

Editorial: Sowohl als auch



München – Dem deutschen Gesundheitswesen steht eine umfangreiche Reform ins Haus. Damit Sie den Durchblick behalten, haben wir für Sie in dieser Ausgabe eine detaillierte Übersicht zusammengestellt. Eine gute Nachricht für Patienten lautet: Der Leistungskatalog bleibt unangetastet. Die schlechte ist, dass Versicherte künftig höhere Krankenversicherungsbeiträge zahlen müssen. Die weitere Bewertung der Reform von Gesundheitsminister Philipp Rösler möchten wir Ihnen überlassen.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihre Bettina Brennecke, Leiterin Government & Business Relations

Schwerpunkt: Gesundheitsreform

▪ Willkommen auf der Dauerbaustelle!

Berlin – Im deutschen Gesundheitswesen stehen die Zeichen – wieder einmal – auf Reform. Worum geht es diesmal genau? Eine Einordnung. » [Seite 2](#)

▪ Arzneimittel im Fokus

Berlin – Künftig sollen Krankenkassen weniger für Medikamente ausgeben. Das ist ein erklärtes Ziel der Gesundheitsreform. Lesen Sie mehr über die Pläne des Gesundheitsministers. » [Seite 2](#)

▪ Wohin geht die Reise?

Berlin – Als „zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ bezeichnet Philipp Rösler seine aktuelle Reform. Die wichtigsten Elemente im Überblick.
» [Seite 4](#)

▪ Mammographie-Screening auf hohem Niveau

Berlin – Das Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs garantiert Frauen eine Behandlung auf hohem Niveau. Der Qualitätsbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zeigt aber auch, dass das Programm nicht perfekt ist. » [Seite 7](#)

▪ Bessere Chancen auf Schwerbehindertenausweis

Berlin – Der Bundesrat hat die Voraussetzungen geändert, unter denen Diabetiker in Zukunft einen Schwerbehindertenausweis beantragen können. » [Seite 8](#)

▪ VZBV setzt sich für Patientenquittung ein

Berlin – Seine Forderung nach einer Patientenquittung hat der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) konkretisiert. Diese soll im Rahmen des geltenden Sachleistungsprinzips realisiert werden.
» [Seite 10](#)

Gesundheitswesen

Willkommen auf der Dauerbaustelle!

Berlin – Im deutschen Gesundheitswesen stehen die Zeichen – wieder einmal – auf Reform. Worum geht es diesmal genau? Eine Einordnung.

Das deutsche Gesundheitswesen wird häufig mit einer Dauerbaustelle verglichen, immer wieder muss an verschiedenen Stellen gewerkelt werden. Langfristige Baumaßnahmen, rasche Reparaturaktionen, An- aber auch Rückbauten, das alles prägt den Alltag. Die Bauleitung, so könnte man es vereinfacht ausdrücken, liegt beim Bundesgesundheitsminister. Je nach politischer Überzeugung setzt dieser beim Bau andere Akzente. Und doch ist das Ziel immer das gleiche: Die Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und eine gute Versorgung, die niemandem medizinisch notwendige Leistungen vorenthält.

Wie will Rösler das Schuldenloch der GKV stopfen?

Auch Philipp Rösler, der aktuelle Bundesgesundheitsminister aus dem politischen Lager der FDP betont, dass es ihm mit seinen Reformen darum geht, die gesetzliche Krankenversicherung zukunftsfest zu machen. Er sagt, dass die zunehmende Alterung der Bevölkerung und der schnelle medizinisch-technische Fortschritt das hiesige Gesundheitswesen auf eine harte Probe stellen. Unmittelbarer und drängender Anlass für die „Renovierung“ des Systems ist zudem das stattliche Defizit von elf Milliarden Euro, das der GKV im kommenden Jahr droht, wenn nicht gehandelt wird. Um dieses Schuldenloch zu stopfen, setzt Rösler auf zweierlei: Zum einen auf rasche Kosteneinsparungen besonders im Arzneimittelbereich und zum anderen langfristig auf eine neue GKV-Finanzierungsgrundlage. Letztere ist mit einem Sozialausgleich verbunden. Die konkreten Maßnahmen sind in drei verschiedenen Gesetzen festgeschrieben, dem GKV-Änderungsgesetz (GKV-ÄndG), dem Gesetz zur Neuordnung des GKV-Arzneimittelmarktes (AMNOG) und dem GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG). Mit den folgenden Artikeln möchten wir Ihnen einen Überblick des derzeitigen Standes der Gesetzesentwürfe verschaffen.

Sparkurs

Arzneimittel im Fokus

Berlin – Künftig sollen Krankenkassen weniger für Medikamente ausgeben. Das ist ein erklärtes Ziel der Gesundheitsreform. Lesen Sie mehr über die Pläne des Gesundheitsministers.

