

Editorial: Gesundheit wird teurer



München – Notwendiges Steuerungsinstrument oder Benachteiligung für chronisch Kranke? An Zuzahlungen scheiden sich die Geister. Damit Sie sich eine eigene Meinung zu dem Thema bilden können, haben wir in dieser Ausgabe viele Informationen zusammengestellt: Wir geben Ihnen einen Überblick über bestehende Zuzahlungen, analysieren, wie sich die Akteure des Systems positionieren, berichten über eine aktuelle Studie und interviewen Experten.

Eine anregende Lektüre wünscht
Ihr Roger Jaeckel, Leiter Gesundheitspolitik

Schwerpunkt: Zuzahlungen

▪ **Wer muss wann was bezahlen?**

Berlin – Was sind Zuzahlungen eigentlich genau und wann werden sie fällig? Eine Einführung in das Thema und eine Übersicht über die verschiedenen Formen. » [Seite 2](#)

▪ **Zuzahlungen – kontroverses Thema mit viel Zündstoff**

Berlin – Zuzahlungen sind politisch ein heißes Eisen – das hat erst kürzlich eine Anhörung zu dem Thema im Gesundheitsausschuss des Bundestages bewiesen. » [Seite 4](#)

▪ **Zuzahlungen schwächen das Vertrauen in das Gesundheitssystem**

Siegen – Private Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen schwächen das Vertrauen der Bürger in ihr Gesundheitssystem. Zu diesem Ergebnis kommt Professor Claus Wendt in einem an der Universität Harvard durchgeführten Forschungsprojekt. » [Seite 6](#)

▪ **„Menschen mit geringem Einkommen spüren Zuzahlungen sehr stark“**

Berlin – Die Zuzahlungen im Gesundheitswesen sind ein Thema, das auch die Verbraucherschutzzentralen beschäftigt. Im Interview mit Dr. Stefan Etgeton, dem Leiter des Bereiches Gesundheit beim Verbraucherschutz Bundesverband e.V. (vzbv), berichtet dieser über die Einstellung der Bürger zu den Zuzahlungen im Gesundheitswesen, die Standpunkte des vzbv und die Rolle der Patientenverbände. » [Seite 8](#)

▪ **Online-Foren nicht nur eine Hilfe für Patienten**

Heidelberg – Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs stehen verschiedene Therapien offen. Wenn sich Patienten über Internetforen austauschen, hilft ihnen das, sich für die individuell richtige Therapie zu entscheiden. » [Seite 9](#)

▪ **Arzneimittelinformationen dürfen ins Internet**

Luxemburg – Pharmazeutische Unternehmen dürfen grundsätzlich Informationen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ins Internet stellen. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) jetzt in einem Urteil entschieden. » [Seite 10](#)

▪ **Der neue Minister**

Berlin – Im Mai hat Daniel Bahr (FDP) das Amt des Bundesgesundheitsministers von seinem Parteikollegen Dr. Philipp Rösler übernommen. Was ist von dem neuen Mann an der Spitze des Gesundheitswesens zu erwarten? » [Seite 11](#)

Grundlagen

Wer muss wann was bezahlen?

Berlin – Was sind Zuzahlungen eigentlich genau und wann werden sie fällig? Eine Einführung in das Thema und eine Übersicht über die verschiedenen Formen.

Durch Zuzahlungen werden Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) direkt finanziell beteiligt, wenn sie Leistungen ihrer Krankenkasse in Anspruch nehmen. Das bedeutet, dass sie noch zusätzlich zu ihrer regulären monatlichen Beitragszahlung an Kosten beteiligt werden, die sie dann aus eigener Tasche bezahlen müssen, wenn sie beispielsweise von ihrem Arzt Krankengymnastik verordnet bekommen. In der GKV besteht Zuzahlungspflicht zum Beispiel bei ärztlicher Behandlung (Praxisgebühr), Krankenhausbehandlung, stationären Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten, Arznei- und Verbandmitteln, Zahnersatz, Haushaltshilfe und häuslicher Krankenpflege.

Neue Regeln für Zuzahlungen seit 2004

Ob und in welchem Maße Patienten zuzahlen müssen, hat der Gesetzgeber im Dritten Kapitel des Sozialgesetzbuches V (SGB V) bestimmt. Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz gelten seit dem 1. Januar 2004 neue Zuzahlungsregelungen:

- Für Arznei- und Verbandmittel müssen zehn Prozent des Abgabepreises gezahlt werden, jedoch mindestens fünf und maximal zehn Euro (weitere Details zu Arzneimitteln in der Infobox unten).
- Gleiches gilt für Heilmittel (etwa Krankengymnastik und Massagen). Hier kommen jedoch noch weitere zehn Euro für die gesamte Verordnung hinzu.
- Für Hilfsmittel werden zehn Euro je Indikation und Monatsbedarf verlangt, unabhängig von der Verpackungsart, zuzüglich Festbetragsregelung.
- Häusliche Krankenpflege erfordert eine Zuzahlung von zehn Prozent des Abgabepreises, jedoch mindestens fünf und maximal zehn Euro. Zusätzlich werden zehn Euro für die gesamte Verordnung fällig. Die Zuzahlungen für die häusliche Krankenpflege müssen jedoch für höchstens 28 Tage im Jahr geleistet werden.
- Für stationäre Vorsorgemaßnahmen – auch solche für Mutter und Kind – werden zehn Euro pro Tag fällig.
- Die Kosten für eine Soziotherapie und für eine Haushaltshilfe müssen zu jeweils zehn Prozent je Tag vom Versicherten übernommen werden. Auch hier gilt die Einschränkung, dass der Betrag fünf Euro nicht unter- und zehn Euro nicht überschreiten darf.
- Bei einer stationären Rehabilitation beträgt die Zuzahlung zehn Euro pro Tag, maximal 28 Tage je Jahr bei einer Anschlussbehandlung. Rehabilitationsmaßnahmen für Mutter und Vater schlagen mit zehn Euro pro Tag zu Buche.
- Für ambulante Behandlung werden zehn Euro im Quartal fällig – das ist die so genannte Praxisgebühr. Bei stationärer Behandlung im Krankenhaus müssen die Patienten zehn Euro je Tag zahlen. Auch hier gilt die Höchstgrenze von 28 Tagen im Jahr.

