

Sozialbericht 2009 vorgestellt

Das Bundeskabinett hat Mitte Juli 2009 den vom Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (BMAS) vorgelegten „Sozialbericht 2009“ beschlossen. Mit dem Sozialbericht dokumentiert die Bundesregierung Umfang und Bedeutung der sozialstaatlichen Leistungen und die in diesem Kontext ergriffenen Reformen in der jeweiligen Legislaturperiode. Er besteht aus zwei Teilen: Teil A enthält einen umfassenden Überblick über Maßnahmen und Vorhaben der Gesellschafts- und Sozialpolitik. Teil B widmet sich dem Sozialbudget, mit dem in regelmäßigen Abständen über Umfang, Struktur und Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der einzelnen Zweige der sozialen Sicherung, in der Deutschland informiert wird.

Die Zahlen des Sozialberichts verdeutlichen, dass die schwere Finanz- und Wirtschaftskrise die Sozialausgaben erheblich in die Höhe treibt. Dabei ist das Ende dieser Entwicklung nach Einschätzung des Sozialberichts noch nicht erreicht. Der Bericht geht davon aus, dass die Sozialleistungsquote, dies ist der Anteil der Sozialausgaben am Bruttoinlandsprodukt, von 29 Prozent im Jahr 2008 auf 31,9 Prozent im kommenden Jahr ansteigen wird. Die Sozialleistungsquote würde damit den bisherigen Höchstwert von 32,3 Prozent im Jahr 2003 fast erreichen. Im vergangenen Jahr betragen die Sozialausgaben 721 Mrd. Euro; in diesem Jahr rechnet die Bundesregierung mit einem Anstieg auf 754 Mrd. Euro. Den stärksten Ausgabenanstieg wird dabei die Arbeitslosenversicherung haben, die im Vergleich zum Vorjahr einen Ausgabenzuwachs von über 42 Prozent erreichen wird; der Anteil der Arbeitslosenversicherung am Bruttoinlandsprodukt steigt von 1,2 Prozent auf 1,7 Prozent. Nach Einschätzung des für den Sozialbericht zuständigen Bundesarbeits- und Sozialminister Olaf Scholz wird die Entwicklung weniger negativ verlaufen, als dies im Sozialbericht prognostiziert wird.

Arbeitgeberpräsident Dieter Hundt erklärte mit Blick auf die Ergebnisse des Sozialberichts, dass die Reformen der vergangenen Jahre nur zu einem Umbau und nicht zu einem Abbau der sozialen Sicherung geführt habe. Im internationalen Vergleich belege Deutschland beim Sozialleistungsniweau weiter einen Spitzenplatz. Für den Deutschen Gewerkschaftsbund (DGB) zeigt der Sozialbericht, dass die Belastungen einseitig auf die Arbeitnehmer verlagert worden seien. Der DGB forderte, dass besonders die Bezieher von sehr hohen Einkommen und Arbeitgeber einen größeren Beitrag zur sozialen Sicherung leisten müssten. Um die soziale Sicherung als tragenden Grundpfeiler der Gesellschaft zu stabilisieren, müssten die solidarischen Finanzierungsgrundlagen gestärkt werden, so der DGB.

Mehr Infos:
www.bmas.de

20 Jahre Arzneimittel-Festbeträge

Eines der erfolgreichsten und wichtigsten Kostendämpfungsinstrumente der Gesundheitspolitik – die Arzneimittel-Festbeträge – ist 20 Jahre alt geworden. Mit diesem am 19. Juni 2009 im Rahmen der Gesundheitsstruktur-Reform (GRG) vom damaligen Sozial- und Arbeitsminister Norbert Blüm in das Sozialgesetzbuch V eingeführte Instrument haben die gesetzlichen Krankenkassen Einsparungen in Milliardenhöhe erzielt. Seit der Einführung von Festbeträgen ist die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) um Ausgaben von 36,4 Mrd. Euro entlastet worden. Dies hat wesentlich dazu beigetragen, dass die Arzneimittelpreise in Deutschland überwiegend stabil geblieben sind. Alleine für das laufende Jahr rechnet der GKV-Spitzenverband (GKV-SV) mit Entlastungen der Kassen von 4,3 Mrd. Euro.