Prinzipiell ist bei den Reformen des Arzneimittelsektors zwischen langfristigen strukturellen Veränderungen und kurzfristigen Sparmaßnahmen zu unterscheiden. Die Regelungen des GKV-Änderungsgesetzes, das am 1. August in Kraft getreten ist, zielen auf schnelle Einsparungen. So wurde der Rabatt, den pharmazeutische Unternehmen für Arzneimittel ohne Festbetrag den Krankenkassen einräumen müssen, von 6 auf 16 Prozent des Abgabepreises erhöht. Außerdem ist im Gesetz ein Preisstopp für zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgegebene Arzneimittel festgelegt. Die Regelungen gelten für den Zeitraum vom 1. August dieses Jahres bis Ende 2013. Nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) wird die GKV damit um rund 1,15 Mrd. Euro pro Jahr entlastet. „Diese bereits in diesem Jahr wirkenden Sparmaßnahmen sind ein erster wichtiger Schritt auf dem Weg zu strukturellen Änderungen im Arzneimittelbereich“, betont Gesundheitsminister Philipp Rösler.

AMNOG: Innovative Medikamente im Fokus

Wesentlich komplizierter wird es beim Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), dessen Entwurf das Bundeskabinett im Sommer beschlossen hat. Im Fokus stehen insbesondere neue Medikamente, denn das BMG sieht sowohl bei der Preisbildung für innovative Arzneien als auch bei deren Nutzenbewertung einen grundlegenden Korrekturbedarf. Auf seiner Website verweist das Ministerium darauf, dass die wachsenden Ausgaben für Arzneimittel vor allem auf hohe und stark steigende Preise bei der Markteinführung zurückgehen. Die Ausgaben für Arzneimittel ohne Festbetrag stiegen laut BMG in 2009 um 8,9 Prozent.

Hersteller muss Zusatznutzen neuer Therapien beweisen

Konkret sieht das Gesetz eine neue Form der Preisregulierung für patentgeschützte Arzneimittel vor. Das funktioniert wie folgt: Für alle neuen Arzneimittel muss der Hersteller künftig Nachweise für einen Zusatznutzen vorlegen. Die Industrie wird verpflichtet, bereits zur Markteinführung bzw. zur Zulassung neuer Anwendungsgebiete ein Dossier vorzulegen, in dem sie vor allem den zusätzlichen Nutzen des Präparates nachweist: Lässt sich eine Krankheit im Vergleich zu aktuell eingesetzten Arzneimitteln besser behandeln? Ist ein schnellerer Heilungsverlauf zu erwarten? Können unerwünschte Nebenwirkungen vermieden werden? Kann das neue Medikament die Lebensqualität der Patienten deutlich verbessern? Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) muss auf Grundlage dieses Dokuments darüber entscheiden, ob der vom Hersteller angegebene Zusatznutzen anerkannt wird. Für seine Entscheidung erstellt der G-BA innerhalb von drei Monaten nach der Marktzulassung des neuen Arzneimittels zunächst eine Nutzenbewertung. Damit kann er das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) beauftragen.

Preisverhandlungen zwischen Kassen und Industrie

Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird die Erstattungshöhe auf den Preis vergleichbarer Medikamente begrenzt. Für Arzneimittel mit Zusatznutzen vereinbart der Hersteller mit dem GKV-Spitzenverband innerhalb eines Jahres nach Marktzulassung einen zusätzlichen Rabatt. Können die Verhandlungspartner in dieser Zeit keine Einigung erzielen, setzt eine zentrale Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten einen Rabatt fest, der rückwirkend ab dem 13. Monat nach Markteinführung gilt. Als Entscheidungsbasis sollen europäische Vergleichspreise dienen. Beide Seiten können gegen diesen Schiedsspruch Einspruch erheben und eine weiter gehende Kosten-Nutzen-Bewertung verlangen. Die neue Regelung kann auch für patentgeschützte Arzneimittel angewendet werden, die bereits im Markt sind und nicht dem Festbetragssystem unterliegen. Rösler kommentiert die neue Regelung wie folgt: „Mit dem Gesetzentwurf haben wir grundlegende strukturelle Änderungen im Arzneimittelmarkt auf den Weg gebracht und gleichzeitig die schwierige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit geschafft.“

... was noch im AMNOG steht

Die neue Preisregulierung ist zweifelsohne die wichtigste Neuerung des AMNOG. Darüber hinaus enthält das Gesetz jedoch eine Reihe weiterer Reformen. Eine Auswahl:

- Für Patienten besonders wichtig: Die Unabhängige Patientenberatung Deutschland wird nach der Modellphase nun eine Regelleistung der gesetzlichen Kassen.
- Stichwort Generika-Rabattverträge: Patienten erhalten wieder mehr Wahlfreiheit im Rahmen des Aut-idem-Austausches und dürfen ihr gewohntes Arzneimittel behalten, wenn sie dafür zunächst in Vorleistung treten. Sie können so auch nicht rabattierte Arzneimittel auswählen.
- Hersteller, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, müssen innerhalb von sechs Monaten nach Zulassung alle Berichte und Ergebnisse der klinischen Prüfungen veröffentlichen, z. B. im Internet.
- Das AMNOG sieht eine neue Vergütungsstruktur für den Großhandel vor, und zwar auf Basis eines preisunabhängigen Fixzuschlags und eines prozentualen Zuschlags.