Umstrittene Praxisgebühr

Stichwort Praxisgebühr: Sie wurde 2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz erstmalig eingeführt und ist noch immer umstritten. Kassenpatienten müssen seither zehn Euro zahlen, wenn sie einen Arzt, Psychotherapeuten oder Zahnarzt erstmalig im Quartal aufsuchen – es sei denn, sie haben eine Überweisung von einem anderen Niedergelassenen. Auch wer den Arzt nur telefonisch konsultiert oder ein Rezept ausstellen lässt, muss die Praxisgebühr entrichten. Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen sowie Schutzimpfungen sind von der Gebühr ausgenommen.

Belastungsgrenze soll vor Härtefällen schützen

Angesichts dieser Vielfalt an Zuzahlungen ist es wichtig zu wissen, dass es die so genannte Belastungsgrenze gibt. Sie legt fest, wie viel Prozent von seinem Einkommen ein gesetzlich Versicherter höchstens bei der Gesundheitsversorgung zuzahlen muss. Für chronisch Kranke liegt die Grenze derzeit bei maximal ein Prozent, alle anderen gesetzlich Versicherten müssen höchstens zwei Prozent zuzahlen. Allerdings müssen Chroniker eine Bescheinigung ihres Arztes über therapiegerechtes Verhalten vorzeigen, um von der Ein-Prozent-Regelung zu profitieren. Diese Regelung wurde mit dem am 1. April 2007 in Kraft getretenen GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführt. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gibt es dafür kein allgemeines Formblatt, stattdessen stellt der Arzt die Bestätigung über therapiegerechtes Verhalten formlos aus. Keine derartige Bescheinigung brauchen chronisch kranke Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. Gleiches gilt für Versicherte der Pflegestufe 2 oder 3 und solche, bei denen ein Grad der Behinderung von mindestens 60 Prozent oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent vorliegt.

Wer erwartet, die Belastungsgrenze zu überschreiten, sollte Quittungen und Belege über seine Gesundheitsausgaben, beispielsweise über die Praxisgebühr oder über Zuzahlungen in der Apotheke, sammeln und diese dann an seine Kasse schicken. Zu beachten ist jedoch, dass die Kasse nicht sämtliche Zuzahlungen berücksichtigt – nicht angerechnet werden beispielsweise die Aufzahlungen bei Arzneimitteln (siehe Infobox unten). Allerdings kann die Kasse Patienten, die an besonderen Versorgungsformen wie der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, Zuzahlungsermäßigungen ermöglichen.

Quelle: www.kbv.de

Zuzahlungen bei Arzneimitteln...

... sind ein kompliziertes Thema, denn hier müssen drei verschiedene Varianten unterschieden werden.

Zuzahlungen: In der Regel müssen GKV-Versicherte zehn Prozent des Apothekenverkaufspreises eines Arzneimittels, mindestens jedoch fünf Euro und maximal zehn Euro als Zuzahlung leisten. Allerdings können Arzneimittel, die mindestens 30 Prozent unter Festbetrag liegen, von Zuzahlungen befreit werden. Ebenso können Krankenkassen, die einen entsprechenden Rabattvertrag abgeschlossen haben, die Zuzahlung ganz oder teilweise erlassen. Im Jahr 2010 mussten Patienten 1,767 Mrd. Euro an Zuzahlungen für Arzneimittel leisten.

Aufzahlungen: Aufzahlungen hängen unmittelbar mit Festbeträgen zusammen. Diese wurden erstmalig 1989 eingeführt und sind aus Kassensicht eines der wirkungsvollsten Instrumente zur Kostensenkung im Arzneimittelsektor. Festbetragsgruppen können immer dann gebildet werden, wenn mindestens drei pharmakologisch-therapeutisch vergleichbare Präparate auf dem Markt sind, die noch Patentschutz genießen, oder bereits bei zwei Präparaten, wenn ein Wirkstoff generisch geworden ist. Nach einer genau festgelegten Berechnungsmethode wird dann ein Festbetrag definiert, der für die GKV die oberste Erstattungshöhe für diese Wirkstoffgruppe darstellt. Insbesondere bei der seit 2005 möglichen Bildung von „Jumbogruppen“, in denen patentgeschützte, aus dem Patent gelaufenen („Altoriginale“) und Generika zusammengefasst werden, liegen die Festbeträge oftmals erheblich unterhalb des Preisniveaus von Originalmedikamenten. Bleiben die Hersteller in ihrer Preisgestaltung allerdings oberhalb eines Festbetrags, so müssen Patienten diesen Differenzbetrag selbst bezahlen. Aufzahlungen sind immer zusätzlich zu etwaigen Zuzahlungen zu leisten.

Mehrkosten: Seit Jahresbeginn haben gesetzlich Krankenversicherte durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) die Möglichkeit, gegen eine entsprechende Eigenbeteiligung statt eines rabattierten Arzneimittels ihr Wunschmittel zu beziehen. Dabei muss der Patient zunächst das gewünschte Präparat selbst bezahlen, später bekommt er von seiner Kasse einen Teilbetrag zurück. Der Apotheker kann dem Versicherten vor Ort jedoch nicht die Höhe des Selbstbehalts nennen. Wer wissen will, wie hoch der Eigenbeitrag ist, muss sich bei seiner Krankenkasse informieren oder sich spätestens bei der Teil-Kostenerstattung überraschen lassen.

Argumente und Positionen

Zuzahlungen – kontroverses Thema mit viel Zündstoff

Berlin – Zuzahlungen sind politisch ein heißes Eisen – das hat erst kürzlich eine Anhörung zu dem Thema im Gesundheitsausschuss des Bundestages bewiesen.

