecht und Region berücksichtige, sei es nicht gelungen, die Jagd der Krankenversicherer auf junge und gesunde Versicherte unattraktiv zu machen und das Hauptaugenmerk der Krankenversicherer auf die Verbesserung der Versorgung von Kranken zu lenken. Deshalb habe der Schweizer Gesetzgeber inzwischen reagiert: Auch dort wird der Risikostrukturausgleich künftig direkte Morbiditätsindikatoren berücksichtigen.

RSA als Voraussetzung für Wettbewerb

Für den WIdO-Wissenschaftler bieten beide Nachbarländer für die jetzt beginnende Diskussion um die künftige Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems insoweit wichtige Erfahrungen, die weit über die Frage der Beitragsgestaltung hinausreichen. Ein wesentliches Fazit, das Jacobs hieraus zieht, lautet: „Ein funktionierender Risikostrukturausgleich ist für ein wettbewerbliches Gesundheitssystem unabdingbar.“

Wobei Jacobs zugleich aber auch Grenzen des Vorbildcharakters Schweiz oder Niederlande benennt: Beide Länder hätten schließlich – anders als Deutschland – die Trennung des Gesundheitssystems in eine gesetzliche

und eine private Krankenversicherung längst aufgegeben und einen gemeinsamen Krankenversicherungsmarkt für die ganze Bevölkerung geschaffen.

(bho)

**Weitere Infos zur Funktionsweise des RSA
und den Erfahrungen in den Niederlanden:
www.morbi-rsa.de**



Regulierungsmechanismen für Arzneimittel auf dem Prüfstand

Mit mehr Instrumenten die Ausgaben bremsen

12.11.09 (ams). Die neue Regierung aus Union und FDP setzt in ihrem Koalitionsvertrag auf einen Neustart in der Gesundheitspolitik. So will Schwarz-Gelb unter dem Stichwort „Abbau von Überregulierung“ die vorhandenen Steuerungsmechanismen im Arzneimittelmarkt unter die Lupe nehmen. „Es spricht nichts dagegen, eine Bestandsaufnahme vorhandener Instrumente zu machen. Das tun wir ohnehin jedes Jahr im Arzneiverordnungs-Report. Allerdings würde ich an dieser Stelle nicht von Überregulierung sprechen, denn jedes Instrument hat seinen Nutzen bewiesen“, erklärt Helmut Schröder, stellvertretender Geschäftsführer des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WiDO).

Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steigen stetig. Im Jahr 2008 haben sie mit 29,2 Milliarden Euro einen neuen Höchstwert erreicht. Damit sind die Ausgaben während der vergangenen zehn Jahre um mehr als 50 Prozent gestiegen. „Ohne die Regulierungsinstrumente wären die Kostensteigerungen noch deutlich höher ausgefallen“, sagt Schröder. Dem Arzneiverordnungs-Report zufolge haben die größtenteils sinkenden Arzneimittelpreise wesentlich dazu beigetragen, dass der Umsatz nicht noch stärker gestiegen ist. Die Preissenkungen betreffen vor allem die sogenannten Generika, wirkstoffgleiche Nachahmerprodukte ehemals patentgeschützter Originalpräparate. „Diese Entwicklung ist vor allem vorhandenen Preisbildungsregelungen zu verdanken“, meint der WiDO-Experte. Er weist darauf hin, dass insbesondere das 1989 für Generika eingeführte und seit 2004 auf Analogpräparate anwendbare Festbetragssystem sich als dauerhaft erfolgreiche Maßnahme zur Kostenstabilisierung erwiesen habe.

Preissenkungsdruck durch Festbeträge

Festbeträge sind ein Instrument, das Erstattungshöchstbeträge festlegt. Übersteigt der Preis des Arzneimittels den Festbetrag, muss der Versicherte, der das Präparat nimmt, die Mehrkosten selbst tragen. Arzneimittel, deren Preise 30 Prozent unterhalb des Festbetrags liegen, können die Kassen hingegen seit dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) vollständig von der Zuzahlung befreien. „Auch diese Regelung hat dazu geführt, dass die Pharmahersteller die Preise gesenkt haben“, sagt Schröder. Gleichzeitig bieten Festbeträge als Preisobergrenzen eine gute Ausgangssituation für ein weiteres Regulierungsinstrument auf dem Generika-Markt:

die Arzneimittel-Ausschreibungen der Krankenkassen. Seit dem Jahr 2003 haben die Krankenkassen die Möglichkeit, mit Herstellern kassenspezifische Preisnachlässe auszuhandeln. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 hat der Gesetzgeber das Instrument geschärft, indem er die Apotheker zur Abgabe rabattierter Produkte verpflichtete, sofern der Arzt mit seiner Verordnung nicht explizit auf ein bestimmtes Medikament besteht. Diese Regelung ermöglicht es den Kassen, den Herstellern entsprechende Abgabemengen zu garantieren. „Die Rabattverträge ergänzen das System der Festbeträge. Im generischen Marktsegment können damit erhebliche Einsparpotenziale genutzt werden“, so Schröder. Die AOK-Rabattverträge sind dafür ein Beweis. Die dritte Runde ist im Juni 2009 nach europaweiter Ausschreibung für 63 Generika-Wirkstoffe mit einem Jahresumsatz von 2,3 Milliarden Euro an den Start gegangen. Die erwarteten Einsparungen betragen hier bis zu 500 Millionen Euro jährlich.

Problemfall Analogpräparate

Zwar machen die Generika-Wirkstoffe mehr als 80 Prozent der Verordnungen aus, aber weniger als 50 Prozent des Umsatzvolumens im GKV-Fertigarzneimittelmarkt. So zeigt der Arzneiverordnungs-Report, dass die Ausgaben vor allem deshalb steigen, weil Ärzte mehr neue und teurere Arzneimittel verordnen. Für Hersteller patentgeschützter Wirkstoffe gibt es aber derzeit keine ökonomische Notwendigkeit, den Krankenkassen Preisnachlässe einzuräumen. „Wir brauchen mehr Verhandlungshoheit. Neue Instrumente müssen her, um Selektivverträge auf patentgeschützte Analogpräparate ohne Zusatznutzen auszuweiten. Zu diesem Zweck hat das WIdO das Konzept der Rabattverträge weiterentwickelt“, erklärt Schröder. Danach muss sich der Wettbewerb nicht mehr auf einzelne Wirkstoffe beschränken, sondern kann vielmehr auf ganze Wirkstoffgruppen ausgedehnt werden. „Damit wären wir auf dem Weg zu kassenindividuellen Positivlisten, wobei eine Kasse nicht mehr jedes zugelassene Medikament bezahlen, sondern vielmehr für jede Indikation mindestens ein Arzneimittel in ihrem Leistungsangebot haben muss“, fasst Schröder das Konzept zusammen. Hier sieht der WIdO-Experte dringenden Handlungsbedarf für den Gesetzgeber.