Mögliche Auswirkungen des AMNOGS

Die geplante Gesundheitsreform wirft viele Fragen bezüglich der zukünftigen Versorgungssituation der Bevölkerung in Deutschland auf. Die Politik fordert mit dem AMNOG die besten und wirksamsten Medikamente für die Bevölkerung und dies zu wirtschaftlichen Preisen. Des Weiteren sollen verlässliche Rahmenbedingungen für Innovationen geschaffen werden. Doch gerade dieser Aspekt könnte sich in naher Zukunft immer schwerer realisieren lassen, wenn Arzneimittelhersteller nur noch im ersten Jahr ihren selber festgelegten Betrag von den Krankenkassen erstattet bekommen. Die Investitionen in die Forschung müssen finanziell abgedeckt werden, und dies ist nach einem Jahr nicht gegeben. Die klinische Forschung ist ein langfristiger Prozess, der stabile politische Rahmenbedingungen über einen längeren Zeitraum benötigt. Wenn ein Hersteller eine Studie startet, muss er sich darauf verlassen können, dass die Kriterien für die eingeforderten Daten der Studie auch am Ende noch relevant sind und zwar auch für den Erstattungsprozess. Ein klarer Zusatznutzen lässt sich bei häufigen Erkrankungen nur noch selten erreichen, und daher könnte das Forschungsinteresse auf diesem Gebiet massiv abnehmen. In der Zukunft könnte sich dies auf die medikamentöse Versorgung der betroffenen Patienten auswirken.

Bezüglich der geplanten Kosten-Nutzen-Bewertung besteht bisher keine klare Definition des Nutzen-Begriffs und auch das Bewertungsverfahren und die Preisverhandlungen, die auf einen erwiesenen Zusatznutzen folgen, sind an keiner Stelle eindeutig beschrieben. Von vielen Seiten wird eine vermehrte Transparenz und eine bessere Legitimation des G-BA gefordert, wenn ihm solch wichtige Entscheidungen wie die Preisgestaltung von Medikamenten übertragen werden. Denn die aktuelle Reform hat für die Selbstverwaltung des Gesundheitssystems einen nicht unbeträchtlichen Machtzuwachs zur Folge. Neben dem G-BA erhält auch der GKV-Spitzenverband eine neue Aufgabe. In Zukunft wird er die Preisverhandlungen über innovative Arzneimittel mit den Herstellern übernehmen. Auch die Schiedsstelle, die ins Spiel kommt, wenn sich GKV und Industrie nicht auf einen Rabatt einigen können, hat eine wichtige Funktion. Dass die Selbstverwaltung die neuen Herausforderungen nicht ohne einen Ressourcenaufbau wird meistern können, liegt auf der Hand.

Auch die zukünftige Rolle der Patientenvertreter muss genau überprüft werden. Es sollten gleiche Voraussetzungen für alle im G-BA Beteiligten geschaffen werden, um eine Schiefelage der unterschiedlichen Interessen zu vermeiden. Neben Krankenkassenvertretern und der Ärzteschaft müssen auch Patientenvertreter mit ausreichend Ressourcen ausgestattet werden, um sich aktiv in die Entscheidungsprozesse einbringen zu können. In den Vordergrund rückt hier das schon oft diskutierte Stimmrecht für Patientenvertreter. Für die allgemeine Akzeptanz der Entscheidungen des G-BA ist die Einbeziehung der Betroffenen von großer Wichtigkeit.

GKV-Finanzierung

Wohin geht die Reise?

Berlin – Als „zukunftsorientierte Weiterentwicklung der Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ bezeichnet Philipp Rösler seine aktuelle Reform. Die wichtigsten Elemente im Überblick.

Im Prinzip setzt der Gesundheitsminister auf zweierlei, um die GKV-Finzen – und speziell das drohende Defizit von elf Milliarden Euro im kommenden Jahr – in den Griff zu bekommen. „Die Ausgaben werden begrenzt, die Einnahmen stabilisiert“, so beschreibt Rösler sein Reformkonzept.

Wo soll gespart werden?

Stichwort Ausgabenbegrenzung: Im GKV-Finanzierungsgesetz sind eine Reihe von Sparvorschriften enthalten. So dürfen beispielsweise die Verwaltungskosten der Krankenkassen in den nächsten beiden Jahren im Vergleich zum Jahr 2010 nicht ansteigen. Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum jeweiligen Vorjahr zusätzlich vereinbaren (Mehrleistungen), wird ein Abschlag festgelegt, dessen

Höhe im Jahr 2011 bei 30 Prozent liegt und der ab 2012 vertraglich zu vereinbaren ist. Der Ausgabenzuwachs bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung in den Jahren 2011 und 2012 wird durch verschiedene Maßnahmen insgesamt begrenzt. Gleiches gilt für die hausarztzentrierte sowie die zahnärztliche Versorgung. Eine weitere Maßnahme: Begrenzung des Anstiegs der akutstationären Preise und der Krankenhausbudgets von psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen auf die Hälfte der „Grundlohnrate“, also der Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen.