Ein Festbetrag ist der Geldbetrag, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten eines Arzneimittels erstatten. Übersteigt der Preis eines Medikamentes den vom GKV-SV festgelegten Festbetrag, so muss der Patient die Differenz zwischen dem Festbetrag und dem

Abgabepreis selber bezahlen. Da Patienten Medikamente, die teurer als der Festbetrag sind, i.d.R. erheblich weniger nachfragen, entwickelten Festbeträge eine deutlich preisstabilisierende Wirkung auf den Arzneimittelmarkt. Festbeträge decken nach Angaben des GKV-SV 73 Prozent der Verordnungen und 42 Prozent des Umsatzes des Arzneimittelmarktes der GKV ab.

Festbeträge werden in einem zweistufigen Verfahren festgelegt. Zunächst wird vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) nach den Vorgaben des § 35 b SGB V bestimmt, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge gebildet werden können. Die Auswahl der Wirkstoffe und die Gruppenbildung werden durch ein Anhörungsverfahren von Arzneimittelexperten begleitet. Der erstattungsfähige Höchstbetrag wird nach einem erneuten Anhörungsverfahren durch den Vorstand des GKV-SV festgelegt. Mindestens einmal jährlich werden die Festbeträge mit den aktuellen Marktpreisen verglichen und bei Bedarf modifiziert.

Die Festbetragsregelungen waren seit ihrer Einführung immer wieder Gegenstand rechtlicher Auseinandersetzungen. Durch Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes (2002) und des Europäischen Gerichtshofes (2004) wurde das Festbetragsinstrument gestärkt. Eine Gesetzesänderung von 2006 ermöglicht es, dass Patienten bei besonders günstigen Festbetragsregelungen von der Zuzahlung befreit werden können. Davon konnten Millionen von Versicherten profitieren und Zuzahlungen von fast 600 Mio. Euro einsparen.

Mehr Infos:
www.gkv-spitzenverband.de
www.dimdi.de

Robert Koch-Institut soll Public Health Institut werden

Das Robert Koch-Institut (RKI) soll mit dem Projekt „RKI 2010“ schrittweise zu einem Bundesinstitut für die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health) ausgebaut werden. Dies gab

BMG-Staatssekretär Dr. Klaus Theo Schröder Ende Mai in Berlin bekannt. Dafür soll das RKI bis 2011 personell erheblich ausgebaut werden. Die Bundesregierung sieht vor dem Hintergrund veränderter Gesundheitsrisiken, wie z. B. die Zunahmen von Demenzerkrankungen, Depressionen und Krebs, Antibiotikaresistenzen sowie neuartige, durch Klimawandel und Globalisierung entstandene Erreger, die Notwendigkeit für neue Konzepte der Gesundheitsvorsorge.

Das Robert Koch-Institut ist die zentrale Einrichtung der Bundesregierung auf dem Gebiet der Biomedizin. Kernaufgaben sind die Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten, und die Analyse der Gesundheitssituation in Deutschland. Im Hinblick auf das Erkennen gesundheitlicher Gefährdungen und Risiken nimmt das Robert Koch-Institut eine zentrale „Antennenfunktion“ im Sinne eines Frühwarnsystems wahr. Grundlage der Arbeit des Instituts ist die Forschung. Sie ist vorrangig maßnahmenorientiert, etwa die Weiterentwicklung der Diagnose von Krankheitserregern.

Zur Bewältigung der neuen Aufgaben des RKI hatte der Deutsche Bundestag im Bundeshaushalt 2008 insgesamt 49 neue Stellen 2009 gab es 45 neue Stellen und bis 2011 sollen noch weitere 53 Stellen folgen.

Als Teil des Projektes „RKI 2010“ hat das RKI eine Reihe von Forschungsthemen auf den Gebieten Infektionsforschung und Gesundheitsberichterstattung ausgeschrieben, die Mittel für die externe Vergabe kommen vom Bundesministerium für Gesundheit. Die externen Projekte sollen ausgewählte Schwerpunkte der RKI-Arbeiten ergänzen und vertiefen, um den hohen Stand des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung weiter zu verbessern. Die Ausschreibung richtet sich an Hochschulen, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen sowie Unternehmen mit Forschungs- und Entwicklungskapazitäten in Deutschland. Die Förderschwerpunkte betreffen Themen, die im Rahmen des RKI-Ausbaus begonnen oder verstärkt werden. Es werden Vorha-

ben gefördert, die das RKI kurzfristig nicht selbst umsetzen kann oder die zu Forschungsrichtungen gehören, die am Institut nicht untersucht werden können. Die Anträge müssen bis 15.09.2009 eingegangen sein, vergleichbare Ausschreibungen sind auch für die kommenden Jahre vorgesehen.