Problemfall Preisfestsetzung

Auch bei hoch innovativen Arzneimitteln etwa zur Therapie von Krebs- oder Autoimmunerkrankungen sind seit Jahren extreme Kostensteigerungen zu beobachten. 2008 haben solche Spezialpräparate einen Umsatz von sieben Milliarden Euro erreicht, zwölf Prozent mehr als im Vorjahr. Der Grund: In Deutschland dürfen die Hersteller ihre Preise für neue Arzneimittel ohne jeg-

liche Regulierung frei festlegen, und die Kassen haben derzeit nahezu keine Instrumente, mit deren Hilfe sie die Ausgaben für neue innovative Arzneien steuern können. „Es sind daher gesetzliche Steuerungsmechanismen erforderlich, um für wirksame Medikamente faire Preise zu finden. Die Kosten-Nutzen-Bewertung und die daran anschließende Möglichkeit der Festlegung einer Erstattungsobergrenze sind ein Schritt in die richtige Richtung“, erklärt Schröder. Erste Kosten-Nutzen-Bewertungen des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden 2010 erwartet.

Plädoyer für vierte Hürde

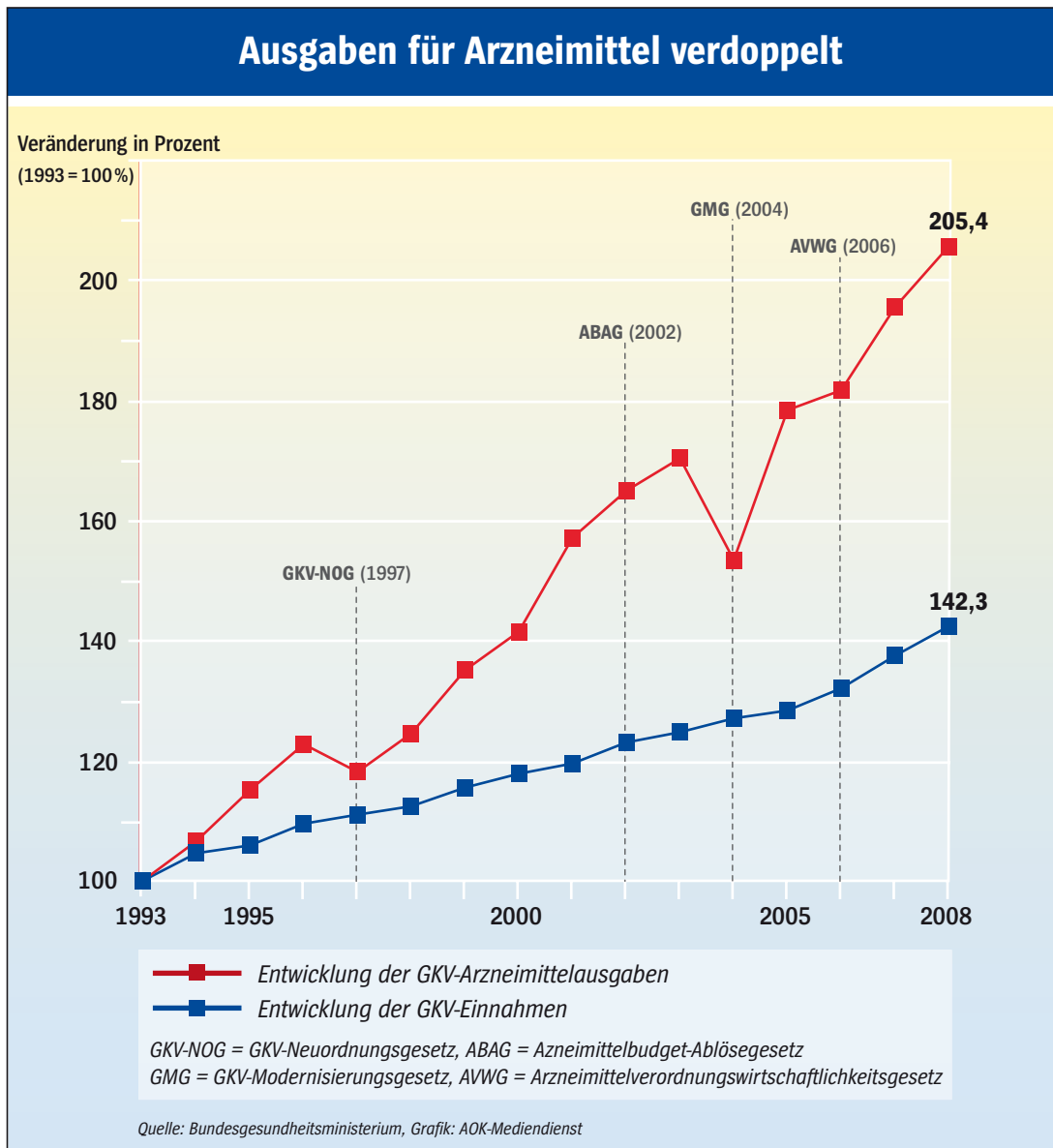
Doch kann dieses neue Instrument nur einen Teil des Problems angehen. „Die Verfahren werden sehr zeitaufwändig sein und für Arzneimittel ohne therapeutische Alternative kaum greifen können“, so Schröder. Der WIdO-Experte weiter: „Zum Zeitpunkt der Zulassung wissen wir nicht, ob die Neuerungen tatsächlich nennenswerte Verbesserungen für die Patienten bringen, weil die Hersteller nicht verpflichtet sind, alle Daten der klinischen Prüfungen zu veröffentlichen.“ Er drängt daher auf die Kosten-Nutzen-Bewertung als vierte Hürde bei der Zulassung eines neuen Arzneimittels – neben den drei bestehenden Kriterien pharmazeutische Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit.

Den Krankenkassen stehen nach Schröders Überzeugung mit den Festbeträgen als Höchstpreissystem und mit den Rabattverträgen als Wettbewerbsinstrument für Generika gute Preisbildungsinstrumente zur Verfügung. Angesichts der seit Jahren steigenden Arzneimittelausgaben sei es jedoch erforderlich, auch für patentgeschützte Medikamente Steuerungsregelungen zu ermöglichen. „Insofern ist eine Überprüfung von Regulierungsinstrumenten, wie geplant, immer richtig. Jedoch kann der Verzicht auf Bewährtes nur dann als sinnvoll ins Auge gefasst werden, wenn sich dadurch weder die Versorgung der Patienten verschlechtert noch die Kosten der Krankenkassen erhöhen“, mahnt Schröder.