Stabilisierung der Einnahmen

Die Reform der Einnahmenseite soll die GKV dauerhaft über das kommende Jahr hinaus stabilisieren. Im Folgenden finden Sie dazu Antworten auf die wichtigsten Fragen.

Was ändert sich am Beitragssatz der Krankenkassen?

Der allgemeine Beitragssatz steigt zum 1. Januar 2011 von 14,9 auf 15,5 Prozent. Der Sonderbeitrag der Versicherten ohne Arbeitgeber-/Rentenversicherungsbeteiligung bleibt unverändert bei 0,9 Prozent. Vorgesehen ist, dass Arbeitnehmer 8,2 Prozent und Arbeitgeber 7,3 Prozent zahlen. Damit verfügt der Gesundheitsfonds dauerhaft über Zusatzeinnahmen von jährlich rund sechs Milliarden Euro. Eine weitere Neuerung ist, dass der Arbeitgeberanteil festgeschrieben wird. Für die Versicherten bedeutet das: Künftige Ausgabensteigerungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung müssen sie allein stemmen – in Form der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge.

Was ist neu beim Zusatzbeitrag?

Der Zusatzbeitrag an sich ist nicht neu, sondern wurde bereits von Ulla Schmidt eingeführt. Der derzeitigen Regelung zufolge können die Kassen von ihren Versicherten maximal einen Betrag fordern, der ein Prozent ihres Einkommens ausmacht, wenn sie mit den Mitteln aus dem Gesundheitsfonds ihren Haushalt nicht decken können. Bisher durfte der Zusatzbeitrag entweder als fester Euro-Betrag oder als prozentualer Betrag erhoben werden. Das Konzept von FDP und Union sieht jetzt einen Zusatzbeitrag vor, der nicht mehr gedeckelt ist: Die Kassen können jede beliebige Höhe verlangen, zwingend vorgegeben ist künftig der feste Euro-Betrag. Diese „Weiterentwicklung des Zusatzbeitrages“ hat nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) den Nebeneffekt, dass die Kassen „wieder mehr Finanzautonomie“ erhielten. Der einkommensunabhängige Zusatzbeitrag „wirkt als transparentes Preissignal“. Er verleihe den Krankenkassen Spielräume, „um gute Verträge zu gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können“.

Wie hoch werden die Zusatzbeiträge ausfallen?

Das BMG rechnet damit, dass die Kassen im kommenden Jahr nur sehr moderate Zusatzbeiträge erheben werden. Das Szenario für die nahe Zukunft: Das BMG geht für 2012 von einem GKV-Defizit in Höhe von vier bis fünf Milliarden aus, der durchschnittliche Zusatzbeitrag werde bei rund acht Euro liegen, 2013 wird seine Höhe bei einem Kassendefizit von rund acht Milliarden auf etwa zwölf Euro prognostiziert. Für Versicherte, die den Beitrag nicht zahlen, soll es einen Säumniszuschlag geben – diesen einzutreiben liegt in der Verantwortung der Kassen und nicht der Arbeitgeber, wie es ursprünglich vorgesehen war.

Gibt es beim Zusatzbeitrag einen Sozialausgleich?

Ja. Das Ministerium betont, dass dieser „unbürokratisch und sozial gerecht“ funktionieren werde, während die SPD ihn – gestützt auf ein juristisches Gutachten – als verfassungswidrig kritisiert. Das Prozedere: Im Herbst jeden Jahres legt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den durchschnittlichen Zusatzbeitrag zur Finanzierung der ansteigenden Versorgungskosten fest. Übersteigt dieser zwei Prozent des Einkommens, hat der Versicherte Anspruch auf einen aus Steuermitteln finanzierten Sozialausgleich. Wichtig: Bezugsgröße für den Ausgleich ist der durchschnittliche Zusatzbeitrag des BMG und nicht der tatsächlich von der Kasse des Versicherten erhobene. Liegt der kassenindividuelle Zusatzbeitrag über dem festgelegten durchschnittlichen Zusatzbeitrag, steigt die Belastung des Versicherten und

er muss mehr als zwei Prozent seines Einkommens bezahlen. Dieser Mechanismus soll den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen fördern. Das BMG kalkuliert derzeit einen Sozialausgleich in Höhe von etwa einer knappen Milliarde Euro, finanziert werden soll er zunächst aus Mitteln der Liquiditätsreserve, danach aus zusätzlichen Bundesmitteln. Für die Abwicklung sind die Arbeitgeber und die Träger der Rentenversicherung verantwortlich.