Anlass für die Anhörung war ein Antrag der Bundestagsfraktion Die Linken. Die Parlamentarier plädieren dafür, die Praxisgebühr und andere Zuzahlungen gänzlich abzuschaffen. Derartige Zuzahlungen seien „zutiefst unsozial“ und hätten die beabsichtigte Wirkung nicht erreicht, heißt es zur Begründung.

Zuzahlungen streichen oder nicht?

Das Ansinnen der Linksfraktion stößt bei der Anhörung im Gesundheitsausschuss auf ein kontroverses Echo. Während der Bundesverband der Arbeitgeber dies strikt ablehnt – „das ist eine Überstrapazierung des Solidarprinzips“ –, unterstützen Patientenorganisationen und Sozialverbände den Antrag. „Praxisgebühr und Zuzahlungen fördern im Kontext mit Leistungskürzungen, verstärkten Eigenleistungen und der Privatisierung von Leistungen die Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung“, betont beispielsweise der Bundesverband Volkssolidarität. Die Volkssolidarität wurde im Oktober 1945 im Osten Deutschlands gegründet mit dem Anliegen, soziale Not und Elend nach dem Ende des Krieges zu lindern. Seitdem ist der Grundwert Solidarität Leitmotiv des Wirkens des Verbandes. Die Volkssolidarität hat eine lange Tradition des sozialen Engagements für ältere Menschen, chronisch Kranke, Pflegebedürftige, sozial Benachteiligte sowie für Kinder und Jugendliche.

BAG Selbsthilfe: Praxisgebühr verschlechtert Zugang zur medizinischen Versorgung

Auch die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe) unterstützt den Antrag der Linken. In ihrer Stellungnahme verweist sie in punkto Praxisgebühr auf eine 2009 veröffentlichte Studie des Münchener Helmholtz-Zentrums und der Bertelsmann-Stiftung. Dieser Untersuchung zufolge entfaltet die Praxisgebühr ihre Steuerungsfunktion vornehmlich bei Personen mit sehr niedrigem Einkommen. Die Wirkung der Praxisgebühr lasse sich nicht auf unnötige Leistungen begrenzen, vielfach treffe sie notwendige Maßnahmen. Weiter heißt es in der Stellungnahme: „Die Studie zeigt, dass diese Zuzahlung den ohnehin schlechten Zugang chronisch Erkrankter aus einkommensschwachen Schichten zur medizinischen Versorgung verschlechtert und damit die soziale Ungleichheit stärkt; demgegenüber entfaltet sie bei wohlhabenden Patienten keine Wirkung.“

Die Grenzen der Chroniker-Regelung

Die BAG Selbsthilfe weist außerdem auf die Grenzen der so genannten Chroniker-Regelung hin, wonach chronisch kranke Menschen nur bis maximal ein Prozent ihres Bruttoeinkommens Zuzahlungen zu leisten haben. Diese Regelung erfasse nur teilweise die Belastungen, denen diese Patienten ausgesetzt seien, Eigenanteile, wirtschaftliche Aufzählungen und Mehrkosten würden nicht berücksichtigt. Als konkrete Beispiele nennt die Organisation: Kostenanteile beim Zahnersatz, private Eigenanteile etwa bei orthopädischen Schuhen, nicht-verschreibungspflichtige Medikamente (außerhalb der OTC-Liste), Sehhilfen sowie notwendige Hygieneartikel bzw. Kosmetika (etwa bei Organtransplantierten Sonnencremes mit hohem Lichtschutzfaktor). Ferner sei zu berücksichtigen, dass die Chroniker-Regelung bei sehr niedrigem Einkommen nur begrenzte Wirkung entfalte, da hier die Belastungsgrenze der Menschen wegen des geringen finanziellen Spielraums sehr schnell erreicht sei. Insbesondere viele ältere Menschen nehmen, so die weitere Argumentation der BAG, wegen des damit verbundenen Bürokratieaufwandes oder weil sie ihre Rechte nicht kennen, die Regelung nicht in Anspruch. „Gerade diese Gruppe hat dann unter Zuzahlungen und Praxisgebühr in besonderem Maße zu leiden.“

Die Position der Leistungserbringer

Bei der Anhörung im Bundestag werden auch die Leistungserbringer, das heißt Ärzte und Zahnärzte, gebeten, sich zum Thema Zuzahlung zu äußern. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) entfalten die bisherigen Zuzahlungen keine Steuerungswirkung. Im Fall der Praxisgebühr lasse sich dies eindeutig aus der eigenen Abrechnungsstatistik herleiten. Die KBV votiert daher dafür, das „differenzierte System der Zuzahlungen im Sozialgesetzbuch V“ abzuschaffen. Gleichzeitig ist die Ärzteorganisation jedoch der Ansicht, dass das Inanspruchnahmeverhalten der Versicherten wirksam gesteuert werden müsse. Dies sei zumindest so lange notwendig, „wie einem praktisch unbegrenzten Anspruch der Versicherten auf medizinische Leistungen ein begrenztes Finanzvolumen“ gegenüberstehe. Nach KBV-Einschätzung ist daher „eine spürbare aber einheitliche Beteiligung“ der GKV-Versicherten erforderlich – und zwar in Form einer für alle geltenden prozentualen Eigenbeteiligung, wenn Leistungen in Anspruch genommen werden. Diese müsse jedoch sozial abgedeckt werden.

Die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) stimmt insofern mit der KBV überein, als dass auch sie sich dafür einsetzt, auf die Praxisgebühr zu verzichten. Im zahnmedizinischen Bereich gebe es weder „doctor hopping“ noch überflüssige Arztkontakte. Allerdings zeigten die bisherigen positiven Erfahrungen mit dem befundorientierten Festzuschuss-System, dass die dortigen Formen der Zuzahlungen beibehalten werden sollten. Auch die Vorauszahlung eines Anteils von 20 Prozent zu den Kosten der kieferorthopädischen Behandlung habe sich bewährt.