(sim)

Weitere Infos:
www.aok-gesundheitspartner.de > Arzneimittel





Seit 1993 sind die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel mehr als doppelt so schnell gestiegen wie die Einnahmen – und das, obwohl von 1993 bis Ende 2001 Arzneimittelbudgets galten, für deren Überschreitung die Vertragsärzte haften sollten. Lediglich die Kostenbremse durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) 2004 sorgte durch Zwangsrabatte und Preis moratorien für eine einjährige Entlastung. 2005 schossen die Ausgaben so stark nach oben, dass die Große Koalition mit dem Arzneimittel-Verordnungswirtschaftlichkeitsgesetz 2006 eine erneute Bremse einbaute.

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

Professor Heinz Rothgang zur Finanzierung der Pflegeversicherung

Gesundheitsökonom warnt vor Zweckentfremdung von Pflegekapital

12.11.09 (ams). Der renommierte Gesundheitsökonom Professor Heinz Rothgang hält eine individualisierte ergänzende Kapitaldeckung der Pflegeversicherung für möglich. Zugleich warnt der Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen im Interview mit dem AOK-Medienservice (ams) vor einer Zweckentfremdung des Kapitals für die Pflege und vor dem Irrglauben, ein kapitalgedecktes System sei demografiefest.

Besteht Reformbedarf bei der Finanzierung der Pflegeversicherung?

Rothgang: Die Ausgaben für die Pflegeversicherung werden in Zukunft steigen. Ein Grund dafür ist die demografisch bedingte Zunahme der Zahl älterer, pflegebedürftiger Menschen. Außerdem nehmen immer mehr Pflegebedürftige eine für die Pflegeversicherung teure professionelle Pflege in Anspruch, was unter anderem mit einer höheren Erwerbstätigkeit von Frauen zu tun hat, aber auch mit einem Wertewandel. Die aufgrund des Wirtschaftswachstums steigenden Einnahmen der umlagefinanzierten Pflegeversicherung im derzeitigen System reichen nicht aus, um diese Mehrausgaben bei konstantem Beitragssatz zu finanzieren. Im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 wurde nur von einer gesicherten Finanzierung bis 2014 gesprochen. Das war damals schon sehr optimistisch kalkuliert und beruhte auf fragwürdigen Annahmen. Inzwischen ist bedingt durch die Finanzkrise klar, dass die Pflegeversicherung schon deutlich früher wieder defizitär werden wird – und das trotz der Erhöhung des Beitragssatzes 2008, der zunächst Überschüsse in die Pflegekassen spült. Wenn die Leistungen der Pflegeversicherung in Zukunft angemessen dynamisiert werden sollen, ist dies im derzeitigen System nur möglich, wenn der Beitragssatz erheblich ansteigt. Soll solch ein Anstieg vermieden werden, müssen zusätzliche Finanzierungsquellen erschlossen werden. Dies kann durch einen steuerfinanzierten Bundeszuschuss wie in der gesetzlichen Krankenversicherung geschehen, durch eine Verbreiterung der Bemessungsgrundlage durch Einbeziehung anderer Einkommensarten und/oder eine Integration der privaten Pflegeversicherung in die soziale Pflegeversicherung beziehungsweise zumindest einen Solidarausgleich zwischen der privaten und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) mittels eines Risikostrukturausgleichs.



Prof. Dr. Heinz Rothgang leitet die Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung im Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen.

Halten Sie eine Finanzierung der Pflegeversicherung durch Kapitaldeckung generell für sinnvoll?

Rothgang: Jede Form der Kapitaldeckung führt dazu, dass Finanzierungslasten der Zukunft auf die Gegenwart vorgezogen werden. Damit können zukünftige Beitragssteigerungen verhindert oder zumindest gemildert werden – aber um den Preis, dass die Abgaben bereits jetzt steigen. Zudem ist auch ein kapitalgedecktes System nicht wirklich demografiefest, weil eine steigende Lebenserwartung ein kapitalgedecktes System genauso trifft wie ein umlagefinanziertes. Lediglich eine Veränderung der Geburtenraten wirkt im kapitalgedeckten System anders auf die finanzielle Stabilität als im umlagefinanzierten System, nämlich nicht mehr vermittelt über den Arbeitsmarkt durch eine sinkende Zahl an Beitragszahlern, sondern über den Kapitalmarkt durch eine geringere Zahl von Nachfragern nach Kapitalmarkttiteln. Dieser Effekt des demografischen Wandels kann durch eine internationale Kapitalanlage verringert werden, aber nur um den Preis erheblicher Kapitalmarktrisiken. Gerade angesichts der aktuellen Finanzkrise kann die Existenz dieser beträchtlichen Risiken nicht geleugnet werden.

Wie beurteilen Sie den Vorschlag der Koalition zur Kapitaldeckung?

Rothgang: Möglich ist lediglich eine ergänzende Kapitalfundierung, wie sie im Koalitionsvertrag vorgesehen ist. Dagegen würde eine Umstellung der umlagefinanzierten Pflegeversicherung auf ein kapitalgedecktes System zu untragbaren Lasten führen. Die Abgaben würden sich unmittelbar verdoppeln, und die Mehrbelastung würde für etwa vier Dekaden anhalten, so die Ergebnisse aus der Rürup- und der Herzog-Kommission.

Wie könnte ein solches Modell aussehen?

Rothgang: Der Koalitionsvertrag enthält keine Details zur geplanten Teilkapitalfundierung. Er sieht lediglich vor, dass eine verpflichtende, individualisierte ergänzende Kapitaldeckung eingeführt werden soll, deren Konzeption in einer interministeriellen Arbeitsgruppe erarbeitet werden soll. Von der privaten Krankenversicherung wurde 2005 allerdings die Einführung einer privaten Pflege-Zusatzpflichtversicherung mit einkommensunabhängigen Kopfprämien vorgeschlagen, bei der die Zusatzpflichtversicherung dazu dienen soll, die notwendige Dynamisierung der Versicherungsleistungen zu finanzieren, während die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung eingefroren werden. Dieses Modell wurde im März 2007 von der bayerischen Sozialministerin Christa Stewens aufgegriffen und propa-

giert. Es könnte die Grundlage der Überlegungen in der Koalition bilden. Vorgesehen ist dabei, dass jeder Versicherte einen als Kopfprämie ausgestalteten Beitrag zahlt, der im ersten Jahr mit monatlich 8,50 Euro (PKV) beziehungsweise sechs Euro (Stewens) kalkuliert ist und dann in jedem Jahr um einen Euro steigt. Im Jahr 2040 läge der Beitrag dann bei rund 40 Euro und damit im Bereich dessen, was ein Durchschnittsverdiener heute an die SPV abführt. Langfristig übertrifft die quantitative Bedeutung der Zusatzversicherung dann die der sozialen Pflegeversicherung. Dieses Modell hat unter anderem den Nachteil, dass es auf lange Sicht zu erheblichen Umverteilungseffekten – und zwar von unten nach oben – führt, wenn die zunächst geringen Zusatzabgaben im Zeitverlauf steigen. Soziale Ausgleichsmechanismen sind hierfür nicht vorgesehen.