Mehr Infos:
www.bmg.bund.de
www.rki.de

Neues Sondergutachten des Sachverständigenrats Gesundheit

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G) hat Ende Juni 2009 sein Gutachten 2009 „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ vorgestellt. Ausgangspunkt für dieses Sondergutachten war ein Auftrag vom Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, sich mit der Thematik „Generations-spezifische Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ auseinander zu setzen.

Im Zentrum dieses Sondergutachtens stehen die bestehenden Koordinierungsdefizite der Gesundheitsversorgung sowie die speziellen Versorgungsanforderungen von älteren und alten Menschen. Der SVR-G sieht neben der Akutversorgung die wichtigste Aufgabe der Zukunft in einer „adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung“. Dafür müssten die bestehenden Leitlinien an die Multimorbidität der Patienten angepasst werden.

Die Sachverständigen sehen durch die demografische Entwicklung besondere Herausforderungen in der flächendeckenden Sicherstellung einer hochwertigen Versorgung in ländlichen Räumen. Der SGR-G schlägt dafür in seinem Gutachten ein „Zukunftskonzept“ vor, das in „einer koordinierten, generationenspezifischen und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen

differenzierten Gesundheitsversorgung besteht“.

Mit diesem über neunhundert Seiten umfassenden Sondergutachten hat der Sachverständigenrat Gesundheit einen nicht hoch genug einzuschätzenden Beitrag für eine bessere generationenspezifische Gesundheitsversorgung geleistet. Dabei ist die Perspektive nicht verengt auf die speziellen Versorgungsanforderungen von älteren und alten Menschen, sondern sie bezieht Kinder und Jugendliche mit ein. Denn die demografischen Herausforderungen für die Gesundheitsversorgung verstärken oder vermindern sich bereits im Kindes- und Jugendalter, weil in dieser Phase „zentrale Weichen für die weitere Entwicklung der physischen und psychischen Gesundheit gestellt“ werden, wie der SVR-G sehr zu recht feststellt. Die Sachverständigen bleiben aber nicht nur bei empirischen und theoretischen Analysen, sondern stellen eine Fülle internationale Konzepte und Beispiele vor, die wichtige Umsetzungshinweise für Deutschland geben.

Mehr Infos:
www.svr-gesundheit.de

Priorisierung im Gesundheitswesen

Die Allianz hat im Juni 2009 die Ergebnisse einer von ihr in Auftrag gegeben Umfrage zur „Priorisierung im Gesundheitswesen“ vorgestellt. Nach Einschätzung der Allianz zeigen die Ergebnisse der (nach eigenen Angaben) repräsentativen Studie, „dass die Deutschen bereit sind, offen über Priorisierung zu sprechen“.

Abgeleitet wird diese Einschätzung insbesondere davon, dass fast 60 Prozent der Befragten es als besser bewerten, wenn „ein Gremium transparent objektiv Kriterien festlegt, welche Behandlungen notwendig sind und durchgeführt werden und welche nicht“. Nur etwas mehr als ein Viertel der Befragten betrachtet es als besser, „Wie bisher, dass ggf. eine Behandlung nicht durchgeführt wird, der Patient dies nicht erfährt“. Dass mit dieser Fragestellung zwei sehr unter-

schiedliche und kaum zu vergleichende Sachverhalte gegenüber gestellt werden, wird nicht problematisiert. So wird nicht erwähnt, dass es mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein Gremium gibt, das die GKV-Leistungen festlegt. Auch wird der empirisch nicht belegte Eindruck erweckt, dass es „Normalität“ („wie bisher“) ist, dass Patienten Behandlungen vorenthalten und sie darüber nicht informiert werden. So erstaunt es nicht, dass nur 25,4 Prozent die in dieser Frage unterstellte Situation als die bessere Alternative betrachten.

Erstaunlich auch das Ergebnis und die Interpretation der Frage, ob die Befragten schon einmal das Gefühl hatten, keine ausreichende medizinische Versorgung bzw. Behandlung bekommen zu haben. Immerhin 20,8 Prozent der privat Versicherten bejahten dies (GKV=32,3 Prozent). Da die PKV-Leistung vertraglich vereinbart werden, kann es eine Verweigerung von Leistungen eigentlich nicht geben. Dass es dennoch bei PKV-Versicherten das Gefühl gibt, Leistungen nicht erhalten zu haben, zeigt dies Subjektivität solcher Einschätzungen.