Stellungnahmen aus der Selbsthilfe

Die organisierte Selbsthilfe in Deutschland hat bereits Stellung zu den geplanten Umstrukturierungen des Gesundheitswesens genommen. Sehr nachdrücklich verkündet die Deutsche Rheuma-Liga ihre Meinung zu den Plänen der Regierung. In einem offenen Brief an Philipp Rösler werden die Befürchtungen bezüglich Qualität, Versorgung und Finanzierung mitgeteilt. Die Fragen lauten, wie chronisch erkrankte Menschen die ansteigenden Kosten in Zukunft tragen sollen und in wieweit der geplante Sozialausgleich gerecht umgesetzt werden kann. Es wird darauf hingewiesen, dass besonders chronisch Erkrankte durch ihre Einschränkungen häufig zu den Geringverdienern in Deutschland gehören und die Kluft zwischen arm und reich wird bemängelt. Gefordert werden Solidarität und Patientenrechte, sowie gute Versorgungsstrukturen und qualifizierte Behandlungen. Aber auch konkrete Verbesserungsvorschläge werden von der Rheuma-Liga unterbreitet. Neben einem Ausbau des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs soll eine verstärkte Forschung speziell im Bereich der seltenen rheumatischen Erkrankungen helfen die aktuelle Situation zu verbessern. Ebenfalls zu Wort melden sich der deutsche Psoriasis-Bund und der Paritätische Wohlfahrtsverband und verkünden ihre Befürchtungen eines Endes der Solidarität und einer besonders hohen Belastung von chronisch erkrankten Menschen. Auch der stellvertretende Vorsitzende der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen e.V. (ACHSE) und gleichzeitig Geschäftsführer Mukoviszidose e.V. Dr. Andreas L.G. Reimann bezieht Stellung zu den geplanten Reformen und begrüßt die grundlegende Herangehensweise der Bundesregierung. Der zu erbringende Zusatznutzen sei auch im Sinne der Patientinnen und Patienten, denn diese erhoffen sich schließlich Verbesserungen in den Bereichen Morbidität, Mortalität und Lebensqualität. Trotzdem sieht auch Reimann noch Verbesserungspotential des bisherigen Gesetzesentwurfs speziell im Sinne der Betroffenen mit seltenen Erkrankungen. Arzneimittel zur Behandlung seltener Erkrankungen seien durch die European Medicines Agency (EMA) bereits automatisch auf einen Zusatznutzen untersucht und sollten daher nicht in die deutsche Nutzenbewertung eingeschlossen werden. Hier sei eine Bürokratievermeidung von Nöten. Zusätzlich sollte eine Regelung zur Verordnung von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation, der sogenannte „off-label-use“, Eingang in den Gesetzesentwurf finden.

Qualitätsbericht

Mammographie-Screening auf hohem Niveau

Berlin – Das Mammographie-Screening zur Früherkennung von Brustkrebs garantiert Frauen eine Behandlung auf hohem Niveau. Der Qualitätsbericht der Kooperationsgemeinschaft Mammographie zeigt aber auch, dass das Programm nicht perfekt ist.

In dem Bericht sind zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung im Mammographie-Screening-Programm aus den ersten drei Jahren von 2005 bis 2007 ausgewertet. Wesentliche Parameter zur Beurteilung der Programmqualität werden danach erfüllt. So ist zum Beispiel die Rate an Bildwiederholungen aufgrund von Mängeln an der Bildqualität mit 0,75 Prozent weit unter dem geforderten Grenzwert von bis zu drei Prozent und selbst unter dem empfohlenen Wert von bis einem Prozent. Auch der Anteil von Teilnehmerinnen, die nach einer Mammographie zu einer weiteren Untersuchung eingeladen werden, liegt mit 5,3 Prozent im Rahmen des empfohlenen Referenzbereichs von bis zu sieben Prozent.

Bock: Frauen vertrauen dem Programm

„Die Zahlen zeigen, dass sich die Bilddiagnostik und die Befundung der Mammographie-Aufnahmen im Screening-Programm auf einem absolut hohen Niveau bewegen. Denn bei einer möglichst geringen Belastung der Frauen durch ergänzende Untersuchungen wird entsprechend der vorgegebenen Referenzwerte bei 7 bis 8 von 1.000 untersuchten Frauen ein Tumor in der Brust entdeckt“, erläutert Dr. Karin Bock, Leiterin des Referenzzentrums Mammographie Südwest.

Dass die Frauen dem Programm vertrauten, zeige sich auch an der hohen Teilnehmerate bei der Abklärung. Rund 95 Prozent der Frauen, die nach einer Mammographie zu einer weiteren Untersuchung eingeladen würden, entschieden sich, der Einladung in die Screening-Einheit zu folgen. Bei jeder fünften wieder einbestellten Frau finde sich nach den vorliegenden Ergebnissen ein Tumor, sagte Bock, bei den anderen vier Frauen bestätige sich der Verdacht nicht.

Bessere Information über Vor- und Nachteile

Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), spricht von einer „echten Erfolgsgeschichte“ des Mammographie-Screenings und hält für besonders bedeutungsvoll, „dass teilnahmeberechtigte Frauen sich auf der Basis von unabhängigen und verlässlichen Informationen für oder eben auch gegen die Teilnahme am Screening-Programm entscheiden.“ Dass die Diskussion um Sinn und Unsinn des Screenings öffentlich etwas differenzierter geführt wird, zeigt auch die Überarbeitung eines Merkblattes der Kooperationsgemeinschaft und des Gemeinsamen Bundesausschusses. Dabei werden als Nachteile genannt:

- wenn ein auffälliger Befund, der sich später als unbegründet herausstellt, beunruhigt, insbesondere wenn Gewebe entnommen wird, das sich nachträglich als gutartig herausstellt,
- wenn ein Tumor gefunden und behandelt wird, der niemals Probleme bereitet hätte,
- wenn ein bösartiger Tumor gefunden und behandelt wird, der nicht mehr heilbar ist und sich dadurch die Leidenszeit, aber nicht die Lebenszeit verlängert.

Qualitative Unterschiede zwischen den Zentren

Deutlich wird bei der Vorstellung des Qualitätsberichts auch, dass es Unterschiede zwischen den Screening-Einheiten gibt, vergleicht man die Wiedereinbestellungsraten, die Abklärungsraten, die Anteile der Frauen mit Indikation zur Biopsie und die Brustkrebsentdeckungsraten. Bock betont, die Unterschiede seien erklärbar. So trete Brustkrebs beispielsweise nicht in allen Regionen Deutschlands gleichmäßig auf. Dr. Wolfgang Aubke, Beiratsvorsitzender der Kooperationsgemeinschaft, spricht gleichwohl von qualitativen Unterschieden zwischen den Zentren. Diese würden analysiert und offen diskutiert. Insgesamt gebe es im deutschen Gesundheitswesen „keinen Bereich mit einem vergleichbaren Standard, wie das Mammographie-Screening-Programm.“

Kleine Tumore werden häufiger aufgespürt

Das legt auch der im vergangenen Jahr vorgestellte Ergebnisbericht der Kooperationsgemeinschaft nahe, der sich ebenfalls auf die Jahre 2005 bis 2007 bezieht. Dieser hatte gezeigt, dass im Screening wesentlich häufiger kleine Tumoren aufgespürt werden. Der Anteil der invasiven Karzinome von einer maximalen Größe bis 1 cm liegt im Screening bei gut 30 Prozent. Vor Einführung des Mammographie-Screenings waren es nur rund 14 Prozent. Bei mehr als zwei Drittel aller im Programm entdeckten invasiven Karzinome waren die Lymphknoten noch nicht befallen. Vor dem Screening lag der Wert mit 49 Prozent deutlich darunter.

Noch keine hohe Akzeptanz

Und doch gibt es bei dem von Köhler als Erfolgsgeschichte bezeichneten Programm einen Schönheitsfehler. „Die Teilnahmerate ist mit etwas über 50 Prozent noch nicht wirklich befriedigend“, konstatiert der KBV-Chef. Rund zehn Millionen Frauen in Deutschland haben Anspruch auf das von den Krankenkassen bezahlte Mammographie-Screening. Dafür vermuten die Experten verschiedene Ursachen: Manche Frauen gingen regelmäßig zur Vorsorge, würden die Einladung zum Screening aber nicht beachten. Andere würden ausschließlich der vielleicht negativen Meinung des „Gynäkologen des Vertrauens“ zum Screening folgen.

Erfolg bleibt schwer messbar

Im Jahr 2005 gehen die ersten Screening-Einheiten an den Start, seit Bundestag und Bundesrat drei Jahre zuvor beschlossen hatten, ein Mammographie-Screening-Programm einzuführen. 2009 nimmt die letzte der 94 Screening-Einheiten ihren Betrieb auf – damit ist das Programm flächendeckend aufgebaut. Ob der gesamte Aufwand berechtigt ist, lässt sich nach nur fünf Jahren Laufzeit schlichtweg noch nicht beantworten, stellt Aubke klar. Er meint aber: „Die ursprüngliche Annahme, dass sich die Mortalität um 35 Prozent senken lässt, halte ich für etwas zu hoch angesetzt.“ Auch in Zukunft werde sich nur schwer messen lassen, ob die Röntgenvorsorge den Tod abwenden könne. Aubke: „Denn es sterben auch deshalb weniger Patientinnen, weil die Therapien besser werden.“ Er sieht den Nutzen vielmehr darin, dass Chemotherapien aufgrund der früheren Diagnose überflüssig werden und die Brust bei einer Operation erhalten werden kann. „Dies ist sehr wichtig für die Lebensqualität der Frauen“, betont Aubke. Noch sind diese Vorteile aber nicht wissenschaftlich belegt.

Pro Jahr erkranken in Deutschland bundesweit rund 57.000 Frauen an Brustkrebs, mehr als 17.000 sterben daran.

Diabetes-Patienten

Bessere Chancen auf Schwerbehindertenausweis

Berlin – Der Bundesrat hat die Voraussetzungen geändert, unter denen Diabetiker in Zukunft einen Schwerbehindertenausweis beantragen können.

Nach der Neuregelung ist nun der Behandlungsaufwand für die Bewilligung ausschlaggebend und nicht wie bisher das Behandlungsergebnis. „Für Diabetiker, die sich Insulin spritzen oder eine Insulinpumpe tragen, kann die neue Regelung eine große Verbesserung bringen“, begrüßt Dr. Jürgen Hoß vom Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) die Bundesratsentscheidung.

Wann gelten Diabetiker als schwerbehindert?

Ab sofort gelten Diabetiker als schwerbehindert, wenn sie täglich mindestens vier Insulininjektionen benötigen, deren jeweilige Dosis sie abhängig von Blutzucker, Ernährung und Bewegung selbst anpassen. Zudem müssen die Patienten durch „erhebliche Einschnitte“ gravierend in ihrer Lebensführung beeinträchtigt sein. Genauer definiert sind diese „erheblichen Einschnitte“ in der neuen Verordnung nicht, was sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich bringen kann. Der BdSN geht jedoch davon aus, dass diese offene Formulierung in der Praxis eher zum Vorteil der Diabetiker ausgelegt wird. Insgesamt bewerten die Diabetologen die Neuregelung als vorteilhaft für Diabetes-Patienten. „Bisher mussten Diabetiker schwere Unterzuckerungen nachweisen, um als Schwerbehinderte anerkannt zu werden. Nun lassen sich aufgrund des Schwerbehindertenausweises keine Rückschlüsse mehr auf die Stoffwechseleinstellung ziehen“, erklärt Hoß. Insbesondere für Arbeitnehmer sei dies eine Verbesserung, da schwerbehinderte Diabetiker bislang oft für bestimmte Berufe als ungeeignet galten, da Arbeitgeber von häufigen Unterzuckerungen ausgingen.

Versorgungsamt holt Befunde von behandelnden Ärzten ein

Dank der Neuregelung haben vor allem Menschen mit Diabetes Typ 1, speziell Kinder und Jugendliche, gute Chancen auf einen Schwerbehindertenausweis. Ein solcher Ausweis bringt in Deutschland sowohl berufliche als auch finanzielle Vorteile mit sich. So haben Schwerbehinderte als Ausgleich ihrer zahlreichen Benachteiligungen im Alltag einen Anspruch auf Zusatzurlaub und steuerliche Vergünstigungen. Eine Steuerersparnis bei der Einkommenssteuer erhalten auch die Eltern diabeteskranker Kinder und Jugendlicher mit Schwerbehindertensstatus. Der Ausweis kann beim Versorgungsamt beantragt werden. Dieses holt Befunde von den behandelnden Ärzten ein. Die Überprüfung erfolgt durch einen Vertragsarzt des Versorgungsamtes, der den Grad der Behinderung festlegt. Für einen Schwerbehindertenausweis muss ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 50 vorliegen.

Patient kann Widerspruch einlegen

„Da nun der Therapieaufwand und nicht mehr die Stoffwechseleinstellung im Vordergrund steht, sollten alle Antragsteller eine ausführliche Dokumentation ihrer Blutzuckermessungen und Insulinanpassungen zusammen mit dem Antrag einreichen“, empfiehlt der Facharzt. Sollten die Versorgungsämter der neuen Regelung nicht folgen, sollte der Patient Widerspruch einlegen. Darüber hinaus hält Hoß auch für Diabetiker einen Rat bereit, bei denen lediglich ein GdB zwischen 30 und 50 festgestellt wurde: „Diese Patienten sollten unbedingt einen Gleichstellungsantrag bei der Agentur für Arbeit stellen. Eine solche ‚Gleichstellung‘ bedeutet vor allem für den Arbeitsplatz erhebliche Vorteile wie einen erweiterten Kündigungsschutz.“

Die Position der Deutschen Diabetes-Gesellschaft

Die Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG) begrüßt an den neuen Einstufungskriterien zum Grad der Behinderung, dass Diabetikern nun nicht mehr so häufig der Verlust des Führerscheins oder eine Arbeitsunfähigkeit droht. Die Experten erhoffen sich von der Neuregelung außerdem mehr Rechtssicherheit und Transparenz. „Wir sind froh, dass die neue Regelung die Beeinträchtigungen im Alltag in den Mittelpunkt stellt. Dies hat auch das Bundessozialgericht 2008 gefordert“, betont Prof. Stephan Martin, Leiter der Arbeitsgruppe Diabetes im Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Als Mitglied im Ärztlichen Sachverständigenbeirat des BMAS hat er die Neuregelung miterarbeitet. „Die geänderten Anforderungen sind transparent und schaffen für Menschen mit Diabetes Rechtssicherheit“, bekräftigt auch DDG-Mitglied Dr. Kurt Rinnert. Wichtig sei, dass der Schwerbehindertenausweis nun keinen Rückschluss mehr auf die Qualität der Stoffwechseleinstellung zulasse. „Damit sind frühere Fallen wie etwa der Führerscheinverlust ausgeräumt“, so Rinnert, der ebenfalls an der Änderung der Rechtsverordnung mitgewirkt hat.

Behandlungskosten

VZBV setzt sich für Patientenquittung ein

Berlin – Seine Forderung nach einer Patientenquittung hat der Verbraucherzentrale Bundesverband (vzbv) konkretisiert. Diese soll im Rahmen des geltenden Sachleistungsprinzips realisiert werden.

„Die Patientenquittung würde Ärzten und Patienten zeigen, was eine Behandlung gekostet hat“, sagt Vorstand Gerd Billen. Das derzeitige System erlaube es nicht, die realen Kosten für eine Behandlung zeitnah zu ermitteln.

Der vzbv fordert vom Bundesgesundheitsministerium, seinen Vorschlag zur Reform der ärztlichen Vergütung so zu gestalten, dass Transparenz für Patienten und Ärzte zeitnah ermöglicht wird, ohne am Sachleistungsprinzip zu rütteln. Eine generelle Einführung der Kostenerstattung, bei der alle abrechnen wie Privatpatienten, lehnt der Verband ab. „Das Sachleistungsprinzip schützt Patienten vor finanzieller Überforderung und sichert auch das Einkommen der Ärzte“, erläutert Billen. Es ermögliche außerdem den Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Qualität und Effizienz der Versorgung zu steuern.

Patientenquittungen: bei den Versicherten kaum bekannt

Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat sich in die Diskussion eingeschaltet. KBV-Chef Dr. Andreas Köhler betont: „Politiker diskutieren derzeit wieder verstärkt über Patientenquittungen und Kostenerstattungsmodelle für ärztliche Behandlungen. Beides ist heute bereits möglich, doch bei den Versicherten kaum bekannt.“ Er verweist dabei auf die jüngste repräsentative KBV-Versichertenbefragung. Demnach haben 20 Prozent der gesetzlich Versicherten von der Möglichkeit gehört, sich in der Arztpraxis eine so genannte Patientenquittung ausstellen zu lassen, auf der die ärztlichen Leistungen dokumentiert sind. 80 Prozent wussten von solchen Quittungen bisher nichts. Von dem Fünftel, dem die Patientenquittung bekannt war, haben sich nur acht Prozent in den vergangenen zwölf Monaten beim Arzt eine solche ausstellen lassen. Dies entspricht knapp zwei Prozent aller gesetzlich Versicherten. Ähnlich sieht es bei der Kostenerstattung aus. Gesetzlich Versicherte, die sich für einen entsprechenden Tarif entscheiden, müssen die Behandlung zunächst selbst bezahlen und bekommen später einen Teil der Kosten von ihrer Krankenkasse erstattet. 26 Prozent aller Versicherten ist dieser Wahltarif bekannt, aber nur zwei Prozent haben ihn auch gewählt. Die große Mehrheit von 72 Prozent hingegen hat noch nichts von dieser Möglichkeit gehört.

Patienten befürworten Sachleistungsprinzip

Für Köhler sind die Umfrageergebnisse ein klares Signal, dass die Patienten kein Interesse an einem anderen System als dem Sachleistungsprinzip hätten. Er fordert mehr Anreize zum Kostenbewusstsein bei den Versicherten und daher eine Patientenquittung für alle. Kritiker bemängeln jedoch den dadurch entstehenden hohen bürokratischen Aufwand und bezweifeln, dass dadurch mehr Transparenz und Kostenbewusstsein entstehen.

Die Umfrage der KBV

Die Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen hat vom 31. Mai bis 18. Juni insgesamt 6.065 zufällig ausgewählte Bürgerinnen und Bürger im Auftrag der KBV telefonisch befragt. Die Ergebnisse sind repräsentativ für die deutschsprachige Wohnbevölkerung. Schwerpunkte der Untersuchung waren neben der hausarztzentrierten Versorgung die Warte- und Wegezeiten, Neuerungen im Gesundheitssystem, ausgewählte Aspekte der Gesundheitspolitik sowie Patientenbeschwerden. Einen detaillierten Ergebnisbericht sowie einen Grafikbericht mit den Ergebnissen der KBV-Versichertenbefragung 2010 auf der Ebene der 17 KVen können Interessierte hier herunterladen: <http://www.kbv.de/publikationen/versichertenbefragung2010.html>

Impressum

Herausgeber

GlaxoSmithKline
GmbH & Co. KG
www.glaxosmithkline.de

vertreten durch die
GlaxoSmithKline
Verwaltungs GmbH
Theresienhöhe 11
80339 München

Geschäftsführer:
Dr. Cameron Marshall (Vors.)
Jean Vanpol
Pamela Somerset
Georges Dassonville

Tel.: 0800 - 122 33 55
Fax: 0800 - 122 33 66

Registergericht:
Amtsgericht München
HReg: HRA 78754
Zuständige Aufsichtsbehörde:
Regierung von Oberbayern
Maximilianstraße 39
80538 München

Kontakt

Verantwortlich:
Roger Jaeckel (v.i.S.d.P.)
Leiter Gesundheitspolitik
Tel.: 089 - 360 44-8327
Fax: 089 - 360 44-9-8327
roger.jaeckel@gsk.com

Ilka Einfeldt
Senior Manager Patient
Relations
Tel.: 089 - 360 44-8376
Fax: 089 - 360 44-9-8376
ilka.einfeldt@gsk.com

Marianne Mühl
Manager Patient Relations
Tel.: 089 - 360 44-8741
Fax: 089 - 360 44-9-8741
marianne.muehl@gsk.com

Hinsichtlich der Nutzung des GSK-Patientenbriefs gelten unsere Nutzungsbedingungen entsprechend.
Diese können Sie auf www.patientenpolitik.de einsehen.