Wo sollten die dafür notwendigen Gelder eingesammelt werden?

Rothgang: Eine Teilkapitalbildung kann in einer privaten Zusatzversicherung oder als Teil der sozialen Pflegeversicherung umgesetzt werden, mit individuellen Versicherungskonten oder als kollektive Demografiereserve mit einkommensabhängigen Beiträgen oder als Kopfpauschale. Am Einkommensbezug der Beiträge sollte festgehalten werden, um eine inverse Umverteilung zu vermeiden. Das ist aber nur möglich, wenn das Kapital für das Versichertenkollektiv als Ganzes und nicht individualisiert gebildet wird. Eine solche Kapitalbildung kann in der sozialen Pflegeversicherung erfolgen. Die Herausforderung besteht dann darin, verfassungsrechtlich abzusichern, dass die Rücklagen nicht zweckentfremdet werden können. Innovativ wäre es, den Zusatzbeitrag zur Kapitalbildung an die Kinderzahl zu knüpfen, da damit der ökonomischen Realität Rechnung getragen wird, dass Vorsorge nur durch Bildung von Human- oder von Realkapital erfolgen kann und beides – in Grenzen – substituierbar ist.

Wie kann der „menschliche Faktor“ einfließen, sprich Leistung gesteuert werden?

Rothgang: Die Einführung einer privaten Pflegepflichtversicherung liefere Versuchen einer gezielten Versorgungssteuerung zuwider. Die private Versicherung hat – angesichts zunächst geringer Ausgaben – kein Interesse an einer Versorgungssteuerung und in diesem Bereich auch keinerlei Erfahrungen und Kompetenzen. Den Pflegekassen wird – angesichts eingefrorener Leistungssätze und steigender Preise für Pflegeleistungen – der Anreiz genommen, sich hier aktiv zu engagieren. Dies gilt umso mehr, als ihre Bedeutung bei steigenden Ausgaben der privaten Pflegepflichtversicherung rückläufig ist.

(ter)

ams-Dokumentation: Auszüge aus dem Koalitionsvertrag

„Sozialer Fortschritt – Durch Zusammenhalt und Solidarität“

12.11.09 (ams). Zehn Seiten des 132-seitigen Koalitionsvertrags von CDU, CSU und FDP befassen sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Pflegeversicherung. Der AOK-Medienservice (ams) dokumentiert die Passagen.

III. Sozialer Fortschritt – Durch Zusammenhalt und Solidarität

9. Gesundheit und Pflege

Wir werden das deutsche Gesundheitswesen innovationsfreundlich, leistungsgerecht und demographiefest gestalten. Wir benötigen eine zukunftsfeste Finanzierung, Planbarkeit und Verlässlichkeit sowie Solidarität und Eigenverantwortung. Wir brauchen eine Kultur des Vertrauens anstelle überzogener bürokratischer Vorschriften.

Gesundheit hat für die Menschen in unserem Land eine hohe Bedeutung. Sie müssen sicher sein können, dass sie im Krankheits- und Pflegefall gut versorgt sind. Die Qualität der Versorgung und ihre flächendeckende Bereitstellung sind uns ein zentrales Anliegen. Eine hochwertige Gesundheitsversorgung muss vom Menschen her gedacht werden. Dafür ist ein Umdenken erforderlich.

Die in den Gesundheits- und Pflegeberufen Tätigen leisten einen wichtigen Beitrag für unser Gemeinwesen. Sie verdienen unseren Respekt und Anerkennung. Die Attraktivität dieser Berufe muss auch im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Familie und Beruf verbessert werden.

Das Gesundheitswesen ist gerade in einer älter werdenden Gesellschaft die Zukunftsbranche mit bereits jetzt über 4 Millionen Beschäftigten. Es ist der Bereich mit der höchsten Innovationsrate und einem geradezu explosionsartig zunehmenden Wissen. Wir wollen den Rahmen so setzen, dass sich der Wettbewerb der Ideen im ständigen Bemühen um eine Verbesserung der Qualität der Versorgung entfalten kann.

9.1. Gesundheit

Prävention zielgerichtet gestalten

Prävention ist ein wichtiger Baustein für ein gesundes Leben und für unsere Gesellschaft. Sie muss zuallererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen.

Prävention kann dabei helfen, künftige Belastungen der Sozialsysteme zu verringern. Zielgruppenspezifische Aufklärung soll dazu beitragen, Eigenverantwortlichkeit und Gesundheitsbewusstsein zu stärken. Unsere Präventionsstrategie wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen. Dazu bedarf es einer klaren Aufgaben- und Finanzverteilung unter Berücksichtigung und Stärkung der vorhandenen Strukturen.

Finanzierung des Krankenversicherungsschutzes

Wir wollen, dass auch in Zukunft alle Menschen in Deutschland unabhängig von Einkommen, Alter, sozialer Herkunft und gesundheitlichem Risiko weiterhin die notwendige medizinische Versorgung qualitativ hochwertig und wohnortnah erhalten und alle am medizinischen Fortschritt teilhaben können.

Aufgrund des medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritts und des demographischen Wandels müssen Struktur, Organisation und Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung angepasst werden. Dabei darf keine Generation über Gebühr belastet werden.

Wettbewerb der Krankenversicherungen wirkt als ordnendes Prinzip mit den Zielen der Vielfalt, der Effizienz und der Qualität der Versorgung.

Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

Der Weg in die Einheitskasse und ein staatlich zentralistisches Gesundheitssystem sind der falsche Weg, um die zukünftigen Herausforderungen bürgernah zu bewältigen.

Die Finanzierbarkeit muss auch mittel- und langfristig gewährleistet sein.

Der Gesundheitsmarkt ist der wichtigste Wachstums- und Beschäftigungssektor in Deutschland.

Beitrag und Leistung müssen in einem adäquaten Verhältnis stehen. Es braucht zudem Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten.

Die Versicherten sollen auf der Basis des bestehenden Leistungskatalogs soweit wie möglich ihren Krankenversicherungsschutz selbst gestalten können.