Wie wenig aussagekräftig die Ergebnisse der Allianz-Studie sind, zeigt sich ebenfalls bei der Frage, auf welche vier Leistungen die Befragten „auf keinen Fall“ verzichten können. Krankenhausbehandlung nimmt hier klar den ersten Platz ein; an zweiter Stelle liegt bereits „Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlung“. Eine Leistung, die mit hoher Wahrscheinlichkeit bei einer konkreten Priorisierung keine Chance auf vorde-re Plätze hätte. Erfreulich für die GKV immerhin, dass die GKV von 50,9 Prozent der gesetzlich Versicherten mit sehr gut und gut beurteilt worden ist. Nur geringfügig besser (54,5 Prozent) wird PKV von den befragten Privatversicherten beurteilt.

Mehr Infos:
www.allianzdeutschland.de/presse/news/

Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat im Mai 2009 im Rahmen der „Gesundheitsberichterstattung des Bundes“ Heft 45, *Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens*, herausgegeben. Die in diesem Themenheft enthaltenen Daten und Analysen bauen auf Daten des Statistischen Bundesamtes für die Jahre 1995 bis 2006 auf.

Aus den Statistiken geht hervor, dass sich die Gesundheitsausgaben von 1995 bis 2006 um 58,5 Mrd. Euro auf 245 Mrd. Euro erhöht haben. Im Vergleich zum Bruttoinlandsprodukt ist dies kein überproportionaler Anstieg. Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt lag in den letzten Jahren zwischen 10,1 Prozent und 10,8 Prozent. Im internationalen Vergleich liegt Deutschland damit im oberen Drittel. Bei den Ausgaben je Einwohner im Mittelfeld der OECD-Staaten.

Die gesetzliche Krankenversicherung trägt ca. 57% der Gesundheitsausgaben und ist damit mit Abstand der wichtigste Ausgabenträger. Die kostenintensivsten Einrichtungen sind Krankenhäuser. Der Anteil der stationären Leistungen an den Gesamtausgaben betrug 2006 26 Prozent, der Anteil der Leistungen von niedergelassenen Ärzten und von Apotheken an den Gesamtausgaben betrug 29 Prozent.

Die privaten Haushalte gaben im Jahre 2006 5,3 Mrd. Euro für Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung aus. Dabei musste am meisten für Arzneimittel und für ärztliche Behandlung zugezahlt werden.

Mehr Infos:
www.rki.de

Behandlungsfehler-Statistik der Bundesärztekammer

Die Bundesärztekammer (BKÄ) hat im Juni 2009 die Ergebnisse der

statistischen Erhebungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei den Ärztekammern für das Jahr 2008 vorgelegt.

Insgesamt 10.967 Begutachtungsanträge gingen 2008 bei den Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen ein – dies waren 535 mehr als im Jahr 2007. Zu 7.133 Anträgen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern wurden Sachentscheidungen getroffen. In 29% der Fälle lag ein Behandlungsfehler oder Risikoaufklärungsmangel vor. Davon konnte bei 1.695 dieser Fälle ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt werden, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die beiden häufigsten Diagnosen, die zur Antragsstellung führten, waren Hüft- und Kniegelenkarthrose (234 bzw. 230).

Die seit 1975 bei den Ärztekammern eingerichteten Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für Arzthaftungsstreitigkeiten bieten eine Begutachtung durch unabhängige Experten und außergerichtliche Streitschlichtung bei Behandlungsfehlervorwürfen an. Der Patient kann gebührenfrei überprüfen lassen, ob sein Behandlungsfehlervorwurf gerechtfertigt ist. In ca. 90 Prozent der Fälle werden die Entscheidungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen von beiden Parteien akzeptiert. Seit 2006 werden die Daten mit Hilfe des Medical Error Reporting Systems (MERS) EDV-gestützt einheitlich erfasst und in einer Bundesstatistik zusammengeführt. Die Statistik gibt u.a. Aufschluss darüber, bei welchen Diagnosen und Therapiemaßnahmen Behandlungsfehler vermutet wurden und welche Fachgebiete betroffen waren. Ziel der Statistik ist es, Fehlerhäufigkeiten zu erkennen und Fehlerursachen auszuwerten, um sie für die Fortbildung und Qualitätssicherung zu nutzen.