GKV-Spitzenverband: Zuzahlungen bringen fünf Milliarden jährlich

Die Kassensicht gibt bei der Anhörung der GKV-Spitzenverband wieder. Er verweist darauf, dass die Zuzahlungen im vergangenen Jahr ein Volumen von fünf Milliarden Euro ausgemacht haben. Im bestehenden System entspricht diese Summe etwa 0,5 Beitragssatzpunkten oder – bei unverändertem Beitragssatz – einem monatlichen Zusatzbeitrag von acht Euro. Angesichts dieser Dimension sind Zuzahlungen nach Ansicht des Verbandes „ein wesentliches Finanzierungsinstrument in der Krankenversicherung“. Daher sei es unabdingbar, dass eine Diskussion über die angemessene Höhe von Zuzahlungen bzw. deren Reduzierung oder Streichung immer zugleich die Finanzierungsfrage einbezieht. Anstelle von Zuzahlungen befürwortet die Linksfraktion in ihrem Antrag, die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Krankenversicherung auf das Niveau der gesetzlichen Rentenversicherung anzuheben. Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbandes erhöhte sich der Höchstbeitragssatz der GKV-Mitglieder von derzeit 575 Euro im Monat auf 852 Euro, würden die Zuzahlungen komplett gestrichen. Daran gekoppelt würde auch der Satz für die Pflegeversicherung steigen.

Grundsätzlich verweisen die Kassenvertreter beim Thema Zuzahlungen auf den Gesetzgeber. In ihrer Stellungnahme heißt es: „Die normative Bewertung der sozialen Angemessenheit der gegebenen Zuzahlungen inklusive Ausnahmeregelungen ist Grundlage für die konkrete gesetzliche Gestaltung des Finanzierungsmixes der gesetzlichen Krankenversicherung durch Beitrag der Versicherten und Arbeitgeber, Bundesmittel und Eigenbeteiligung der Patienten und damit originäre Aufgabe des Gesetzgebers.“

Wie positioniert sich der Gesetzgeber?

Damit wird der Schwarze Peter an den Gesetzgeber weitergegeben. Er muss abwägen, ob er Zuzahlungen als Instrument für eine wirtschaftlichere Leistungsanspruchnahme und eine stärkere Eigenverantwortung befürwortet oder fürchtet, dass diese zu einer relativ höheren Belastung von chronisch kranken und multimorbiden Menschen führen sowie zu gesundheitlichen Schäden, weil Leistungen zu spät in Anspruch genommen werden. Auch die jeweils aktuelle Finanzsituation der GKV spielt bei solchen Entscheidungen natürlich eine wichtige Rolle. Angesichts des Brisanz dieser Frage ist es umso bezeichnender, dass es im Glossar auf der Homepage des Bundesgesundheitsministeriums zwar einen Eintrag zum Stichwort Zuzahlungsbefreiung gibt, nicht aber zu dem Begriff Zuzahlung selbst.

Die Position der Industrie

Die Pharmaindustrie steht somit vor der Herausforderung den Patienten einen unkomplizierten Zugang zu notwendigen Medikamenten zu ermöglichen und gleichzeitig die wirtschaftlichen Belange des Unternehmens zu beachten.

Aus Sicht der pharmazeutischen Industrie bedarf es eines klug gestalteten Zuzahlungssystems, das den Zugang zu medizinischen Leistungen weiterhin für alle Bürger ermöglicht und Wahlfreiheiten eröffnet. Die finanziellen Ressourcen der Patienten müssen dabei Beachtung finden und wenn nötig ausgeglichen werden. Zielsetzung dieser Mechanismen muss es sein, Kosten sinnvoll einzusparen und diese nicht ausschließlich auf die Patienten zu verlagern. Weitere Voraussetzung ist die Gewährleistung einer hohen Qualität der medizinischen Versorgung.

Studie

Zuzahlungen schwächen das Vertrauen in das Gesundheitssystem

Siegen – Private Zuzahlungen zu Gesundheitsleistungen schwächen das Vertrauen der Bürger in ihr Gesundheitssystem. Zu diesem Ergebnis kommt Professor Claus Wendt in einem an der Universität Harvard durchgeführten Forschungsprojekt.

In der Studie vergleichen Prof. Wendt von der Universität Siegen und sein Team die Gesundheitssysteme von Deutschland, Großbritannien, den Niederlanden, Australien, Neuseeland, Kanada und den Vereinigten Staaten. Der Soziologe weist darin nach, dass in Deutschland fast jeder achte Befragte die Erfahrung gemacht hat, dass er aufgrund zu hoher Kosten trotz einer gesundheitlichen Beeinträchtigung nicht zum Arzt gegangen ist. In dem Gesundheitssystem der Vereinigten Staaten, das sich weitgehend auf private Krankenversicherungen stützt, verzichtete sogar jeder Vierte auf einen Arztbesuch, obwohl Gesundheitsprobleme vorlagen. Bürger in Großbritannien und den Niederlanden berichteten dagegen kaum von einer solchen Barriere beim Zugang zur ärztlichen Versorgung.

Die Forscher fragten zudem, ob die Bürger in den sieben Ländern darauf vertrauen, dass sie bei einer schwerwiegenden Erkrankung die notwendige ärztliche Hilfe erhalten. In Deutschland fehlt jedem Vierten die Zuversicht, bei einer schweren Erkrankung ausreichend medizinisch versorgt zu werden. Besonders gering ist dieses Vertrauen bei Personen mit einem niedrigen Einkommen, einem schlechten Gesundheitszustand und bei denjenigen, die die Erfahrung gemacht haben, dass sie aufgrund zu hoher privater Kosten trotz gesundheitlicher Probleme nicht zum Arzt gegangen sind.

Das Fazit des Wissenschaftlers: „Die nun vorliegende Studie zeigt, dass private Zuzahlungen das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem nachhaltig schwächen.“

Interview

„Weitere Zuzahlungen sind der falsche Weg“

Siegen – Um noch mehr über die Untersuchung zu erfahren, haben wir den Studienleiter Prof. Claus Wendt, seit 2009 Professor für Soziologie der Gesundheit und des Gesundheitssystems an der Universität Siegen, befragt.

Vor welchem Hintergrund haben Sie die Studie durchgeführt? Worauf basierte Ihr Forschungsinteresse?

Wendt: Uns ging es zunächst um das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem. Hier bestehen zwei unterschiedliche Forschungstraditionen: Die eine ist auf das Vertrauen des Patienten in den eigenen Arzt ausgerichtet und die zweite untersucht das Vertrauen in das Gesundheitssystem insgesamt. Für den ersten Bereich liegen Daten vor, die belegen, dass das Vertrauen in den eigenen Arzt nach wie

vor hoch ist. Bei der Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem insgesamt sehen wir allerdings eine abnehmende Tendenz.

In unserer Studie wollten wir diese beiden Bereiche miteinander verbinden und haben die wesentlich konkretere Frage danach gestellt, ob Menschen bei einer sehr ernsthaften Erkrankung glauben, die notwendigen medizinischen Leistungen zu erhalten. Motiviert waren wir durch bestimmte Entwicklungen in einer Reihe von Gesundheitssystemen, wie beispielsweise die Tendenz der ansteigenden privaten Zuzahlungen oder auch des zunehmenden Wettbewerbs im Gesundheitswesen. Die mangelnde Zuversicht vieler Bürgerinnen und Bürger bei einer schwerwiegenden Erkrankung ausreichend versorgt zu werden, ist deshalb besonders problematisch, da ein solidarisches Gesundheitssystem langfristig nur bestehen kann, wenn die Menschen Vertrauen haben.

Bereits in vergangenen Studien haben wir untersucht, wie Gesundheitssysteme von den Bürgerinnen und Bürgern wahrgenommen und bewertet werden. Ein interessanter Faktor war hier die Bedeutung des Staates. Es wurde untersucht, wie wichtig es für die Bürger ist, dass der Staat eine zentrale Rolle bei der Gesundheitsversorgung spielt. Bei dieser Frage sehen wir sehr hohe Werte in fast allen Ländern, es bestehen fast keine Unterschiede auf europäischer Ebene und es sprechen sich übergreifend um die 80 Prozent für eine zentrale Rolle des Staates in gesundheitlichen Aspekten aus. Wir sehen also, dass das Gesundheitssystem weiterhin in staatlicher Hand bleiben soll und eine Privatisierung vom größten Teil der Bevölkerung nicht gewünscht ist.

Was planen Sie über die Veröffentlichung der Studie hinaus mit den Ergebnissen?

Wendt: Unsere Möglichkeiten sind hier leider sehr begrenzt. Wir hoffen, dass das Thema über die Medien und über politische Akteure an die Öffentlichkeit getragen werden kann. Wir planen jedoch die Studienergebnisse nicht nur in wissenschaftlichen Fachzeitschriften zu veröffentlichen, sondern auch in weiteren Medien, um die Informationen dem Bürger leichter zugänglich zu machen.

Beabsichtigen Sie, die Ergebnisse aktiv an politische Entscheidungsträger heranzutragen?

Wendt: Es ist leider so, dass Wissenschaft und Politik in Deutschland sehr getrennte Bereiche sind. Gesundheitspolitische Entscheidungen basieren zu selten auf wissenschaftlichen Studien. Der Beleg, dass Zuzahlungen und Wettbewerb das Vertrauen der Bürger in das Gesundheitssystem schwächen, muss jedoch unbedingt zu den politischen Entscheidungsträgern gelangen. Wir planen aktuell eine Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaft und Politik, wobei hier die Finanzierungsfrage noch nicht abschließend geklärt ist. Angedacht ist eine internationale Konferenz-Reihe, die dazu dienen soll, den Austausch zwischen Wissenschaftlern, Politikern und weiteren Akteuren des Gesundheitssystems zu intensivieren.

Wie lautet Ihre Zukunftsprognose für die Entwicklung von privaten Zuzahlungen im deutschen Gesundheitswesen?

Wendt: Wenn man die bisherigen Entwicklungen als Maßstab nimmt, muss man davon ausgehen, dass noch weitere Zuzahlungen hinzu kommen werden. Dies halte ich jedoch für den falschen Weg. Man kann in bestimmten Bereichen mit Zuzahlungen arbeiten, aber das entsprechende Instrument muss so einfach wie möglich sein. Die Menschen müssen es verstehen können, es muss berechenbar sein und man muss einfache Mechanismen haben. Denkbar wäre ein jährlicher Höchstbetrag an Zuzahlung unabhängig vom Einkommen, wie es auch in anderen Ländern bereits praktiziert wird. Für chronisch Kranke wäre dies beispielsweise eine Möglichkeit, die dafür sorgen würde, dass sie genau wüssten, wie viel Geld sie im Jahr für Zuzahlungen einplanen müssten. Auch ältere Menschen müssten keinen Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen stellen, sondern würden ganz unbürokratisch ab einem jährlichen Höchstbetrag keine weiteren Zuzahlungen entrichten. Solche einfachen und klaren Modelle sollte man andenken.

Interview Dr. Stefan Etgeton

„Menschen mit geringem Einkommen spüren Zuzahlungen sehr stark“

Berlin – Die Zuzahlungen im Gesundheitswesen sind ein Thema, das auch die Verbraucherschutzzentralen beschäftigt.

Im Interview mit Dr. Stefan Etgeton, dem Leiter des Bereiches Gesundheit beim Verbraucherschutz Bundesverband e.V. (vzbv), berichtet dieser über die Einstellung der Bürger zu den Zuzahlungen im Gesundheitswesen, die Standpunkte des vzbv und die Rolle der Patientenverbände.