Wir wollen einen Einstieg in ein gerechteres, transparenteres Finanzierungssystem. Der Morbi-RSA wird auf das notwendige Maß reduziert, vereinfacht sowie unbürokratisch und unanfällig für Manipulationen gestaltet. Die derzeitige Situation ist gekennzeichnet durch ein prognostiziertes Defizit, das sich sowohl aus krisenbedingten Beitragsausfällen als auch gesundheitssystemimmanenten Ausgabensteigerungen (Demografie, Innovationskosten, Fehlwirkungen) zusammensetzt.

Kurzfristige Maßnahmen umfassen 2 Komponenten:

1. Krisenbedingte Einnahmeausfälle dürfen nicht alleine den Versicherten aufgebürdet werden, deshalb werden gesamtstaatliche flankierende Maßnahmen zur Überbrückung der Krise erfolgen.
2. Unnötige Ausgaben sind zu vermeiden.

Langfristig wird das bestehende Ausgleichssystem überführt in eine Ordnung mit mehr Beitragsautonomie, regionalen Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen, die sozial ausgeglichen werden. Weil wir eine weitgehende Entkoppelung der Gesundheitskosten von den Lohnzusatzkosten wollen, bleibt der Arbeitgeberanteil fest. Zu Beginn der Legislaturperiode wird eine Regierungskommission eingesetzt, die die notwendigen Schritte dazu festlegt.

Wettbewerb im Krankenversicherungswesen

Neben der gesetzlichen Krankenversicherung sind für uns die privaten Krankenversicherungen als Voll- und Zusatzversicherung ein konstitutives Element in einem freiheitlichen Gesundheitswesen. Wir werden bei den Wahlтарifen der gesetzlichen Krankenversicherung die Abgrenzung zwischen diesen beiden Versicherungssäulen klarer ausgestalten und die Möglichkeiten ihrer Zusammenarbeit beim Angebot von Wahl- und Zusatzleistungen erweitern. Wir werden die Entwicklung im Basistarif der privaten Krankenversicherung beobachten. Das Verhältnis von reduzierten Beiträgen im Basistarif aufgrund von Hilfebedürftigkeit und dem Abschluss privater Zusatzversicherungen wird überprüft. Ein Wechsel in die private Krankenversicherung wird zukünftig wieder nach einmaligem Überschreiten der Jahresarbeitsentgeltgrenze möglich sein.

Hochwertige und innovative Arzneimittelversorgung für Deutschland

Die flächendeckende und sichere Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln hat für uns hohe Priorität. Die freiberuflichen Apothekerinnen und Apotheker spielen für eine gute Arzneimittelversorgung eine zentrale und wichtige Rolle. Eine Änderung des bestehenden Mehr- und Fremdbesitzverbotes lehnen wir deshalb ab. Wir werden die Auswüchse beim Versandhandel bekämpfen, indem wir die Abgabe von Arzneimitteln in den sogenannten Pick-up-Stellen verbieten.

Die Vielzahl der sich zum Teil widersprechenden Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regeln, werden wir überprüfen. Die Überregulierung wird abgebaut. Der Arzneimittelmarkt wird unter patienten-, mittelstandsfreundlichen und wettbewerblichen Kriterien effizient neu geordnet.

Wir wollen, dass den Patientinnen und Patienten in Deutschland auch künftig innovative Arzneimittel zur Verfügung stehen. Die Chancen innovativer Arz-

neimittel für Patientinnen und Patienten, Wachstum und Beschäftigung wollen wir künftig besser nutzen, ohne dabei die Finanzierung der Krankenversicherung zu gefährden. Vereinbarungen zwischen Krankenversicherung und pharmazeutischen Herstellern können ein Weg sein, um dieses Ziel zu erreichen.

Kosten-Nutzen-Bewertungen müssen praktikabel nach klaren, eindeutigen Kriterien erfolgen. Die Arbeit des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) werden wir auch unter dem Gesichtspunkt stringenter, transparenter Verfahren überprüfen und damit die Akzeptanz von Entscheidungen für Patienten und Patienten, Leistungserbringer und Hersteller verbessern. Dabei werden wir die Betroffenen frühzeitig beteiligen.

Vielfalt und Wettbewerb in der Versorgung

Wettbewerb um Leistungen, Preise und Qualität ermöglicht eine an den Bedürfnissen der Versicherten ausgerichtete Krankenversicherung sowie eine gute medizinische Versorgung. Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugutekommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht.

Wir wollen, dass das allgemeine Wettbewerbsrecht als Ordnungsrahmen grundsätzlich auch im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung Anwendung findet. Insbesondere bei Rabattverträgen, Fusionen von Krankenhäusern und Krankenkassen sehen wir Überprüfungsbedarf. Dazu gehört auch die Überprüfung des Rechtswegs.

Ärztliche Versorgung und freier Arztberuf

Die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit. Die freie Arztwahl durch die Patientinnen und Patienten ist dabei Ausdruck eines freiheitlichen Gesundheitswesens und die Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Ärztin und Arzt und Patientin und Patient. Diese Struktur der ambulanten Versorgung wollen wir aufrechterhalten. Die Besonderheiten einer wohnortnahen Versorgung in ländlichen Bereichen werden dabei Berücksichtigung finden.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sollen nur unter bestimmten Voraussetzungen zugelassen werden. Geschäftsanteile können nur von zugelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenhäusern gehalten werden. Wesentlich ist dabei vor allem, dass die Mehrheit der Geschäftsanteile und Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht und das MVZ von Ärztinnen und Ärzten ver-

antwortlich geführt wird. Für den Bereich unterversorgter Gebiete soll eine Öffnungsklausel für Krankenhäuser vorgesehen werden, wenn keine Interessenten aus dem Bereich der Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen.

Die Ärztinnen und Ärzte brauchen einen gesicherten Rahmen für ihre Arbeit. Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei werden regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Nach kritischer Überprüfung wird die Honorarreform unter dieser Zielsetzung zusammen mit den Beteiligten den erforderlichen Kurskorrekturen unterzogen.

Wir wollen die Transparenz für Ärztinnen und Ärzte sowie Versicherte erhöhen. Deshalb wollen wir die Möglichkeiten der Kostenerstattung ausweiten. Es dürfen dem Versicherten durch die Wahl der Kostenerstattung keine zusätzlichen Kosten entstehen.

Die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Angesichts der vielfältigen Steuerungsinstrumente werden wir überprüfen, ob weiterhin eine Notwendigkeit für Richtgrößen für ärztliche Verordnungen besteht. Wir wollen die Zahlung der Praxisgebühr in ein unbürokratisches Erhebungsverfahren überführen.

Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind.

Flächendeckende und bedarfsgerechte Versorgung

Die Sicherstellung der flächendeckenden und bedarfsgerechten medizinischen Versorgung ist uns ein zentrales gesundheitspolitisches Anliegen, das im Hinblick auf die demographische und gesellschaftliche Entwicklung noch an Bedeutung gewinnt.