Auch große Krankenkassen, wie AOK und BARMER, bieten ihren Versicherten kostenlose Beratung und Unterstützung bei Verdacht auf einen Behandlungsfehler an. Versicherte können dort bei einem begründeten Verdacht ihre Behandlungsunterlagen durch den Medizinischen Dienst

der Krankenkassen (MDK) prüfen lassen.

Mehr Infos:

www.bundesaerztekammer.de

Neue Versorgungsformen für Demenzkranke

Der Verein „Aktion psychisch Kranke“ (APK) hat Mitte Mai 2009 dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Projektbericht „Handlungsempfehlungen zur Organisation und Finanzierung von personenzentrierten Hilfen für psychisch kranke alte Menschen (PAD)“ übergeben.

Mit dem vom BMG geförderten Thesenpapier soll eine gesellschaftliche Debatte angestoßen werden. Es enthält neben Praxisbeispielen Kernforderungen und Handlungsempfehlungen. Kernforderungen sind beispielsweise die Errichtung von wohnortnahen Dienstleistungszentren für alte Menschen, die Qualifizierung und Finanzierung von bezahlten Alltagshelfern sowie die Gewährleistung von Versorgungssicherheit für alte Menschen in eigener Häuslichkeit.

Die Autoren des Berichts empfehlen die Entwicklung von intelligenten und nachhaltigen Lösungen, die Teil eines gesellschaftlichen Prozesses sein müssen. Grundlegend sei dabei, dass Hilfen für die in eigener Wohnung lebenden Personen sowohl hinsichtlich der personenbezogenen Gesamtverantwortung als auch in finanzieller Hinsicht einer Betreuung in Institutionen gleich gestellt sein müsse. Dazu müssen die finanziellen Anreize für den Aufbau von komplexen ambulanten und offenen Hilfen verbessert und die Steuerung des Hilfeangebots bedarfsorientiert von Kommunen und Leistungsträger geleistet werden. Wesentlich sei auch eine Steuerung der Wirtschaftlichkeit und Ergebnisqualität der Hilfen auf verschiedenen Ebenen.

Mehr Infos:

www.apk-ev.de

Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung

Das Göttinger Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA) hat im Auftrag des AOK-Bundesverbandes für niedergelassene Ärzte das „Qualitätsindikatoren-System für die Ambulante Versorgung“ (QISA) zur Bemessung der Behandlungsqualität in Arztpraxen entwickelt. Es beschreibt und begründet nicht nur eine Vielzahl von Messgrößen, sondern ermöglicht auch das systematische Erfassen der Qualität in der Breite der ambulanten Versorgung.

QISA ist das bundesweit erste Indikatoren-System für den ambulanten Bereich mit über 100 systematisch ausgewählten und begründeten Qualitätsindikatoren. In insgesamt 15 Bänden werden Ärzte diese Indikatoren zur Beurteilung der Versorgungsqualität nutzen können. Mitte Mai 2009 sind die ersten fünf Bände im Rahmen einer Fachtagung in Berlin vorgestellt worden. Sie beleuchten wichtige Versorgungsbereiche wie Prävention, Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Asthma oder Rückenschmerz. Die anderen Bände werden nach und nach im Rahmen einer Reihe veröffentlicht. Damit soll QISA den breiten Einsatz von Qualitätsindikatoren in der Praxis, insbesondere in neuen Versorgungsformen, unterstützen.

Mehr Infos:

www.QISA.de

Gesundheitsreport 2009 der Techniker Krankenkasse

Der Schwerpunkt des diesjährigen Gesundheitsreports der Techniker Krankenkasse (TK) befasst sich mit der Gesundheit von Zeitarbeitern. Beschäftigte in Zeitarbeit sind mit durchschnittlich 14,7 Fehltagen im Jahr 2008 vier Tage länger krankgeschrieben als Beschäftigte in anderen Branchen vor allem wegen Muskel-,

Skelett-, und Atemwegserkrankungen und psychischer Beschwerden. Der Krankenstand in der Zeitarbeitsbranche ist mit 4 Prozent höher als im Bundesdurchschnitt. Eine Befragung der TK unter Zeitarbeitern zu ihrer Gesundheit zeigt, dass diese vor allem eine hohe Arbeitsplatzunsicherheit, ihre Einkommenssituation, die Diskrepanz zwischen ihrer Qualifikation und der ausgeübten Tätigkeit sowie die fehlenden Entwicklungsmöglichkeiten als Belastung empfinden. Andere Arbeitsbereiche bewerten Zeitarbeiter dagegen positiver als andere Beschäftigte. Dazu gehören die Themen Arbeitsdruck, Wertschätzung durch den Vorgesetzten sowie Informationsfluss.

Die krankheitsbedingten Fehlzeiten sind im Vergleich zum Vorjahr erneut gestiegen. 2008 lag der Krankenstand unter den 2,8 Millionen bei der TK versicherten Beschäftigten bei 3,08 Prozent. Die Beschäftigten waren im vergangenen Jahr durchschnittlich elf Tage krankgeschrieben. Dies bedeutet einen Anstieg der Fehlzeiten von 2,5 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Ein merklicher Anstieg des Verordnungsvolumens ist bei Arzneimitteln zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu beobachten, die vorrangig Medikamente mit blutdrucksenkender Wirkung umfassen. Im Vergleich zum Jahr 2004 hat das Verordnungsvolumen dieser Arzneimittelgruppe bis 2008 um 35 Prozent zugenommen.

Im Gesundheitsreport der TK werden jährlich die Krankenstandsdaten sowie Arzneimittelverordnungen der 2,7 Millionen von bei der TK versicherten Erwerbspersonen analysiert.

Mehr Infos:

www.tk-online.de

Erste Nationale Krebskonferenz in Berlin

Am 23. Juni 2009 fand in Berlin der erste Nationale Krebskonferenz statt. Im Beisein von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt diskutierten Experten über die Handlungsfelder des Nationalen Krebsplans. Dabei

standen die Krebs-Früherkennung, die Onkologischen Versorgungsstrukturen sowie die Patientenorientierung im Vordergrund. Ziel des Kongresses war es, Defizite zu benennen, notwendige Maßnahmen zu ergreifen und die Aktivitäten auf dem Gebiet der Krebsmedizin zu bündeln und zu verstetigen.

Der Nationale Krebsplan wurde Mitte 2008 von der Bundesregierung gemeinsam mit der Deutschen Krebshilfe, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Arbeitsgemeinschaft Tumorzentren im Kampf gegen den Krebs initiiert. Er setzt das frühere „Gesamtprogramm zur Krebsbekämpfung“ fort und ist langfristig angelegt. In der ersten Phase 2009/2010 soll die Früherkennung weiterentwickelt, die onkologische Versorgung verbessert und die Patientenorientierung gestärkt werden.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt sprach sich angesichts der 430.000 neuen Krebsfälle pro Jahr dafür aus, die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen weiter auszubauen. Schmidt sieht vor allem die Krankenkassen in der Pflicht, ihre Versicherten gezielt auf diese Angebote hinzuweisen. Sie forderte, dass die Früherkennungsprogramme für Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs nach dem Vorbild der Brustkrebsvorsorge weiterentwickelt werden sollten. Außerdem müsse das Thema Früherkennung eine stärkere Rolle in der ärztlichen Fortbildung spielen.

Die Notwendigkeit flächendeckender Krebsregister wurde ebenfalls herausgestellt. Die anwesenden Experten verwiesen darauf, dass in Deutschland nach wie vor keine überregionale Krebsregistrierung existiert. Zur Stärkung der Patientenrechte haben die beteiligten Partner das Netzwerk Krebsinformation gegründet. Es wird mit finanzieller Unterstützung vom Bundesgesundheitsministerium aufgebaut und soll später frei von Pharma- und Lobbyinteressen über die Internetadresse www.netzwerk-krebsinformation.de erreichbar sein.

Mehr Infos:
www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2008/06/2008-06-16-nationaler-krebsplan.html

Deutsche fühlen sich im Krankheitsfall gut versorgt

Mehr als drei Viertel der deutschen Bevölkerung fühlt sich im Krankheitsfall gut abgesichert. Insgesamt 77 Prozent aller Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren sprechen von einer guten (64%) oder sehr guten (13%) Absicherung im Krankheitsfall, 22 Prozent empfinden diese als weniger gut. Diese und weitere Ergebnisse hat die Versichertenbefragung 2009 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ergeben, die von der KBV Mitte Juni 2009 in Berlin vorgestellt worden sind.

Die Versichertenbefragung zeigt darüber hinaus, dass bevorzugte Informationsquelle, um sich über Veränderungen im Gesundheitswesen zu informieren, für 63 Prozent aller Befragten die Krankenkasse ist. 44 Prozent informieren sich beim Arzt des Vertrauens und 21 Prozent gaben das Gesundheitsministerium als Informationsquelle an. Mit deutlichem Abstand folgen Apotheken (5%) und Selbsthilfe- und Patientenverbände (3%).

Die KBV war bei ihrer Befragung insbesondere an der Entwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung interessiert. Demnach kennen mittlerweile 71 Prozent der Befragten diese Angebote. 2008 waren es nur 62 Prozent. Dies schlägt sich auch in den Teilnehmerzahlen der Hausarztverträge nieder: Seit 2008 stieg die Zahl von 19 auf 31 Prozent. Verbesserungen in der Versorgung werden aber weitestgehend nicht wahrgenommen: 69 Prozent der Befragten fühlen sich genauso versorgt wie vorher. Nur 13 Prozent sprechen von einer Besserung und gar 14 Prozent meinen, dass sie durch die Teilnahme schlechter versorgt werden.

Mit der Versichertenbefragung war die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen von der KBV beauftragt worden. Mitte März 2009 wurden dafür insgesamt 2.032 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger telefonisch befragt. Die Ergebnisse der Untersuchung sind repräsentativ für die

deutsche Wohnbevölkerung in Ost und West im Alter zwischen 18 und 79 Jahren

Mehr Infos:
www.kbv.de

Friedrich-Ebert-Stiftung zur „Zukunft des Gesundheitssystems“

Der Gesprächskreis Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung (fes) hat im Juni 2009 ein Diskussionspapier zur „Zukunft Gesundheitssystems – Solidarisch finanzierte Versorgungssysteme für eine alternde Gesellschaft“ veröffentlicht. Zu den Autoren des Gesprächskreises zählen Wissenschaftler und Praktiker aus dem Gesundheitswesen.

Das Diskussionspapier soll Perspektiven für eine Gesundheitspolitik für die Zeit von 2010 bis 2020 aufzuzeigen und zu begründen. Die Notwendigkeit dafür ergibt sich insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels der Bevölkerung und den damit zusammenhängenden strukturellen Herausforderungen, die eine alternde Gesellschaft für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung der Bevölkerung mit sich bringt.

Auf die Herausforderungen des demographischen Wandels versuchen die Autoren in zweifacher Hinsicht Antworten zu geben. Im ersten Teil wird stärker auf die ordnungspolitische Ebene abgehoben. Plädiert wird u.a. für die Neuordnung der Finanzierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung im Rahmen eines einheitlichen Versicherungssystems. Dies soll zu mehr Gerechtigkeit, zur Stärkung der Finanzierungsbasis und zu einem Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit führen. Angedacht ist eine Pflicht der Bürger zur Versicherung, die sowohl bei gesetzlichen Krankenkassen als auch bei privaten Versicherungen erfolgen kann. In diesem gemeinsamen Versicherungsmarkt herrscht Kontrahierungszwang und ein Verbot von Risikozuschlägen. Alle beteiligten

Versicherer erhalten Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds über den Morbi-RSA. Darüber hinaus sprechen sich die Experten für die Weiterentwicklung der Vertragsbeziehungen zu den Leistungserbringern und für eine sach- und bedarfsgerechte Weiterentwicklung des Leistungskatalogs der Gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Teil zwei fokussiert auf demographiesensible Gestaltungserfordernisse in den einzelnen Systemen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Plädiert wird insbesondere für deren bedarfsgerechte Anpassung an die Erfordernisse, Bedürfnisse und Erwartungen zunehmend älter werdender Leistungsempfänger sowie für einen Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention als ganz zentrale Stellgrößen, auch um den steigenden alterstypischen Gesundheitskosten wirkungsvoll zu begegnen

Mehr Infos:
www.fes.de

Gutachten zur Gesundheitsreform

Die Ergebnisse des vom Bundesministerium der Finanzen (BMF) in Auftrag gegebenen Forschungsvorhabens zur Gesundheitspolitik der Bundesregierung sind Mitte Juli 2009 veröffentlicht worden. Das BMF hatte in Abstimmung mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) die Wissenschaftler Bert Rürup und Eberhard Wille sowie die Berliner Forschungseinrichtungen Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) und das IGES Institut damit beauftragt, den Fragen nachzugehen, ob durch die Stärkung wettbewerblicher Organisationselemente in der GKV (Selektivverträge und Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts) Effizienzsteigerungen erreicht werden können und welchen Beitrag wettbewerbsinduzierte Effizienzsteigerungen zu einer tragfähigen Finanzierung leisten können. Darüber hinaus sollten die Forscher Empfehlungen für weitere Reformen unterbreiten.

In dem sehr umfangreichen Gutachten unter dem Titel „Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung als Beitrag für eine tragfähigere Finanzpolitik in Deutschland“ wird der von der Bundesregierung in der Gesundheitspolitik eingeschlagene Weg bestätigt. Die Stärkung der wettbewerblichen Elemente führt dazu, die Patientenversorgung zu verbessern und erhöht mittelfristig die Effizienz des Gesundheitssystems.

Die Gutachter geben in ihrem Bericht zur Erschließung vorhandener Effizienzpotenziale eine Reihe von Empfehlungen. So empfehlen sie u.a. mehr Preiswettbewerb im Krankenhaus und eine leistungsorientierte Investitionsfinanzierung der Krankenhäuser. Dabei sollten die Kliniken zukünftig sowohl ihre Betriebsausgaben als auch ihre Investitionsaufwendungen aus der Vergütung finanzieren (Monistik). Durch eine Stärkung des Vertragswettbewerbs (insbesondere in der ambulanten Versorgung) zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen – bei Beibehaltung der Sicherstellung als staatliche Aufgabe – kann nach Einschätzung der Wissenschaftler ebenfalls die Effizienz gesteigert werden. Erreicht werden kann dies gleichfalls durch einen erweiterten Vertragswettbewerb in der Arzneimittelversorgung und der Schaffung sektorenübergreifender Versorgungsstrukturen.

Darüber hinaus sollte das Wettbewerbsrecht sowohl auf der Seite der Krankenkassen als auch bei den Leistungsanbietern konsequent angewendet werden. Perspektivisch zu hinterfragen ist dagegen die Anwendung des durch die EU vorgegebenen Vergaberechts. Um die zukünftigen Risiken für die öffentlichen Haushalte durch die steigenden Steuerfinanzierung der GKV zu begrenzen, sollten, so die Gutachter, die Steuerzuschüsse mit klar definierten Zweckbindungen versehen werden. Ausgabensteigerungen im Gesundheitssystem sind für die Gutachter dann sinnvoll, wenn sie mit Qualitätsverbesserungen einhergehen oder einem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen

Rechnung tragen. Die Gutachter kommen zu dem Schluss, dass die einseitig lohnbasierte Finanzierung der GKV eine Tendenz zur strukturellen Unterfinanzierung berge, mit entsprechenden Risiken für den Bundeshaushalt. Die Gutachter bewerten eine Finanzierung versicherungsfremder Leistungen durch Bundeszuschüsse dagegen als ordnungspolitisch grundsätzlich richtig.

Mehr Infos:
www.bmf.bund.de

Steuerliche Anrechnung von Kranken- und Pflegeversicherungsbeiträge

Bundestag und Bundesrat haben im Juni bzw. Juli 2009 das Bürgerentlastungsgesetz Krankenversicherung beschlossen. Die gesetzliche Regelung zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen war notwendig geworden, weil das Bundesverfassungsgericht Anfang 2008 den Gesetzgeber dazu verpflichtet hatte, bis zum 1. Januar 2010 Regelungen zu schaffen, mit denen die Vorsorgeaufwendungen steuerlich besser als bisher berücksichtigt werden können.

Mit der neuen gesetzlichen Regelung können ab 2010 die Vorsorgeaufwendungen steuerlich berücksichtigt werden, „mit denen ein Leistungsniveau abgesichert wird, das im Wesentlichen der gesetzlichen Kranken- und der sozialen Pflegeversicherung entspricht“. Zukünftig werden nach dem Willen des Gesetzgebers private Kranken- und Pflegeversicherte sowie deren Ehepartner und Kinder „weitgehend steuerlich gleichbehandelt werden“.

Das Gesetz führt zu erheblichen Steuermindereinnahmen von jährlich ca. 10 Mrd. Euro.

Mehr Infos:
www.bundestag.de