Welche Position vertritt der vzbv gegenüber den Zuzahlungen im Gesundheitswesen?

Stefan Etgeton: Bei den Zuzahlungen ist es so, dass man sich 2004 bei der Einführung davon eine steuernde Wirkung versprochen hatte. Beispielsweise sollte die Praxisgebühr dafür sorgen, dass unnötige Arztbesuche vermieden werden. Da kann man heute schon sagen, dass diese Erwartung nicht erfüllt worden ist, denn die Deutschen sind weiterhin Weltmeister im Bezug auf die Anzahl ihrer Arztbesuche. Direkt am Anfang gab es zwar einen kleinen Einbruch aber im Endeffekt haben sich die Bürger ganz schnell an die Praxisgebühr gewöhnt. Das einzige, was vielleicht bewirkt wurde, ist dass die Bürger eher zu ihrem Hausarzt gehen bevor sie einen Facharzt aufsuchen.

Bei den Arzneimittelzuzahlungen ist es so, dass diese für viele als lästig und als zusätzliche Belastung empfunden werden. Aber für die Zuzahlungen gilt die Härtefallregelung, so dass man ab einer bestimmten Höhe befreit ist. Für diejenigen der chronisch Kranken, die finanziell besser gestellt sind und bei denen 1 % des Einkommens einen hohen Betrag bedeutet, ist aber auch diese Regelung sehr unbefriedigend. Die Härtefallregelung gilt jedoch nicht für Aufzahlungen oder für Medikamente, die ganz aus eigener Tasche gezahlt werden müssen. Dort entstehen die eigentlichen wirtschaftlichen Härten. Und Menschen mit einem sehr geringen Einkommen, die spüren das natürlich sehr stark.

Welche Möglichkeiten der Verbesserung könnten Sie sich vorstellen?

Etgeton: Wenn man schon Zuzahlungen macht, dann sollten sie auch wirklich eine steuernde Wirkung haben. Die Praxisgebühr beispielsweise hat zwar keine mengensteuernde Wirkung, aber sie hat möglicherweise die steuernde Wirkung, dass die Patienten erst ihren Hausarzt aufsuchen. Um dazu genaue Aussagen treffen zu können, bedarf es jedoch einer besseren Datengrundlage.

Bei den Arzneimittelzuzahlungen gibt es im Moment gar keine steuernde Wirkung. In diesem Fall könnte ich mir vorstellen, dass man künftig rabattierte Arzneimittel generell von der Zuzahlung befreit oder zumindest den Krankenkassen die Möglichkeit gibt, dies zu tun. Und deswegen wäre es sinnvoll diese Medikamente von der Zuzahlung frei zustellen, zumal durch die Anpassung der Festbeträge und die entsprechende Absenkung der Festbeträge ja auch die Zahl der von der Zuzahlung befreiten Arzneimittel gesunken ist in den letzten Jahren.

Sind Sie mit Politik und Krankenkassen bezüglich dieses Themas im Gespräch?

Etgeton: Nein, wir haben diesbezüglich derzeit keinen direkten Kontakt, aber durch unsere Stellungnahme haben wir diese politische Forderung bereits platziert.

Wie sehen Sie die Rolle der Patientenverbände im Zusammenhang mit den Zuzahlungen im Gesundheitswesen?

Etgeton: Da würde ich gern das Beispiel der Härtefallregelung anführen. Im Jahr 2004, als wir ganz neu im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligt wurden, war es bei der Härtefallregelung für die chronisch Kranken unser Anliegen, dass eine Regelung entwickelt wird, die tatsächlich auch diejenigen entlastet,

die entlastet werden müssen. Und das ist uns erfreulicherweise auch gelungen. Meiner Meinung nach haben wir dort eine wichtige Rolle gespielt und das ist einer der ersten wirklich großen Erfolge der Patientenbeteiligung gewesen. Ansonsten denke ich, hat sich das mit den Arzneimittelzuzahlungen bei den meisten Bürgern eingespielt. Mein Eindruck ist, dass man sich damit arrangiert hat. Und wie gesagt, durch die Härtefallregelung kommt es eben auch nicht zu Belastungen, die nun überhaupt nicht mehr tragbar sind. Das Thema der Medikamente, die frei verkäuflich sind, ist natürlich von ganz anderer Relevanz. Diesbezüglich sind speziell die Verbände, die sich für chronisch Kranke einsetzen, sehr engagiert.

Durch die direkte Beratung aber auch mit Hilfe des Internets richten sich die Verbraucherzentralen vor Ort an die Bürger. Über die Homepages der einzelnen Verbraucherzentralen lassen sich Informationen zu den Themen finden, die mit Zuzahlungen im Gesundheitswesen in Zusammenhang stehen. Besonders hilfreich für die Bürger sind die kompakten Informationen des Verbraucherschutzes, die auch praktische Empfehlungen und Tipps beinhalten. Unter folgendem Link können Sie sich selbst ein Bild machen:

<http://www.verbraucherzentrale-bayern.de/mediabig/67281A.pdf>

Neben den Verbraucherzentralen berät auch die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) zu den Auswirkungen rund um die Zuzahlungen im Gesundheitswesen. Ihr kostenloses Angebot kann durch die direkte Beratung vor Ort, über das bundesweite Beratungstelefon oder per Online-Anfrage in Anspruch genommen werden.

<http://www.unabhaengige-patientenberatung.de>

Studie

Online-Foren nicht nur eine Hilfe für Patienten

Heidelberg – Patienten mit lokal begrenztem Prostatakrebs stehen verschiedene Therapien offen. Wenn sich Patienten über Internetforen austauschen, hilft ihnen das, sich für die individuell richtige Therapie zu entscheiden.

Das haben Experten der Universität Heidelberg herausgefunden. Über 32 Monate beobachteten Dr. Johannes Huber von der Urologischen Universitätsklinik und Kollegen insgesamt 501 Threads (zusammenhängende Diskussionsbeiträge) im Forum der größten Online-Selbsthilfegruppe für Prostatakrebs in Deutschland (<http://forum.prostatakrebs-bps.de>). Ausgewertet wurden 83 Threads mit insgesamt 1.630 Postings (Einzelbeiträge). Die Patienten erhielten in den Online-Foren laut Analyse Informationen, Ratschläge und emotionale Unterstützung. Letztere bekamen sie sogar dann, wenn sie nicht explizit darum gebeten hatten. Über das Forum setzten sie sich aktiv mit ihrer Krankheit auseinander. Die Nutzer rieten häufiger zu einer Strahlentherapie als zu chirurgischen Maßnahmen. Ein direkter Kontakt (E-Mail, Telefon) wurde selten angeboten, persönlicher Kontakt nie.

„Sehr zurückhaltender Schreibstil“ im Forum

In etwa der Hälfte der Fälle empfahlen Betroffene eine Zweitmeinung zum Biopsieresultat oder zusätzliche bildgebende Verfahren. Das sei aus medizinischer Sicht nicht immer sinnvoll, so die Forscher. Hier zeige sich ein potenziell negativer Effekt, denn in solchen Foren schrieben oft nur wenige Nutzer die Mehrzahl der Beiträge, und ihre Meinung beeinflusse damit unverhältnismäßig viele Nutzer, heißt es. Solche negativen Effekte könnten aber im Arzt-Patienten-Gespräch thematisiert werden.

„Am meisten überraschte uns, dass im Forum ein sehr zurückhaltender Sprachstil vorherrscht, offen-

sichtlich um medizinisch falsche Aussagen zu vermeiden. Außerdem benutzten die Betroffenen das Wort ‚Krebs‘ praktisch nicht, fast als wäre es tabu. Stattdessen fanden wir lange Umschreibungen oder Abkürzungen, wie zum Beispiel PK für Prostatakarzinom“, berichtet Huber. Vieles bleibe dadurch vage. Trotz möglicher Gefahren seien Online-Selbsthilfegruppen oft eine wertvolle Hilfe für die Patienten. „Auch wir Ärzte können davon profitieren. Die Kenntnis der diskutierten Themen kann uns helfen, die Bedürfnisse und Sorgen unserer Patienten besser kennenzulernen“, so Huber. Die Studie wurde in der Fachzeitschrift „British Journal of Urology International“ veröffentlicht.

Neue Internetangebote für Patienten

Nach einem Schlaganfall sind einfache und verständliche Informationen für Betroffene und ihre Angehörigen von großer Bedeutung. Mit ihrem neuen Internet-Portal www.schlaganfall-hilfe.de will die Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe diesem Bedürfnis gerecht werden.

Ab sofort steht auch die Internet-Plattform www.dgkn.de in neuem Design und mit vielen zusätzlichen Inhalten online. Das Angebot der Deutschen Gesellschaft für klinische Neurophysiologie und funktionelle Bildgebung (DGKN) bietet jetzt noch mehr Informationen. Denn nunmehr können sich dort nicht nur Neurophysiologen in Klinik und Praxis kundig machen, sondern auch Studenten, Patienten und Angehörige. Auf der Seite lesen sie über Diagnosemethoden und Therapien bei Alzheimer, Epilepsie, Migräne, Parkinson oder Schlaganfall.

EuGH

Arzneimittelinformationen dürfen ins Internet

Luxemburg – Pharmazeutische Unternehmen dürfen grundsätzlich Informationen von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ins Internet stellen. Das hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) jetzt in einem Urteil entschieden.

Voraussetzung ist, dass die Informationen auf einer Internetseite „nur demjenigen zugänglich sind, der sich selbst um sie bemüht“, so die Richter der Dritten Kammer. Darüber hinaus sei eine Veröffentlichung nur dann rechtmäßig, wenn „diese Verbreitung ausschließlich in der getreuen Wiedergabe der Umhüllung des Arzneimittels (...) sowie in der wörtlichen und vollständigen Wiedergabe der Packungsbeilage oder der von der zuständigen Arzneimittelbehörde genehmigten Zusammenfassung der Merkmale des Arzneimittels besteht“. Verboten ist hingegen die Veröffentlichung von Informationen über ein Arzneimittel, die Gegenstand einer vom Hersteller vorgenommenen Auswahl oder Umgestaltung waren, „die nur durch ein Werbeziel erklärbar ist“, so die Richter.

„Fruchtbarer Dialog“ zwischen Arzt und informiertem Patienten

Die Dritte Kammer des EuGH weist unter anderem darauf hin, dass sachlich richtige Informationen, die durch die Genehmigungsbehörden freigegeben worden sind, im Vorfeld einer Untersuchung gegebenenfalls zu einem „fruchtbaren Dialog“ zwischen Arzt und informiertem Patienten beitragen könnten. Auch sei die Verbreitung der Verpackung und des Beipackzettels des Arzneimittels im Internet unter bestimmten Umständen geeignet, eine Selbstmedikation von Patienten zu verhindern, die die Packungsbeilage verloren haben.

Der Bundesgerichtshof muss nun den vorliegenden Einzelfall prüfen. Geklagt hatte ein Pharmahersteller gegen einen Mitbewerber, weil dieser Informationen über verschreibungspflichtige Arzneimittel ins Internet gestellt hatte.

Die Entscheidung (Az. C-316/09) steht im Internet: <http://curia.europa.eu/jurisp/cgi-bin/form.pl?lang=DE&Submit=Submit&numaff=C-316/09>

BMG

Der neue Minister

Berlin – Im Mai hat Daniel Bahr (FDP) das Amt des Bundesgesundheitsministers von seinem Parteikollegen Dr. Philipp Rösler übernommen. Was ist von dem neuen Mann an der Spitze des Gesundheitswesens zu erwarten?

Die Ernennung Bahrs stößt fast einhellig auf ein positives Echo – sowohl bei den Akteuren des Systems als auch bei den Medien: Der 34-Jährige hat sich in den vergangenen Jahren einen Ruf als ausgewiesener Kenner des deutschen Gesundheitswesens erarbeitet. Er war jahrelang gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion und zuletzt Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium (BMG). In dieser Funktion hat er bereits intensiv an den Reformen Röslers mitgewirkt – was für einen Parlamentarischen Staatssekretär eher ungewöhnlich ist. Es ist daher davon auszugehen, dass es keine plötzlichen Brüche in der FDP-Gesundheitspolitik geben wird. Bahr wird Röslers Linie fortsetzen, aber auch eigene Akzente setzen, denn der Münsterländer gilt als meinungsstark und durchsetzungsfähig.

Gesundheitsminister: am unteren Ende der Beliebtheitsskala

Seine Durchsetzungsfähigkeit wird Bahr in den kommenden Monaten noch gut gebrauchen können. Die Position des Gesundheitsministers gilt als eine der härtesten des Kabinetts. In keinem anderen Ressort prallen so viele gegensätzliche Interessen aufeinander, traditionell befindet sich der Gesundheitsminister meist am unteren Ende der allgemeinen Beliebtheitsskala. Auch die konkreten Aufgaben, die Bahr jetzt lösen muss, haben es in sich. Die wichtigste Herausforderung ist sicherlich die Reform der Pflegeversicherung. Bei seinem ersten öffentlichen Auftritt am 18. Mai hat er den Pflegedialog zu einem Abschluss gebracht, dessen Erkenntnisse in die überfällige Reform der Pflegeversicherung einfließen sollen. Bei den Terminen der vergangenen Monate ließ sich Ex-Minister Rösler vor allem von Verbandsvertretern, Funktionären und Experten informieren, jetzt gilt die Aufmerksamkeit des Nachfolgers geladenen pflegenden Angehörigen, aber auch in der Pflege Tätige wollen ihre Nöte und Probleme zu Gehör bringen. Bei Bahrs erster Veranstaltung diskutieren diese an großen runden Tischen Fachkräftemangel, Demenz und Lösungsvorschläge. Bahr gibt sich volksnah, wird später von persönlichen Erfahrungen berichten, als seine Mutter überraschend den Großvater pflegen und er im mütterlichen Geschäft einspringen musste. „Pflege ist kein Randthema, sondern gehört in die Mitte der Gesellschaft“, fasst er in einem Schlusswort zusammen.

Unterdessen wird bekannt, dass die Pflegereform nicht wie ursprünglich geplant zum 1. Januar 2012 kommen soll, sondern verschoben wird – für die Opposition ein gefundenes Fressen. Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Grünen-Fraktion, sieht den pflegepolitischen Einstand des neuen Gesundheitsministers als „ordentlich misslungen“ an. „Soviel also zum ‚Jahr der Pflege‘ 2011, das von Schwarz-Gelb versprochen worden war“, so Scharfenberg.

Herausforderung zum Amtsbeginn: City BKK und EHEC

Auch andere Ereignisse ließen Bahrs Einstieg in das Amt alles anderes als einfach werden. So wurden viele Versicherte der insolventen City BKK bei ihrer verzweifelten Suche nach einer neuen Kasse abgewiesen. Die Reaktion des neuen Ministers: Kassenvorstände sollen persönlich bestraft werden, wenn ihre Mitarbeiter die Aufnahme neuer Versicherter verweigern. „Das fängt bei Geldstrafen an und geht bis zu der Abberufung von Kassenvorständen“, kündigt Bahr vor der Presse an.

Entschlossenes Handeln verlangt außerdem die EHEC-Krise. Der gefährliche Durchfallerreger verunsichert die Bundesbürger und stellt das Gesundheitssystem vor besondere Herausforderungen.

Als Gesundheitsminister kann man sich meist nicht über mangelnde Herausforderungen beklagen und benötigt daher einen langen Atem. Den dürfte Bahr als passionierter Marathonläufer haben. Er ist am 4. November 1976 in Lahnstein (Rheinland-Pfalz) geboren und verheiratet. Zu seinen Hobbies zählen neben dem Laufen Klettern, Skifahren und Kochen.

Der politische Werdegang von Daniel Bahr

„Ich möchte nicht nur von außen kritisieren, sondern zeigen, dass es auch besser gehen kann“, betont Bahr. Diesen Anspruch setzt er schon früh in die Tat um: Mit 14 trat er den Jungen Liberalen (JuLis) bei, deren Bundesvorsitzender er von 1999 bis 2004 war. Seit 2001 gehört Bahr dem FDP-Bundesvorstand an, im November 2010 hat er außerdem das Amt des Landesvorsitzenden der FDP Nordrhein-Westfalen übernommen. Bahrs Wahlkreis ist die Stadt Münster. Während seiner ersten Legislaturperiode im Deutschen Bundestag (15. Wahlperiode) war er Sprecher der FDP für demografische Entwicklung, Behindertenpolitik und Pflege und saß im Ausschuss für Gesundheit und soziale Sicherung. Seit Beginn seiner zweiten Legislaturperiode im September 2005 mischte er im Ausschuss für Gesundheit mit und machte sich als gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion einen Namen. „Die Themen Gesundheit, demografische Entwicklung und Generationengerechtigkeit sind meine politischen Schwerpunkte und zugleich die wichtigsten Herausforderungen dieser Jahre“, betont Bahr. Von November 2009 bis Mai 2011 war er Parlamentarischer Staatssekretär im BMG, seit dem 12. Mai 2011 leitet er das Ressort Gesundheit und sitzt damit am Kabinetttisch von Angela Merkel.

www.daniel-bahr.de

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
Denis Dubru
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.r.jaeckel@gsk.com

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

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