Der in manchen Regionen sich abzeichnenden Unterversorgung durch Ärztemangel und zunehmend längeren Wartezeiten muss wirksam begegnet werden. Dazu werden wir die Voraussetzungen schaffen, damit die Gemeinsame Selbstverwaltung die Bedarfsplanung zielgerichtet weiter entwickeln kann.

Um der gemeinsamen Verantwortung für regionale Bedürfnisse und Strukturen besser gerecht zu werden, wollen wir fachliche Einwirkungsmöglichkeiten für die Länder prüfen.

Dem in den nächsten Jahren drohenden Ärztemangel ist durch Abbau von Bürokratie und eine leistungsgerechte Vergütung wirksam auch durch folgende Maßnahmen zu begegnen:

- gezielte Nachwuchsgewinnung und Förderung von Medizinstudierenden und Stärkung der Allgemeinmedizin in der Ausbildung,
- Ausbau der Anreize und Mobilitätshilfen bei der Niederlassung von Ärztinnen und Ärzten in unterversorgten Gebieten und

Thema

- Erweiterung der Delegationsmöglichkeiten ärztlicher und anderer Tätigkeiten zur Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.

Zahnmedizinische Versorgung

Die Maßnahmen im Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung zielen auf eine weitere Verbesserung der Mundgesundheit und die präventionsorientierte Ausrichtung der Versorgung ab. Grundlage hierfür sind freiberufliche Strukturen und die freie Arztwahl der Patientinnen und Patienten.

Auch bei der vertragszahnärztlichen Vergütung hat sich die Ausgabensteuerung über die Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung überholt. Insgesamt müssen neue Regelungen gefunden werden. Regionale Besonderheiten werden berücksichtigt. Die vertragszahnärztliche Vergütung in den neuen Bundesländern wird angepasst.

Um die Wahl der Kostenerstattung für Patientinnen und Patienten zu erleichtern, werden bürokratische Hürden und Hemmnisse abgebaut.

Die Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) wird an den aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst. Dabei sind Kostenentwicklungen zu berücksichtigen. Die Approbationsordnung für Zahnärzte soll novelliert werden.

Krankenhausversorgung

Deutschland braucht leistungsfähige Krankenhäuser für eine hochwertige, innovative, flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung. Dafür wollen wir die Grundlagen sichern und dazu beitragen, dass die Arbeit im Krankenhaus attraktiv bleibt. Dafür bedarf es effizienter Strukturen. Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. Dabei ist es unser Ziel, das bestehende Belegarztsystem beizubehalten und zu stärken. Das Verfahren, das die Zulassung von Krankenhäusern zur ambulanten Versorgung bei hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen regelt, wird kritisch überprüft und gegebenenfalls präzisiert. Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser in den Regionen muss bei verlässlicher Investitionsfinanzierung gewahrt bleiben. Das DRG-System begreifen wir als lernendes System. Es soll in seinen Auswirkungen weiter beobachtet und, wo notwendig, weiterentwickelt werden. Ein Augenmerk gilt dabei auch der Notfallversorgung. Bundeseinheitliche Preise werden abgelehnt.

Menschenwürdige Hospiz- und Palliativversorgung

Die bestehenden Regelungen zur Hospiz- und Palliativversorgung müssen ohne überzogene Anforderungen zügig umgesetzt, gelebt und wo notwendig ver-

bessert werden. Die ehrenamtlich Tätigen, ihre Anerkennung und geeignete Rahmenbedingungen spielen hierbei eine wichtige Rolle.

Patientensouveränität und Patientenrechte

Im Mittelpunkt der medizinischen Versorgung steht das Wohl der Patientinnen und Patienten. Die Versicherten sollen in die Lage versetzt werden, möglichst selbstständig ihre Rechte gegenüber den Krankenkassen und Leistungserbringern wahrzunehmen.

Aus diesem Grund soll eine unabhängige Beratung von Patientinnen und Patienten ausgebaut werden. Die Patientinnen und Patienten sollen bei der Wahrnehmung ihrer Interessen unterstützt werden. Wir wollen mehr Transparenz und Orientierung für Patientinnen und Patienten sowie Versicherte im Gesundheitswesen über Qualität, Leistung und Preis. Die erforderliche Transparenz umfasst auch die Versichertentarife in besonderen Versorgungsformen und -verträgen.

Die Patientenrechte wollen wir in einem eigenen Patientenschutzgesetz bündeln, das wir in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten am Gesundheitswesen erarbeiten werden.

Individuelle Wahl- und Entscheidungsspielräume

Wir wollen die individuellen Wahlmöglichkeiten und Entscheidungsspielräume der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten erweitern. Bei Leistungen des Zahnersatzes, bei Arzneimitteln und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sind die Erfahrungen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkostenregelungen überwiegend positiv. Daher werden wir prüfen, wo darüber hinaus Mehrkostenregelungen sinnvoll und geeignet zum Tragen kommen können, ohne Patientinnen und Patienten vom medizinischen Fortschritt auszuschließen oder sie zu überfordern.

Qualifizierte Rehabilitation

Qualifizierte medizinische Rehabilitation ist eine wichtige Voraussetzung zur Integration von Kranken in Beruf und Gesellschaft und nimmt im Gesundheitswesen einen immer höheren Stellenwert ein.

Prävention, Rehabilitation und Pflege sind besser aufeinander abzustimmen. Prävention hat Vorrang vor Rehabilitation. Dem bisher nicht ausreichend umgesetzten Grundsatz Rehabilitation vor Pflege muss besser Rechnung getragen werden. Abstimmungs- und Schnittstellenprobleme zwischen den Trägern müssen behoben werden.

Thema

Wir wollen die Transparenz und Orientierung über das Leistungsangebot der verschiedenen Träger erhöhen, die Beratung der Versicherten durch die Rehabilitationsträger verbessern und die Wahlmöglichkeiten der Versicherten stärken. Bei Vertragsvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Rehabilitationseinrichtungen sollen Schiedsstellen eingerichtet werden.

Telematikinfrastruktur

Deutschland braucht eine Telematikinfrastruktur, die die technischen Voraussetzungen dafür schafft, dass medizinische Daten im Bedarfsfall sicher und unproblematisch ausgetauscht werden können.

Die Arzt-Patientenbeziehung ist ein besonders sensibles Verhältnis und daher ausdrücklich zu schützen. Datensicherheit und informationelle Selbstbestimmung der Patientinnen und Patienten sowie der Versicherten haben für uns auch bei Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte höchste Priorität. Vor einer weitergehenden Umsetzung werden wir eine Bestandsaufnahme vornehmen, bei der Geschäftsmodell und Organisationsstrukturen der Gematik und ihr Zusammenwirken mit der Selbstverwaltung und dem Bundesministerium für Gesundheit, sowie die bisherigen Erfahrungen in den Testregionen überprüft und bewertet werden. Danach werden wir entscheiden, ob eine Weiterarbeit auf Grundlage der Strukturen möglich und sinnvoll ist.

Organspendebereitschaft

Mit der Bereitschaft zur Organspende zeigen viele Menschen in Deutschland Verantwortung für ihre Mitmenschen – auch über den Tod hinaus. Organspende und Organtransplantation sind Themen, die uns alle angehen. Wir sehen dringenden Handlungsbedarf, die Zahl der freiwillig zur Verfügung gestellten Spenderorgane zu erhöhen. Wir werden eine kritische Bestandsaufnahme der Situation der Transplantationsmedizin in Deutschland seit dem Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes 1997 vornehmen. Wir werden überprüfen, wie die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen im Krankenhaus gestaltet werden können, damit die Organspende und Organtransplantation gestärkt wird. Wir werden mit einer umfassenden Kampagne in der Bevölkerung dafür werben, durch Organspende Leben zu retten.

Verantwortungsbewusste Drogen- und Suchtpolitik

Unsere Drogen- und Suchtpolitik stellt Prävention, Therapie, Hilfe zum Ausstieg und die Bekämpfung der Drogenkriminalität in den Mittelpunkt. Drogenabhängige sind kranke Menschen, die umfassende medizinische Hilfe und Unterstützung brauchen.

Thema

Mit besonderer Besorgnis sehen wir die Zunahme des exzessiven Alkoholkonsums bei einzelnen Kindern und Jugendlichen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen werden wir die bestehenden Präventionsstrategien überprüfen und Programme entwickeln, die auch die Eltern in ihrer Verantwortung mit einbeziehen. In gleicher Weise sind auch die Konzepte und Maßnahmen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung weiterzuentwickeln.

Moderne Selbstverwaltung

Die Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen ist ein tragendes Ordnungsprinzip, das die eigenverantwortliche und partnerschaftliche Gestaltung der Gesundheitsversorgung durch die Leistungserbringer und die Krankenkassen ermöglicht. Dieses Prinzip gilt es zu bewahren und modernen Verhältnissen anzupassen. Legitimation, Akzeptanz und Effektivität sind dabei zentrale Kriterien, die es zu stärken gilt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen künftig mehr Flexibilität bei der Gestaltung der Vergütung erhalten, um dem Versorgungsauftrag vor Ort besser Rechnung tragen zu können. Transparenz und gelebte Demokratie sind eine unerlässliche Voraussetzung für eine funktionierende Körperschaft.

Wir streben in den Verwaltungsräten aller Krankenkassen gemäß der gemeinsamen Finanzierung auch die Vertretung der Arbeitgeberseite an.

Die Aufgaben des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen sollen sich auf die Bereiche konzentrieren, die gemeinsam und einheitlich durchgeführt werden müssen.

Mehr Forschung in der Versorgung

Die Gesundheitsforschung trägt dazu bei, mit Innovationen die Lebensqualität von Menschen aller Lebenslagen zu erhöhen und gleichzeitig die Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems zu sichern. Erkenntnisse über das Versorgungsgeschehen unter Alltagsbedingungen sind dabei besonders wichtig, damit die Qualität und Effizienz der Gesundheitsversorgung bei begrenzten Ressourcen weiter steigt. Daher werden wir die Versorgungsforschung systematisch ausbauen.

9.2 Pflege

Weiterentwicklung der Pflegeversicherung

Jeder Mensch hat das Recht, in Würde gepflegt zu werden. Um dies zu ermöglichen, benötigen die Pflegenden Zeit für die Pflegeleistungen sowie für

persönliche Ansprache und Zuwendung. Pflegende Angehörige und Menschen in Pflegeberufen pflegen täglich mit großem beruflichem und persönlichem Engagement. Wir werden die Rahmenbedingungen für Pflegende und Leistungsanbieter konsequent überprüfen und entbürokratisieren, damit der eigentlichen Pflege am Menschen wieder mehr Zeit eingeräumt wird.

Um den Familien die Chance zu geben, Erwerbstätigkeit und die Unterstützung der pflegebedürftigen Angehörigen besser in Einklang zu bringen, wollen wir mit der Wirtschaft und im öffentlichen Dienst bei Pflege- und Arbeitszeit verbesserte Maßnahmen zur Förderung der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf entwickeln. Wir wollen ein Berufsbild in der Altenpflege attraktiver gestalten. Darüber hinaus wollen wir die Pflegeberufe in der Ausbildung durch ein neues Berufsgesetz grundlegend modernisieren und zusammenführen. Wir werden dafür sorgen, dass ausländische Hilfskräfte ebenso wie pflegende Angehörige oder deutsche Hilfskräfte auch notwendige pflegerische Alltagshilfen erbringen können.

Die Pflege muss sich noch mehr an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientieren. Durch mehr Transparenz bei Leistungsangeboten, deren Preis und Qualität erhalten Pflegebedürftige und ihre Angehörigen die Möglichkeit, Leistungen und Leistungserbringer flexibler auszuwählen. Dabei sollen sie verstärkt zwischen Sachleistungen und Geldleistungen wählen können. Die Förderung des Aufbaus der Pflegestützpunkte läuft aus. Bei der Qualitätsprüfung muss die Ergebnisqualität Vorrang vor der Strukturqualität haben.

Wir wollen eine neue, differenziertere Definition der Pflegebedürftigkeit. Damit schaffen wir mehr Leistungsgerechtigkeit in der Pflegeversicherung. Es liegen bereits gute Ansätze vor, die Pflegebedürftigkeit so neu zu klassifizieren, dass nicht nur körperliche Beeinträchtigungen, sondern auch anderweitiger Betreuungsbedarf (zum Beispiel aufgrund von Demenz) berücksichtigt werden können. Wir werden die Auswirkungen dieser Ansätze auf die Gestaltung der Pflegeversicherung und auch die Zusammenhänge mit anderen Leistungssystemen überprüfen. Spiegelbildlich zu der besseren Abbildung des Leistungsbedarfes müssen Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung stehen, die an den Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sind, wie zum Beispiel Wohngemeinschaften für Demenzkranke. Unser Ziel ist eine ergebnisorientierte und an den Bedürfnissen der Menschen orientierte, selbstbestimmte Pflege.

Die Pflegeversicherung bleibt ein wichtiges Element der sozialen Sicherung. Die Pflegebedürftigen müssen auch künftig angemessene Pflegeleistungen zu einem bezahlbaren Preis erhalten. In der Form der Umlagefinanzierung kann die Pflegeversicherung jedoch ihre Aufgabe, allen Bürgern eine verlässliche Teilabsicherung der Pflegekosten zu garantieren, auf Dauer nicht erfüllen. Daher brauchen wir neben dem bestehenden Umlageverfahren eine Ergänzung durch Kapitaldeckung, die verpflichtend, individualisiert und gene-

Thema

rationengerecht ausgestaltet sein muss. Eine interministerielle Arbeitsgruppe wird dazu zeitnah einen Vorschlag ausarbeiten.

Die Veränderung in der Finanzierung eröffnet Chancen, die Leistungen der Pflegeversicherung langfristig zu dynamisieren und die Pflegebedürftigkeit – auch zugunsten von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, wie zum Beispiel Demenz – neu zu definieren.

Alle Bemühungen um eine finanzielle Absicherung des Pflegerisikos im Rahmen der Pflegeversicherung entbinden den Einzelnen aber nicht davon, seine Eigenverantwortung und Eigeninitiative zur Absicherung des Pflegerisikos und zur Gestaltung der Pflege wahrzunehmen.

Der Koalitionsvertrag zum Download:
www.reform-aktuell.de



ams-Hintergrund: Gesundheitspolitiker in der 17. Legislaturperiode

Die neue Besetzung im Parlament und im Gesundheitsministerium

12.11.09 (ams). Auch in den kommenden vier Jahren wird die Gesundheitspolitik eines der zentralen Politikfelder darstellen, das Regierung und Parlament zu bearbeiten haben. Der AOK-Medienservice (ams) stellt das Personal vor, mit dem sich die Bundestagsfraktionen sowie das Gesundheitsministerium den neuen Herausforderungen stellen werden.

Bundesgesundheitsministerium

Anders als die Vorgängerregierung hat die schwarz-gelbe Koalition die Zuschnitte der Ministerien nicht geändert. So ist das Bundesgesundheitsministerium (BMG) weiterhin für die Kranken- und Pflegeversicherung sowie für die Bereiche Arzneimittelversorgung, Prävention, Biomedizin und Internationale Gesundheitspolitik zuständig. Neuer Bundesgesundheitsminister ist der FDP-Politiker Dr. Philipp Rösler. Der 36-jährige Augenarzt war erst im Februar 2009 Minister für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr in Niedersachsen geworden. Nach Berlin folgt ihm Stefan Kapferer: Schon im niedersächsischen Wirtschaftsministerium war der FDP-Politiker unter Rössler Staatssekretär. Nun tritt Kapferer als Nachfolger von Klaus Theo Schröder den Posten des beamteten Staatssekretärs im BMG an. Zu Parlamentarischen Staatssekretären wurden die bisherigen gesundheitspolitischen Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Annette Widmann-Mauz, sowie der FDP-Bundestagsfraktion, Daniel Bahr, ernannt. Neuer Patientenbeauftragter der Bundesregierung soll der bisherige Unions-Fraktionsvize Wolfgang Zöllner (CSU) werden.

Bundestag

Die inhaltlichen Zuständigkeiten in den Fraktionen und die Besetzungen der Ausschüsse stehen. In der **CDU/CSU** betreut der stellvertretende Vorsitzende Johannes Singhammer (CSU) die Bereiche Gesundheit, Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz. Beim Koalitionspartner **FDP** leitet Fraktionsvize Heinrich Kolb den Arbeitskreis Arbeit, Soziales, Gesundheit und Sport. In der **SPD** hat Fraktionsvize Elke Ferner erneut die Zuständigkeit für Gesundheit und Soziales. Bei **Bündnis 90/Die Grünen** hat Fraktionsvize Fritz Kuhn den Vorsitz des Arbeitskreises Haushalt, Finanzen, Wirtschaft, Gesundheit und Soziales. Die **Linke** hat Fraktionsvize Dr. Martina Bunge die Verantwor-

Thema

tung für den Arbeitskreis Gesundheit, Pflege, Behindertenpolitik übertragen. Der Gesundheitsausschuss des Bundestages hat nun 37 Mitglieder, wie das Parlament am 10. November einstimmig beschlossen hat. Den Vorsitz hat die SPD, die Linke übernimmt die Stellvertretung. Die konstituierenden Sitzungen aller 22 ständigen Ausschüsse ist für die letzte Novemberwoche vorgesehen. Die Mitglieder des Gesundheitsausschusses sind:

CDU/CSU-Fraktion*:

- Rudolf Henke (Nordrhein-Westfalen)
- Michael Hennrich (Baden-Württemberg)
- Dr. Rolf Koschorrek (Schleswig-Holstein)
- Karin Maag (Baden-Württemberg)
- Maria Michalk (Sachsen)
- Dietrich Monstadt (Mecklenburg-Vorpommern)
- Lothar Riebsamen (Baden-Württemberg)
- Erwin Josef Rüddel (Rheinland-Pfalz)
- Jens Spahn (Nordrhein-Westfalen)
- Stefanie Vogelsang (Berlin)
- Willi Zylajew (Nordrhein-Westfalen)

* Die CSU-Landesgruppe benennt ihre Mitglieder noch.

FDP-Fraktion:

- Jens Ackermann (Sachsen-Anhalt)
- Christine Aschenberg-Dugnus (Schleswig-Holstein)
- Ulrike Flach (Nordrhein-Westfalen)
- Heinz Lanfermann (Brandenburg)
- Lars Lindemann (Berlin)
- Dr. Erwin Lotter (Bayern)

SPD-Fraktion:

- Bärbel Bas (Nordrhein-Westfalen)
- Dr. Edgar Franke (Hessen)
- Peter Friedrich (Baden-Württemberg)
- Dr. Karl Lauterbach (Nordrhein-Westfalen)
- Steffen Claudio Lemme (Thüringen)

Thema

- Hilde Mattheis (Baden-Württemberg)
- Mechthild Rawert (Berlin)
- Dr. Carola Reimann (Niedersachsen)
- Dr. Marlies Volkmer (Sachsen)

Die Linke:

- Dr. Martina Bunge (Mecklenburg-Vorpommern)
- Kathrin Senger-Schäfer (Rheinland-Pfalz)
- Kathrin Vogler (Nordrhein-Westfalen)
- Harald Weinberg (Bayern)

Bündnis 90/Die Grünen:

- Birgitt Bender (Baden-Württemberg)
- Maria Klein-Schmeinck (Nordrhein-Westfalen)
- Elisabeth Scharfenberg (Bayern)
- Dr. Harald Terpe (Mecklenburg-Vorpommern)

Weitere Infos:
www.reform-aktuell.de



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

Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

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: