

Martin Müller



**Probleme der Sozialversicherungen –  
Schwerpunkt Gesundheitswesen**

**1 Analyse Rahmenbedingungen**

Die Klasse WGE1 (Klasse 11) des Wirtschaftsgymnasiums besteht aus 32 Jugendlichen. Hinsichtlich der Leistungsfähigkeit stupe ich die Klasse insgesamt als eher motiviert und überdurchschnittlich ein. Die Schüler äußern eigene Meinungen und sind bereit, diese zu diskutieren. Sie sind offen für unterschiedliche Unterrichtsformen und arbeiten auch in Gruppen gut zusammen.

In den Vorstunden wurden der Aufbau und die Aufgaben der Sozialversicherungen besprochen. Die Schüler kennen die Struktur und die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen und der anderen Sozialversicherungen. Dann haben sie sich mit den Problemen der Arbeitslosenversicherung (Hartz-Konzept) auseinandergesetzt. Sie wurden von mir seit Jahresbeginn gezielt angehalten, das aktuelle Tagesgeschehen in den Medien mitzuverfolgen.

**2 Didaktische Analyse**

**2.1 Analyse der Stoffstruktur**

**2.1.1 Fachwissenschaftliche Strukturbegriffe**

<b>Vorstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Grundlagen der Sozialversicherungen Träger, Beitragssätze, Leistungen</li> <li>➤ Probleme der Sozialversicherungen Arbeitslosigkeit und Hartz-Konzept</li> </ul>
<b>Hauptstruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Probleme der Sozialversicherungen gesetzliche Krankenversicherung und Gesundheitsreform</li> </ul>
<b>Folgestruktur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gehaltsabrechnung erstellen und analysieren</li> <li>➤ Sozialversicherungsbeiträge</li> </ul>

**2.1.2 Ganzheitliche Betrachtung des Unterrichtsstoffes**

Der Lehrstoff umfasst folgende Sinn- und Bedeutungsaspekte:

**Betriebswirtschaftliche Aspekte**

Für ein Unternehmen sind die abzuführenden Sozialabgaben insgesamt und die Krankenkassenbeiträge hier im Speziellen als Lohnnebenkosten eine nicht zu vernachlässigende Aufwandsposition. Aufgrund steigender Kosten im Gesundheitswesen erhöhen sich diese Kosten jährlich.

### **Volkswirtschaftliche Aspekte**

Der Standort Deutschland leidet insgesamt unter den weltweit höchsten Lohnnebenkosten. Hierin wird mit eine Ursache der hohen Arbeitslosigkeit gesehen.

Die Finanzierbarkeit der Krankenkassen auf Dauer wird von Demographen in Frage gestellt.

### **Ethische Aspekte**

Dürfen medizinische Leistungen finanziellen Problemen untergeordnet werden? Sind die mit der Reform eingeführten Zuzahlungen für finanziell schwache Bevölkerungsschichten vertretbar?

### **Juristische Aspekte**

Welche Voraussetzungen müssen erfüllt werden, damit eine Krankenkasse die Beiträge senken darf?

### **Buchhalterische Aspekte**

Kenntnis der Sozialversicherungssätze als Voraussetzung für eine ordnungsgemäße Verbuchung.

## **2.2 Stoffauswahl**

Folgende erkenntnisleitende Fragestellungen sind geeignet, die Probleme der Krankenkassen und die Gesundheitsreform als Antwort zu erschließen:

- Warum war in Deutschland eine Gesundheitsreform nötig?
- Welche Ziele werden mit ihr verfolgt?
- Welche Leistungen der Krankenkassen ändern sich konkret?
- (Sind die Maßnahmen der Gesundheitsreform sozial verträglich umgesetzt?) Puffer

Nachdem in der letzten Stunde die Probleme der Arbeitslosenversicherung (Hartz-Konzept) angesprochen wurde, sollen jetzt exemplarisch die Probleme der Krankenversicherung behandelt werden. Es ist ein aktuelles Thema und den Schülern näher als z. B. die Rentenversicherung oder Pflegeversicherung. Die SchülerInnen sollen einen Überblick bekommen über die grundsätzlichen Probleme des Gesundheitswesens und den Lösungsversuch durch die Gesundheitsreform. Dabei wird nicht mehr auf die Entstehungsgeschichte (Rürup, Herzog) der Reform eingegangen, sondern nur auf die Ziele und die konkreten Neuerungen, die sich aus den Zielen ableiten. Am Rande wird die Frage gestellt, ob die Neuerungen ethisch vertretbar sind (Gruppe 6, eventuell im Plenum). Der Themenkomplex „Sozialversicherung“ wird im Kontext der Lehrplaneinheit 2.3 „Eine Lohn- und Gehaltsabrechnung buchen“ behandelt.

### 3 Lernziele

#### 3.1 Kognitive Lernziele

Lernziele		Lernzielebene			
		Wissen	Verstehen	Anwenden	Beurteilen
Die Schüler sollen ...					
TZ 1	die fünf wesentlichen Probleme des Gesundheitswesens in Deutschland kennen	x			
TZ 2	deren Auswirkung auf die finanzielle Situation der GKV verstehen		x		
TZ 3	die Notwendigkeit der Gesundheitsreform als Antwort auf die Probleme erkennen			x	
TZ 4	die im Zusammenhang mit der Gesundheitsreform verwendeten Fachbegriffe kennen	x			
TZ 5	die mit der Gesundheitsreform verbundenen Ziele erläutern und analysieren können		x		x
TZ 6	die konkreten Änderungen bei den Leistungen der GKV wissen	x			
TZ 7	die soziale Wirkung beurteilen können				x

#### 3.2 Über den kognitiven Bereich hinausgehende Lernziele

Die Schülerinnen und Schüler sollen

- ihre Fach- und Handlungskompetenz durch Erarbeiten des Unterrichtsstoffs an Hand realer Unterlagen aus dem Alltag (Medienberichte, Schaubilder etc.) verbessern.
- ihre personale und soziale Kompetenz durch das gemeinsame Erarbeiten und Präsentieren der Teilaspekte des Themas (Probleme, Lösungsversuche, konkrete Änderungen) stärken.
- ihre Methodenkompetenz durch Erstellen von Overheadfolien und das Vortragen an Hand von Stichworten erhöhen.

## 4 Methodisch-mediale Analyse

### 4.1 Motivationsanalyse

Als Einstieg wird ein Zeitungsartikel verwendet, der direkt zum Thema Gesundheitsreform führt, weshalb gleich die Frage nach ihrer Notwendigkeit, ihren Zielen und den konkreten Leistungsänderungen gestellt werden kann.

Da die Schüler gerne in Gruppen miteinander arbeiten, wird der rasche Wechsel in diese Sozialform die Lernmotivation fördern. Die Verlaufsmotivation soll daher durch eine thementeilige Bearbeitung des aktuellen Informationsmaterials in sechs Gruppen erreicht werden. Unterstützen sollen dies die erkenntnisleitenden Fragestellungen des Arbeitsauftrags. Zusätzlich wird der Einsatz der unterschiedlichen Medien die Motivation stärken. Der Höhepunkt der Stunde bildet die Ergebnispräsentation.

In der letzten Gruppe wird eine ethische Frage aufgeworfen, die – wenn es der zeitliche Rahmen erlaubt – auch im Plenum diskutiert werden kann.

### 4.2 Unterrichtsmethoden

Das Unterrichtsverfahren ist in der Einstiegsphase erklärend-induktiv. Ausgehend von der Zeitungsmeldung wird die allgemeine Frage bezüglich der Gründe, Ziele und konkreten Leistungsänderungen aufgeworfen. Die Erarbeitung dieser Fragen erfolgt entdeckend-lassend mit Hilfe von unterschiedlichen Materialien und Medien. Die Schülerzentrierung und die Arbeit mit externen Informationsquellen steht im Mittelpunkt dieser Stunde. Dabei ist der Schwierigkeitsgrad und die zu bearbeitende Stoffmenge an die überdurchschnittliche Leistungsmotivation und den Trainingseffekt der Schüler durch häufigen Einsatz von Gruppenarbeit angepasst. Nach der arbeitsteiligen Gruppenarbeit erfolgt die Präsentation mit Hilfe des Overheadprojektors durch die Schüler. Der Lehrer agiert rein als Moderator! Die Ergebnissicherung erfolgt durch Kopie der Einzelarbeitsergebnisse. Diese werden tabellarisch zusammengefasst.

### 4.3 Medieneinsatz

Als Medien werden eingesetzt:

- PC zum Abspielen von Filmen
- Hörkassetten
- Arbeitsblätter zur Strukturierung der Gruppenarbeit
- Overhead-Folien zur Präsentation der Ergebnisse

Auf den Einsatz des Schulbuches wird verzichtet. Ein wesentliches Ziel der Stunde ist es, sich aus praxisnahem Arbeitsmaterial die notwendigen Informationen selbstständig zu erarbeiten.

## 5 Verwendete Literatur

- [www.gesundheitsreform.de](http://www.gesundheitsreform.de)
- [www.bundesgesundheitsministerium.de](http://www.bundesgesundheitsministerium.de)
- [www.heute.t-online.de](http://www.heute.t-online.de)
- [www.tagesschau.de](http://www.tagesschau.de)
- [www.destatis.de](http://www.destatis.de)
- Südkurier vom 17.01.2004
- FAZ vom 16.01.2004
- Graphiken von Globus
- BARMER SPEZIAL:  
Die Gesundheitsreform

Verlaufsplan

Lernziel/ geplantes Lernverhalten/geplante Fragen	Geplante Schülerverhalten/ geplante Schülerantworten	Methodische- didaktische Hinweise	Zeit
<p><b>Einstieg:</b> Folie „Prügel für Zahnärztin“ Wer liest bitte den kurzen Zeitungsartikel vor? Wogegen richtet sich eigentlich die Aggression dieses Mannes?</p> <p>Weshalb muss er 10 € bezahlen?</p>	<p>Schüler liest vor. Es passt ihm nicht, dass er 10 € Praxisgebühr bezahlen muss. (Hier kann auch gleich die Antwort „gegen die Gesundheitsreform“ kommen)</p> <p>Weil Patienten dies seit der Gesundheitsreform bezahlen müssen.</p>	<p>Me: Overhead Af: fragend-entwickelnd Sf: frontal Uv: induktiv</p>	2 Min.
<p>Genau diese Gesundheitsreform wollen wir uns heute anschauen. Wir wollen wissen, warum sie nötig war, welche Ziele mit ihr verfolgt werden und welche Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen sich konkret ändern.</p> <p>Bitte teilt euch dazu <b>nach meiner Ansage zum Organisatorischen</b> in sechs Gruppen auf. Ihr bekommt jeweils einen Arbeitsauftrag, den ihr selbstständig bearbeitet und nachher präsentiert. Jede Gruppe hat ein anderes Thema und auf jedes Thema kommt es an!</p> <p>Zwei Gruppen haben Hörbänder und zwei Gruppen brauchen den PC, um ihre Aufgabe zu lösen. Bitte stellt die Geräte nicht zu laut ein, damit die anderen nicht gestört werden. Ich muss mich zuerst um die PC-Gruppen kümmern, deshalb bitte ich die anderen zunächst ihre Texte und Aufgaben zu lesen, dann stehe ich für Fragen wieder zur Verfügung.</p> <p>Bildet jetzt bitte die Gruppen, während ich die Arbeitsaufträge verteile. Zur Bearbeitung habt ihr <b>15 Minuten</b> Zeit. Behaltet bitte die Uhr hier im Auge!</p>	<p>Schüler bilden Gruppen</p> <p>Schüler erledigen den Arbeitsauftrag</p>	<p>Af: darstellend Sf: frontal</p>	3 Min.
<p>(Lehrer verteilt Arbeitsblätter + zeigt kurz die Benutzung der PC)</p>	<p>Schüler präsentieren ihre Arbeit</p>	<p>Me: Arbeitsblätter, PC Kassettenrekorder, Af: entdecken-lassend Sf: Gruppenarbeit Uv: induktiv</p> <p>Me: Overhead Af: darstellend Sf: frontal Uv: deduktiv</p>	15 Min. 25 Min.
<p>Puffer: Der Text „Querdenker“ von Arbeitsgruppe 6 wird im Plenum thematisiert.</p>			

## 6 Schwierigkeiten

Der Unterricht ist zeitlich eng bemessen. Aufgrund der Klassengröße ist eine straffe Organisation erforderlich, wenn sechs unterschiedliche Gruppen präsentieren sollen, es also keine Kontrollgruppen (doppelt besetzte Themen) geben soll. Wenn der zeitliche Rahmen knapp wird, kann bei der Gruppe 4 und 5 sowohl auf einzelne Definitionen als auch auf vollständige Zuordnung aller Begriffe im Plenum verzichtet werden.

### Einstiegsfolie

**BERLIN**

## **Prügel für Zahnärztin**

**Wegen der Praxisgebühr von zehn Euro hat ein 39-jähriger Mann in Berlin eine Zahnärztin und ihre Auszubildende verprügelt. „Als eine Zahnarzthelferin die Praxisgebühr verlangte, wurde der Patient rabiat und schlug um sich“, sagte eine Polizeisprecherin. (dpa)**

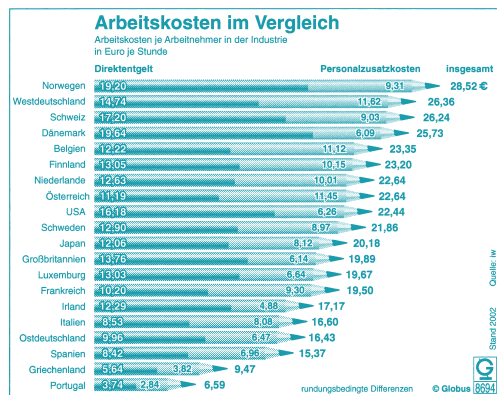
Südkurier 17.01.2004

ARBEITSBLATT/Folie Gruppe 1 (Lösungshorizont)

Beantwortet die Fragen!

Fragen 1 bis 3 beziehen sich auf die Sendung „ARD Wochenspiegel“ vom 25.01.04

1. Welche Gründe sprechen laut Expertenmeinung gegen eine Senkung der Beiträge der Krankenkasse?
  - Mindereinnahmen durch Arbeitslosigkeit
  - Zwang zum Abbau von Schulden der Krankenkassen
  
2. Welche bürokratischen Hemmnisse können Beitragssenkungen verhindern ?  
*Beispiel: Secuvita; Bundesversicherungsamt verweigert die Genehmigung für eine Senkung von 14,5 % auf 12,9 %, da nach Behördenmeinung dieser Satz nicht auskömmlich ist.*
  
3. Welche Einnahmen sollen die Krankenkassen dabei unterstützen, Beitragssenkungen durchzuführen?  
*Tabaksteuer*
  
4. Warum verzeichnen die Krankenkassen Mindereinnahmen aufgrund der hohen Arbeitslosigkeit! Begründe und beziehe die Erkenntnisse aus den Vorstunden in deine Überlegungen ein!  
*Arbeitslose erhalten weniger Geld vom Arbeitsamt (60 bis 67 %) des letzten Nettoverdienstes, Langzeitarbeitslose noch weniger. Da der Satz, den die Krankenkassenversicherung erhält, prozentual vom Verdienst bezahlt werden muss, sinken die Einnahmen der Krankenkassen durch viele Arbeitslose.*
  
5. Begründe anhand des Schaubildes, warum die Senkung der Beiträge zur Sozialversicherung ein so starkes Anliegen von Politikern und Wirtschaft ist!



Kostennachteil

Die Arbeitslosigkeit in Deutschland ist erschreckend hoch, Globalisierung und internationale Konkurrenz nehmen zu. Kein Wunder, dass die Lohn- und Lohnnebenkosten ins Rampenlicht geraten. Denn mit Arbeitskosten von über 26 Euro pro Industrie-Arbeitsstunde liegt Westdeutschland hinter Norwegen weltweit auf Platz zwei. Betrachtet man nur die Personalsatzkosten, dann liegt Westdeutschland mit 11,62 Euro – davon etwa die Hälfte für Sozialversicherungen – pro Arbeitsstunde sogar auf Platz eins. Die Lohnnebenkosten sind damit fast doppelt so hoch wie in den USA. Im internationalen Wettbewerb hat Deutschland somit einen Kostennachteil, der vor allem durch die Lohnnebenkosten und weniger durch die Direktentgelte verursacht wird. Die ostdeutsche Industrie produziert wesentlich günstiger, hier kostet die Arbeitsstunde weniger als beispielsweise in Italien. Allerdings sagen die Arbeitskosten allein noch nicht allzu viel über die tatsächliche Wettbewerbssituation einer Volkswirtschaft aus. Denn auch Faktoren wie Arbeitsqualität und Produktivität sind wichtig, wenn es um den internationalen Wettbewerb geht.

Globus

*Die Lohnnebenkosten in Deutschland sind weltweit die höchsten. Dadurch ergibt sich ein Wettbewerbsnachteil für die internationale Konkurrenzfähigkeit Deutschlands. Gerade Deutschland ist aber als stark exportlastiges Land auf international konkurrenzfähige Produkte angewiesen.*

*Der Kostennachteil wird durch die Lohnnebenkosten, von denen die Sozialversicherungen etwa 50 % betragen, und nicht durch die Direktentgelte verursacht.*

#### ARBEITSBLATT/Folie Gruppe 2 (Lösungshorizont)

**Statistisches Bundesamt warnt vor Überalterung der Bevölkerung in Deutschland**

#### **Nur noch in jedem dritten Haushalt wächst ein Kind auf**

Nur noch in jedem dritten Haushalt in Deutschland leben Kinder. Der Anteil jener Haushalte, in denen Männer, Frauen oder Paare alleine leben, stieg seit 1998 von 62,9 auf 65,2 Prozent an. Das geht aus dem „Statistischen Jahrbuch 2003“ hervor, das am Dienstag in Berlin vorgestellt wurde.

Die durchschnittliche Personenzahl pro Haushalt sank demnach von 2,3 in 1993 auf nun 2,1 Prozent. ... Angesichts der Zahlen zur Bevölkerungsentwicklung sprach Hahlen **von einer absehbaren dramatischen Alterung**. Von den 82,5 Millionen Menschen in Deutschland seien heute gut 20 Millionen (24 Prozent) über 60, 3,4 Millionen (4 Prozent) über 80 Jahre alt.

Für das Jahr 2050 sei mit 27,6

Millionen (37 Prozent) über 60 und mit 9,1 Millionen Menschen (12 Prozent) über 80 Jahre zu rechnen.

Dabei werde sich auch die Struktur der Bevölkerung im Erwerbsalter erheblich verändern. Während bei der Gruppe der jüngeren und mittleren Arbeitnehmer die Zahl zurückgehe, würden die 50- bis 64-Jährigen 2050 die stärkste Gruppe der Arbeitnehmer bilden.

Hahlen sprach von **gravierenden Folgen für die Sozialsysteme**. So sei mit einem massiven Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen zu rechnen. Die Finanzierung der Renten im Umlageverfahren sei in Frage gestellt. Die Krankenversicherungen müssen mit immer mehr älteren Menschen rechnen, die im Durchschnitt we-

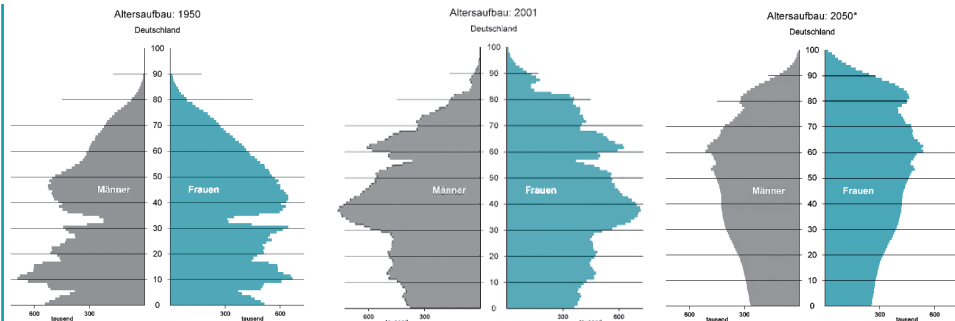
niger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen.

Als Hauptgrund nannte der oberste Statistiker die weiterhin niedrigen Geburtenzahlen in Deutschland. Im Jahr 2002 habe die Zahl der Geburten um 122.000 unter der Zahl der Sterbefälle gelegen; mit 720.000 lag sie nur noch knapp über der Hälfte des absoluten Höchstwerts von Deutschland, der 1964 mit 1,36 Millionen registriert wurde.

Bis 2050 kann dieses jährliche Geburtendefizit nach Angaben Hahlens auf 580 000 ansteigen. Der damit verbundene Alterungsprozess könne durch Zuwanderung zwar abgefedert, aber nicht verhindert werden.

(FAZ, 16.01.2004)





Quelle: <http://www.destatis.de/basis/d/bevoe/bevoegra2.htm>

1. Von der „Pyramide“ über die „zerzauste Tanne“ zur „Urne“: Welche Problematik ergibt sich im prognostizierten Altersaufbau der deutschen Bevölkerung und wofür führt der Leiter des Statistischen Bundesamtes, Dr. Hahlen, dies zurück? Zurückzuführen ist dies auf den starken Geburtenrückgang, der auch durch Zuwanderung nicht kompensiert werden kann.
2. Welche Auswirkungen auf die Kostenstruktur im Gesundheitswesen und die Beiträge der Krankenversicherungen sind zu erwarten? Begründe deine Aussage! Die Krankenversicherungen müssen für immer mehr ältere Menschen aufkommen und die Gebrechen (und Kosten) nehmen im Alter zu! Die Einzahlungen der älteren Menschen gehen aber zurück, da sie als Rentner nur i. d. R. verminderte Krankenversicherungsbeiträge aus der Rente bezahlen. Deshalb ist mit tendenziell höheren Kosten bei geringeren Einnahmen und damit mit steigenden Beiträgen zu rechnen.

### ARBEITSBLATT/Folie Gruppe 3 (Lösungshorizont)

#### Unser Gesundheitssystem: Leistungsstark, aber verbesserungsbedürftig

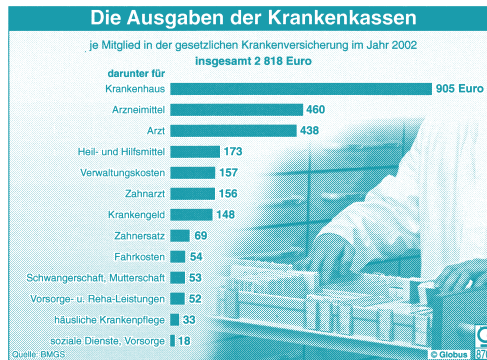
Unser Gesundheitssystem ist leistungsfähig. Die gesetzliche Krankenversicherung ist das Herzstück des Sozialstaats und eine der größten Errungenschaften unserer Gesellschaft. Sie sorgt dafür, dass bei uns jeder, der krank wird, unabhängig von Alter und Einkommen die medizinische Versorgung bekommt, die er braucht. Und zwar auf der Höhe des medizinischen Fortschritts. [...]

Diese Sicherheit ist aber nicht so selbstverständlich, wie viele glauben. Zum einen haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen grundlegend verändert. Zum anderen läuft auch innerhalb des Systems nicht alles so, wie es sollte. [...]

Die Kluft zwischen dem, was therapeutisch möglich ist und dem, was die gesetzlichen Krankenkassen noch bezahlen können, wird zunehmend größer. Das heißt: Ohne grundlegende Reformen kommen auf die Erwerbstätigen in Zukunft immer höhere Beiträge für die gesetzliche Krankenversicherung zu oder eine Reduzierung der Leistungen. [...]

### Mangelnde Qualität trotz hoher Ausgaben

Aus den Beiträgen ihrer Versicherten steht der gesetzlichen Krankenversicherung die gewaltige Summe von über 140 Milliarden Euro zur Verfügung. Dennoch hat unser Gesundheitswesen erhebliche Qualitätsmängel in der medizinischen Versorgung. Experten haben ein Nebeneinander von Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt: Manche Patienten erhalten zu viele Leistungen und Medikamente, andere zu wenig und wieder andere die falschen. Das schadet der Gesundheit der Betroffenen und verursacht unnötige Kosten. Der Grund dafür: unzureichende Koordination vieler Behandlungsprozesse. Das System richtet sich nur unzureichend nach den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten. [...]



### Fehlender Durchblick

Das Gesundheitswesen ist für die Patientinnen und Patienten da. Doch die haben kaum eine Chance, es zu durchschauen: Was ist die richtige Therapie, welches Medikament nützt mir wirklich, werde ich gut oder schlecht beraten? Sie müssen darauf vertrauen, dass beim Arzt und im Krankenhaus, in der Apotheke oder in der Arzneimittelentwicklung stets das Beste, das Sinnvollste und das Wirksamste für sie getan wird. Aber nur gut informierte Patientinnen oder Patienten können eigenständig urteilen und entscheiden und ihren Teil der Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Patientinnen und Patienten müssen mehr im Mittelpunkt unseres Gesundheitswesens stehen: **Behandlung muss immer auch Beteiligung sein.**

Das bedeutet: Um den solidarischen Charakter unseres Gesundheitssystems zu erhalten, müssen wir die Finanzierung von Leistungen auf das Notwendige konzentrieren und zugleich die vorhandenen Mängel des Systems beheben. [...]

(SACHVERSTÄNDIGENRAT für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Vorwort zum Gutachten 2003, Kurzfassung)

1. In welchen Bereichen geben die Krankenkasse am meisten Geld aus?  
*Die höchsten Pro-Kopf-Ausgaben liegen im Krankenhaus- und Arzneimittelbereich, gefolgt von den Ausgaben für Ärzte.*
2. Welche Probleme der gesetzlichen Krankenkassen sieht der Sachverständigenrat?  
*Probleme innerhalb des Systems:*
  - *Kluft zwischen dem, was therapeutisch möglich ist (medizinischer Fortschritt) und dem, was die gesetzlichen Kassen bezahlen können, vergrößert sich ständig. Gefahr: höhere Beiträge oder Reduktion der Leistung.*
  - *Mangelnde Qualität in der medizinischen Versorgung: Über-, Unter-, Fehlversorgung.*
  - *Unzureichende Koordination der betreuenden Personen.*
  - *Fehlende Transparenz und Verständlichkeit für die Patienten, keine Kontrollmöglichkeit.*

3. Interpretiere den Satz: „Behandlung muss immer auch Beteiligung sein“!  
*Dieser Satz spielt auf die Eigenverantwortung der Patienten an, nur mit eigenem Zutun kann eine Behandlung optimal ablaufen. Dies bedeutet, dass sich der Patient aktiv um seine Heilung kümmern, sich informieren und sich auch finanziell etwas beteiligen muss.*

**ARBEITSBLATT/Folie Gruppe 4: Ziele der Gesundheitsreform (Lösungshorizont)**

Lies zunächst die Frage 1 und höre dann die Kassette dazu!

Ausschnitt aus dem Filmbericht der Netz-Reporterin Jasmin Hermann zur dritten Fachveranstaltung der Reihe „**Gesundheit geht vor**“ zum Thema „Effizienz folgt Transparenz – Mehr Mitsprache für mehr Wirtschaftlichkeit“ am 02.12.2003 in Hamburg

1. Welche der folgenden „neuen“ Begriffe der Gesundheitsreform spricht Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in dem Ausschnitt ihrer Rede an?  
 Streiche diejenigen Begriffe, die **nicht** in der Rede vorkommen!

~~Patientenquittung / Hausarztssystem / Festbetragsregelung bei Arzneimitteln / Elektronische Gesundheitskarte / Ambulante Behandlung (Verträge zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und Krankenhäusern) / neue Honorare für Apotheker / Boni (Versichertenbonus) / Medizinische Versorgungszentren (Kompetenzzentren) / Wettbewerb (freie Preise) bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten / Mitspracherecht bzw. Interessenvertretung durch Patienten- und Behindertenverbände / Fortbildungspflicht und Qualitätsprüfung von Ärzten / Versandhandelsapotheken / Patientenbeauftragte / Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit / Disease-Management~~

2. Suche die nicht gestrichenen Fachbegriffe der Gesundheitsreform aus dem beiliegenden Glossar (Wörterverzeichnis mit Erklärung) heraus. Versuche die Begriffe deinen Klassenkameraden anhand von Stichworten zu erklären! Verwende die **beiliegende Folie** zur Präsentation!
3. Das Programm der Gesundheitsreform basiert auf drei Kernabsichten: Ordne die von dir herausgehörten Begriffe diesen Kernabsichten zu!

Mehr Mitsprache	Mehr Qualität	Mehr Effizienz
Die Gesundheitsreform stärkt die Informationsmöglichkeiten, Beteiligungsrechte und eigenverantwortung von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten.	Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird. Sie fördert gezielt die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.	Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Deshalb stärkt sie den Wettbewerb und ermöglicht leistungsfähige Strukturen.
<i>Versichertenbonus</i>	<i>ambulante Behandlung im Krankenhaus</i>	<i>Wettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten</i>
	<i>Disease-Management</i>	<i>Versandhandelsapotheken</i>
	<i>Medizinisches Versorgungszentrum</i>	

**Glossar** (Wörterverzeichnis mit Erklärung) zur Gesundheitsreform:

Schlagwort:	Erklärung:
<b>Ambulante Behandlung im Krankenhaus</b>	Verträge mit Ärzteschaft → Angebot von hoch spezialisierten ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich → besonders wichtig im ländlichen Bereich für chronisch kranke Menschen.
<b>Versichertenbonus</b>	Krankenkassen belohnen gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitglieder, z.B. Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen durch Nachlässe.
<b>Disease-Management</b>	Krankheitsmanagement: durch Aufbrechen von Abschottung und Abgrenzung der einzelnen Sektoren wird eine integrierte Versorgung erreicht, d.h. das Wissen aller med. Leistungserbringer wirkt koordiniert zusammen zum Wohl des Patienten.
<b>Wettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten</b>	Im Gegensatz zu bisher: freie Preise und Wettbewerb unter Apotheken.
<b>Versandhandelsapotheken</b>	Auch Internetapotheken, bisher in Deutschland verboten, können künftig mit den Apotheken konkurrieren. Vorteil z.B. für Berufstätige. Pharmazeutische Fachberatung und Leitung muss sichergestellt sein.
<b>Medizinisches Versorgungszentrum</b>	Einrichtungen für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete und nichtärztlicher Heilberufe. „Medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand.“

### Transkription des Original-Tons von Ulla Schmidt

#### Gesundheit geht vor (ARBEITSBLATT 4)

Filmbericht der Netz-Reporterin Jasmin Hermann zur dritten Fachveranstaltung der Reihe „Gesundheit geht vor“ zum Thema „Effizienz folgt Transparenz – Mehr Mitsprache für mehr Wirtschaftlichkeit“ am 02.12.2003 in Hamburg

Wir haben jetzt neue Möglichkeiten der Vertragsgestaltung. Zum Beispiel, dass wir alles beseitigt haben, was verhindert, dass Krankenhaus und niedergelassene Ärzteschaft sich zusammenschließen und im Interesse der Patienten Verträge schließen können. Die Kassen erhalten Anschubfinanzierungen. Die bürokratischen und finanziellen Hemmnisse sind beseitigt. Aber jetzt muss vorbereitet werden: wie schließen wir die Verträge. Zum Beispiel bei den Disease-Management-Programmen, den Chroniker-Programmen, die wir gestartet haben. Da sollen die Verträge geschlossen werden.

Und die Kassen können ihren Versicherten Boni anbieten. Sie können sagen: Hier hast Du ein Programm, in dem wir Dir garantieren, dass Du nach dem neuesten Stand der Wissenschaft behandelt wirst. Wo Du einwilligst, dass diejenigen, die Dich behandeln, sich miteinander absprechen in Deinem Interesse. Wo Du auch einwilligst, dass Du das tust, was Du tun kannst, um zu einer guten Behandlung Deiner Krankheit beizutragen. Und wer sich als Patient dafür entscheidet, kann einen Beitragsbonus bekommen. Oder er muss weniger Zuzahlungen leisten. Oder die Praxisgebühr kann gestrichen werden.

**Diese Angebote müssen für die Patienten da sein. Denn wir wollen, dass die Qualität der Versorgung verbessert wird und dass wir gleichzeitig wirtschaftlich sind. Und im Apothekenbereich gibt es Neues: mit Versandhandelsapotheken, mit mehr Wettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Da ist eine ganze Menge drin. Aber wirken tut das nur, wenn die Akteure das auch wirklich umsetzen.**

#### Mehr Qualität für die Patienten (ARBEITSBLATT 5)

Filmbericht der Netz-Reporterin Jasmin Hermann zur zweiten Fachveranstaltung der Reihe „Gesundheit geht vor“ zum Thema „Die Gesundheitsreform: Qualität sichern und verbessern“ am 28.10.2003 in Dresden

Diese Gesundheitsreform wird den Patienten und Patientinnen großen Nutzen bringen, denn wir verbessern die Qualität der medizinischen Versorgung ganz entscheidend.

So sind Ärzte zukünftig zur Fortbildung verpflichtet, damit sie die Behandlung nach dem neuesten medizinischen Stand durchführen können. In den Kassenarztpraxen wird ein Qualitätsmanagement eingeführt. Auch die neue Form der Vergütung setzt Anreize für eine bessere medizinische Behandlung. Denn in Zukunft ist der Krankheitszustand der Patientinnen und Patienten maßgeblich für die Bezahlung der Ärzte. An den Kliniken werden Kompetenzzentren für bestimmte Krankheiten gebildet. Das heißt, dass z. B. Krebspatientinnen und -patienten auch zur Nachsorge dorthin können und ihre Therapie in einer Hand liegt, anstatt dass sie von Arzt zu Arzt laufen müssen. Dasselbe gilt für die geplanten medizinischen Zentren, in denen Patientinnen und Patienten eine fachliche Rundumversorgung bekommen werden. Die geplante Stiftung und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen soll den Nutzen von Therapien und Medikamenten bewerten und nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen Behandlungsleitlinien für die wichtigsten Krankheiten entwickeln. Es soll außerdem verständliche Informationen für die Patientinnen und Patienten bereitstellen. Mit der Patientenquittung und der elektronischen Gesundheitskarte, die es ab 2006 geben wird, können sich nicht nur die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch Patientinnen und Patienten einen Überblick über den Stand der Behandlung und alle nötigen Daten verschaffen. Unnötige Doppeluntersuchungen oder die Verschreibung von Medikamenten, die nicht zusammen eingenommen werden dürfen, können so ausgeschlossen werden. Patientinnen und Patienten erhalten außerdem mehr Mitspracherechte. Die Patienten- und Behindertenverbände wie auch Selbsthilfe-Gruppen bekommen in den zuständigen Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens ein Antrags- und Mitspracherecht. Auf Bundesebene wird es einen Patientenbeauftragten geben.

**ARBEITSBLATT/ Folie Gruppe 5: Ziele der Gesundheitsreform Lösungshorizont**

Lies zunächst die Frage 1 und höre dann die Kassette dazu!

Filmbericht der Netz-Reporterin Jasmin Hermann zur zweiten Fachveranstaltung der Reihe „Gesundheit geht vor“ zum Thema „Die Gesundheitsreform: Qualität sichern und verbessern“ am 28.10.2003 in Dresden

1. Welche der folgenden „neuen“ Begriffe der Gesundheitsreform spricht Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in dem Ausschnitt ihrer Rede an?

Streiche diejenigen Begriffe, die **nicht** in der Rede vorkommen!

Patientenquittung / ~~Hausarztssystem~~ / ~~Festbetragsregelung bei Arzneimitteln~~ / Elektronische Gesundheitskarte / ~~Ambulante Behandlung (Verträge zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und Krankenhäusern)~~ / ~~neue Honorare für Apotheker~~ / ~~Boni (Versichertenbonus)~~ / Medizinische Versorgungszentren (Kompetenzzentren) / ~~Wettbewerb (freie Preise) bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten~~ / Mitspracherecht bzw. Interessenvertretung durch Patienten- und Behindertenverbände / Fortbildungspflicht und Qualitätsprüfung von Ärzten / ~~Versandhandelsapotheken~~ / Patientenbeauftragte / Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit / ~~Disease Management~~

2. Suche die nicht gestrichenen Fachbegriffe der Gesundheitsreform aus dem beiliegenden Glossar (Wörterverzeichnis mit Erklärung) heraus. Versuche die Begriffe deinen Klassenkameraden anhand von Stichworten zu erklären! Verwende die **beiliegende Folie** zur Präsentation!

3. Das Programm der Gesundheitsreform basiert auf drei Kernabsichten: Ordne die von dir herausgehörten Begriffe diesen Kernabsichten zu!

Mehr Mitsprache	Mehr Qualität	Mehr Effizienz
Die Gesundheitsreform stärkt die Informationsmöglichkeiten, Beteiligungsrechte und eigenverantwortung von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten.	Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird. Sie fördert gezielt die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.	Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Deshalb stärkt sie den Wettbewerb und ermöglicht leistungsfähige Strukturen.
<i>Patientenquittung</i>	<i>qualitätsgeprüfter Arzt</i>	<i>Elektronische Gesundheitskarte</i>
<i>Elektronische Gesundheitskarte</i>	<i>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</i>	
<i>Interessenvertretung Mitspracherecht</i>	<i>Medizinische Versorgungszentren</i>	
<i>Patientenbeauftragte</i>		

**Glossar** (Wörterverzeichnis mit Erklärung) zur Gesundheitsreform:

Schlagwort:	Erklärung:
<b>Patientenquittung</b>	<i>Bescheinigung durch die der Patient nachvollziehen kann, welche Behandlungen bei ihm angewandt wurden.</i>
<b>Elektronische Gesundheitskarte</b>	<i>Ab 2006 im Einsatz, enthält neben den Versicherten-daten auf freiwilliger Basis weitere Daten der Patienten wie Blutgruppe, Allergien, chronische Erkrankung.</i>
<b>Interessenvertretung/ Mitbestimmung</b>	<i>Ab 2004 Pflicht, dass in allen Gremien organisierte Patientenvertreter unmittelbar in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.</i>
<b>Patientenbeauftragte</b>	<i>Interessen der Patienten werden auf Bundesebene vertreten. Zentrale Stelle für Anfragen und Beschwerden.</i>
<b>qualitätsgeprüfter Arzt</b>	<i>Ärztinnen und Ärzte müssen sich künftig regelmäßig fortbilden und dies nachweisen (qualitätsgeprüfte Seminare, frei von wirtschaftlichen Interessen).</i>
<b>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</b>	<i>Überprüft Arzneimittel, Therapien und Operationsverfahren auf ihren Nutzen und bewertet diese nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Patienten erhalten Informationen in leicht verständlicher Sprache.</i>
<b>Medizinische Versorgungszentren</b>	<i>Einrichtungen für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete und nichtärztlicher Heilberufe. „Medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand.“</i>

### Glossar der Gesundheitsreform (wird Gruppe 4 und 5 ausgehändigt)

Glossar: GESUNDHEITSREFORM

#### Ambulante Behandlung im Krankenhaus

Durch Kooperation mit den Ärzten können Krankenhäuser künftig hoch spezialisierte fachärztliche Leistungen anbieten. Dies ist besonders wichtig in ländlichen Gegenden und für chronisch kranke Menschen.

#### Bonusprogramm

Krankenkassen können ihren Versicherten einen Bonus gewähren, wenn sie sich für ihre eigene Gesundheit engagieren und die Leistungen des Gesundheitssystems sinnvoll nutzen. Dazu gehört z. B. die regelmäßige Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Über die konkrete Ausgestaltung solcher Bonussysteme entscheidet jede Krankenkasse individuell. Die „Belohnung“ für die Versicherten kann eine Ermäßigung bei den Zuzahlungen und Praxisgebühren sein, eine Beitragsermäßigung



oder andere Prämien. Es gibt viele Möglichkeiten, die Menschen zur aktiven Erhaltung ihrer Gesundheit oder zum verantwortungsvollen Umgang mit ihrer Krankheit zu motivieren. Jede Krankenkasse findet andere Lösungen. Die Versicherten können vergleichen, wo es die besten Angebote für ihre Bedürfnisse gibt, und sich für das beste Angebot entscheiden.

### Disease-Management (s. Integrierte Versorgung)

#### Gesundheitskarte

Die Patientinnen und Patienten werden ihre Gesundheitsdaten zukünftig selbst in der Hand haben. Ab 2006 wird die bisherige Krankenversichertenkarte durch eine elektronische Gesundheitskarte ersetzt. Sie wird die Versichertenangaben enthalten und alle Daten, die zur Ausgabe eines elektronischen Rezepts erforderlich sind. Dazu, auf freiwilliger Basis, gibt es einen medizinischen Teil mit Gesundheitsdaten.

Das bedeutet konkret: Jeder, der dies möchte, kann die Daten erfassen lassen, die für die eigene Gesundheit wichtig sind: Von der Dokumentation eingenommener Arzneimittel bis zu Notfallinformationen wie Blutgruppe, Allergien oder chronische Erkrankungen. Die Patientinnen und Patienten entscheiden selbst, in welchem Umfang Daten gespeichert werden sollen und wem sie diese Daten zugänglich machen wollen. Damit kein Unberechtigter Zugang zu den Daten bekommt, funktioniert der Zugriff auf die Gesundheitsdaten nur zusammen mit einem elektronischen Heilberufsausweis. Er ist der zweite „Schlüssel“, mit dem der Inhalt der Gesundheitskarte geöffnet werden kann.

Die Gesundheitskarte ist ein wichtiger Schritt zu mehr Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten. Und sie wird ein wichtiger Schlüssel zur einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit aller Beteiligten im Gesundheitswesen sein. Sie schafft die Grundlagen für die Vernetzung von über 70 Millionen Versicherten, 270.000 Ärzten, 77.000 Zahnärzten, über 2.200 Krankenhäusern, rund 22.000 Apotheken und mehr als 300 Krankenkassen.

#### Internetapotheke/Versandapotheke

Die „Internetapotheke“ wird als Schlagwort meist mit Versandhandel von Arzneimitteln gleichgesetzt, obwohl das streng genommen nicht das Gleiche ist: Eine Versandapotheke kann ihr Bestellsystem natürlich auch anders organisieren als über das Internet.

Wie in anderen europäischen Staaten längst üblich, ist der Versandhandel von apothekenpflichtigen Arzneimitteln nun auch in Deutschland freigegeben. Davon profitieren vor allem Bürgerinnen und Bürger, die berufstätig sind oder deren Mobilität eingeschränkt ist. Dabei wird durch gezielte Regelungen sichergestellt, dass fairer Wettbewerb zwischen den Präsenzapotheken und den Apotheken mit zusätzlichem Versandhandel oder elektronischem Handel besteht. Die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung durch Apotheken bleibt gesichert. Für Versandapotheken gelten selbstverständlich die gleichen hohen Maßstäbe im Hinblick auf Verbraucherschutz und Arzneimittelsicherheit, wie man das auch von der öffentlichen Apotheke vor Ort kennt. Sie dürfen nur solche Arzneimittel liefern, die für den deutschen Markt zugelassen sind und die Informationen in deutscher Sprache enthalten. Auch bei der Versandapotheke und Internetapotheke muss, selbst wenn sie sich im europäischen Ausland befindet, die kompetente Beratung in deutscher Sprache gewährleistet sein und von pharmazeutischem Personal durchgeführt werden.



### Freie Preise für rezeptfreie Arzneien

Die Preise für nicht verschreibungspflichtige Arzneien und Produkte werden künftig nicht mehr gesetzlich vorgeschrieben, sondern unterliegen dem freien Wettbewerb. Jeder entscheidet zukünftig durch die Wahl seiner Apotheke, was er von den jeweiligen Preisen hält.

### Patientenquittung

Patientinnen und Patienten können besser durchschauen, welche Leistungen ein Arzt zu welchen Kosten erbracht hat. Wer dies wünscht, erhält deshalb zukünftig vom Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus eine Patientenquittung: eine Kosten- und Leistungsinformation in verständlicher Form.

Vielen Patienten ist das Abrechnungssystem der Ärzte nicht geheuer. Vielfach wird Ärzten unterstellt, dass sie fehlerhaft abrechnen und den Krankenkassen manche Leistung in Rechnung stellen, die sie gar nicht erbracht haben. Solche pauschalen Verdächtigungen sind natürlich ungerecht, aber sie zeigen auch, wie wichtig es ist, mehr Transparenz ins Leistungs- und Abrechnungsgeschehen zu bringen. Zwar schätzt die „Arbeitsgruppe Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen“, dass bis zu 20 Prozent der Ärzte regelmäßig oder unregelmäßig unkorrekt abrechnen (nach Aussagen von Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied des Bundesverbandes der Innungskrankenkassen [IKK] und Vorsitzender der Arbeitsgruppe Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen, zit. n. Osnabrücker Zeitung v. 13.10.2001). Aber fairerweise muss gesagt werden, dass dies keineswegs immer in betrügerischer Absicht geschieht.

Die Patientenquittung schafft hier Abhilfe. Sie bringt mehr Durchschaubarkeit, eine bessere Kontrolle für alle Beteiligten, und falsche Verdächtigungen können aus der Welt geschafft werden. Damit festigt sich vor allem das Vertrauen zwischen Arzt und Patient – die Voraussetzung für jede erfolgreiche Behandlung und ein Beitrag zu einer gleichberechtigten Partnerschaft.

### Praxisgebühr

Alle Versicherten zahlen eine Praxisgebühr beim Arzt- und Zahnarztbesuch. Die Praxisgebühr fällt allerdings nur ein Mal pro Quartal an, egal wie oft der Patient zum Arzt geht und egal wie viele Ärzte er (mit Überweisung) aufsucht. Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr sind gänzlich von dieser Gebühr befreit.

Sozialhilfe-Empfänger sind mit gesetzlich Versicherten gleichgestellt. Die Untersuchungen zur Vorsorge und Früherkennung, z. B. die Brustkrebs-Früherkennung beim Frauenarzt oder die jährliche Zahnkontrolle im Rahmen der Bonusregelung, sind generell zuzahlungsfrei. Dasselbe gilt für Schutzimpfungen. Im Übrigen wird niemand übermäßig belastet, wenn aufgrund von Krankheit mehrere Arztbesuche pro Jahr fällig werden. Die Gesundheitsreform sorgt durch klare Belastungsobergrenzen dafür, dass die soziale Balance gewahrt bleibt: Die jährliche Eigenbeteiligung der Versicherten (dazu zählen neben der Praxisgebühr auch Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie die Zuzahlungen bei Krankenhausaufenthalten) darf 2 % der Bruttoeinnahmen nicht überschreiten. Für chronisch Kranke liegt die Obergrenze bei 1 %. Auf Familien wird besondere Rücksicht genommen: Freibeträge für Kinder und nicht berufstätige Ehepartner vermindern die zugrunde gelegten Bruttoeinnahmen.

### Patientenbeauftragte/Patientenbeauftragter

Die Gesundheitsreform fordert mehr Verantwortung von den Patientinnen und Patienten. Sie sollen stärker mitreden und mitentscheiden und aktive Partner im Behandlungsprozess sein. Mit der Berufung einer oder eines Patientenschutzbeauftragten auf Bundesebene werden die Interessen der Patientinnen und Patienten deshalb entscheidend in den Vordergrund gerückt.

Der Ausbau der Patientensouveränität und die Verbesserung der Kompetenz durch Information ist Voraussetzung für die Wahrnehmung der eigenen Rechte. Der oder die Patientenschutzbeauftragte sorgt dafür, dass die Belange von Patientinnen und Patienten stärker beachtet und die Weiterentwicklung der Patientenrechte gefördert werden. Sie setzen sich darüber hinaus für die Schaffung von Beteiligungs- und Informationsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten im Gesundheitswesen ein.

Der oder die Patientenbeauftragte verbessert die Transparenz im Gesundheitswesen und bringt im ständigen Dialog mit Patientenverbänden und Organisationen die Belange der Patienten in die Öffentlichkeit. Alle Patientinnen und Patienten können sich mit Anfragen und Beschwerden an diese neue Stelle wenden.

### Interessenvertretung/Mitspracherecht

Ab 2004 wird es in allen Gremien zur Pflicht, dass Vertreter organisierter Patienteninteressen unmittelbar in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.

### Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

Bei einigen Leistungen, die heute in der Medizin erbracht werden, ist nicht sicher, ob sie dem Patienten wirklich nutzen. Gleichzeitig werden neueste wissenschaftliche Erkenntnisse häufig nur mit großer Verzögerung in der medizinischen Versorgung angewandt. Vielfach ist nicht nachvollziehbar, nach welchen Kriterien bestimmte Leistungen in den Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufgenommen werden oder nicht. Wir brauchen mehr Gewissheit über den wirklichen Nutzen von Therapien und Medikamenten, denn jeder Euro, der für unnötige Leistungen verschwendet wird, fehlt in der notwendigen Versorgung. Aus diesem Grund benötigen wir eine unabhängige Institution, die zuverlässig wissenschaftliche Erkenntnisse zusammenträgt und den Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen und auch den Bürgerinnen und Bürgern zur Verfügung stellt. Deshalb sieht die Gesundheitsreform vor, dass Krankenkassen, Krankenhäuser und Ärzte ein gemeinsames Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen gründen. Dieses Institut hilft, die Qualität und Transparenz unseres Gesundheitswesens zu verbessern.

Hier werden medizinische Behandlungen, Operationsverfahren oder auch Arzneimittel auf ihren Nutzen untersucht und bewertet, immer nach dem jeweiligen aktuellen Stand in der Wissenschaft. Dazu gehört auch die Empfehlung von Behandlungen bei bestimmten Krankheiten (Leitlinien), um auch den Ärztinnen und Ärzten eine verlässliche Orientierung geben zu können und sagen zu können, was der aktuelle medizinische Wissensstand ist. Das alles wird so beschrieben, dass auch Patientinnen und Patienten diese Informationen verstehen und als Grundlage für das Gespräch mit ihrem Arzt nutzen können. Die Funktion des Instituts kann man also mit der „Stiftung Warentest“ vergleichen.

Das Institut schafft darüber hinaus mehr Klarheit bei der Frage, warum die Krankenkassen eine bestimmte medizinische Leistung bezahlen oder nicht bezahlen. Bisher war es für Außenstehende schwer nachvollziehbar, warum eine Therapie, ein Arznei-

mittel usw. in den Leistungskatalog aufgenommen oder warum die Aufnahme abgelehnt wurde. In Zukunft werden die wissenschaftlichen Studien und Ergebnisse, die als Grundlage für diese Entscheidungen gedient haben, für alle Versicherten und Patienten zugänglich sein.

### Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete und nichtärztlicher Heilberufe. Sie bieten für die Patientinnen und Patienten eine besondere medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand: eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung Beteiligten und eine gemeinsame Verständigung über Krankheitsverlauf, Behandlungsziele und Therapie. So werden beispielsweise die Medikamente besser abgestimmt und Doppeluntersuchungen vermieden.

Zugleich geben medizinische Versorgungszentren jungen Ärztinnen und Ärzten die Chance, im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses in der ambulanten Versorgung tätig zu sein, ohne die ökonomischen Risiken einer Niederlassung auf sich nehmen zu müssen. Und die ermöglichen Teilzeitbeschäftigung für Ärztinnen und Ärzte.

Medizinische Versorgungszentren müssen unternehmerisch geführt und von zugelassenen Leistungserbringern im Gesundheitswesen gebildet werden. Dabei können Freiberufler und Angestellte in medizinischen Versorgungszentren tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren sind – wie niedergelassene Ärzte – im Rahmen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zuzulassen. Ein medizinisches Versorgungszentrum ermöglicht eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von den nichtärztlichen Aufgaben. Es bleibt mehr Zeit für die medizinische Arbeit, auch mehr Zeit zur Qualifikation und zur Wahrnehmung persönlicher Belange. Durch die gemeinsame Nutzung der Medizintechnik und technischer Einrichtungen sowie die Koordinierung und Konzentration der Behandlungen werden Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen.

### Integrierte Versorgung

Ein wesentliches Problem des deutschen Gesundheitswesens war die bislang starre Abschottung zwischen den einzelnen Sektoren und auch zwischen den Sozialleistungszweigen. Patientinnen und Patienten mussten immer noch allzu oft gerade an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Behandlung oder beim Übergang in Rehabilitationsmaßnahmen selbst aktiv werden und den Fortgang der für sie richtigen Therapie selbst recherchieren und organisieren, weil ihnen der richtige Ansprechpartner fehlte.

Angesichts der heutigen Herausforderungen – veränderte Altersstruktur mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen und Mehrfacherkrankungen, bestehende Fehl-, Über- und Unterversorgung, Notwendigkeit, mit begrenzten Mitteln das bestmögliche Ergebnis zu erzielen – müssen Abschottung und Abgrenzung zwischen den einzelnen Sektoren überwunden werden. Genau das ist das Ziel der integrierten Versorgung: Mit dem Instrument der integrierten Versorgung erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, ihren Versicherten eine abgestimmte Versorgung anzubieten, bei der Haus- und Fachärzte, ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer, ambulanter und stationärer Bereich sowie ggf. Apotheken und Patienten koordiniert zusammenwirken. Disease-Management bedeutet in diesem Zusammenhang nichts anderes als Krankheitsmanagement. Die Erfahrungen der Patienten, Angehörigen, der Ärzte und Wissenschaftler, mit denen der betreuende Arzt in Kontakt steht, bilden einen sich ständig ergänzenden und

natürlich auch verändernden Informationspool für Patienten und medizinische Betreuer.

Zwar sind bereits heute integrierte Versorgungsformen möglich, bisher aber haben die Beteiligten von dieser Möglichkeit kaum Gebrauch gemacht. Deshalb baut die Gesundheitsreform rechtliche Hemmnisse ab und setzt finanzielle Anreize, um den Ausbau der integrierten Versorgung zu fördern.

#### Gruppe 6 Fragen zum Film „ZDF WISO-Tipp“

1. Vervollständige die Folie zu den Leistungsänderungen der gesetzlichen Krankenversicherung, die durch die Gesundheitsreform seit 01.01.2004 in Kraft getreten sind!
2. Nimm zu folgendem Gedanken des „Querdenkers“ Stellung! Was bewegt ihn zu Recht und worin könnte sein „Denkfehler“ liegen?

#### Gesundheitsreform | [forum tagesschau.de](http://forum.tagesschau.de)

02.02.2004 14:07

Kommt es nur mir so vor oder trifft die Gesundheitsreform nur die Kranken?

Jemand der nicht zum Arzt geht, den interessiert auch keine Praxisgebühr und die Zuzahlung zu Medikamenten schon gar nicht.

Es könnte ihn allenfalls der Leistungskatalog, der miteinander in Wettbewerb stehenden Kassen interessieren. Da findet man Preisdifferenzen von so um die 1,5 %. Die Leistungen unterscheiden sich nicht wesentlich.

Also wen trifft, auf wen zielt diese Gesundheitsreform denn nun?

Auf die Kranken, speziell auf die chronisch Kranken und auf die Bezieher von Renten, die meist den Status eines Kranken bzw. chronisch Kranken gleich noch mit auf sich vereinen!

Fatal ist nur, dass diese Gruppe, im Gegensatz zu Menschen, die noch im Arbeitsleben stehen, nicht die Möglichkeit hat, die entstandenen Mehrkosten, die die Reform mit sich bringt, z.B. durch einen Nebenjob oder eine neu zu schaffende, zusätzliche Einkommensmöglichkeit auszugleichen.

Wie wir erkennen können, handelt es sich hier nicht etwa um eine Reform, bei der hätte man ja auch die Krankenkassen und deren Verwaltungen und was sonst noch dazu gehört mit in Betracht ziehen müssen.

Bei dieser sog. REFORM handelt es sich um eine einseitige, zusätzliche finanzielle und auch emotionale Belastung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe!

Ich frage: Was hat das alles noch mit Solidarität, wie sie von den Verantwortlichen dieses Machwerks eingefordert wird, zu tun?

Hoch lebe unsere Verfassung und der dort garantierte Gleichbehandlungsgrundsatz!

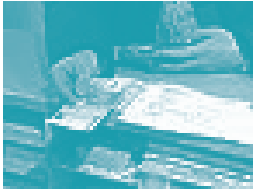


Querdenker

**Lösungshorizont:**

Oft sind tatsächlich die Älteren und Ärmere auch die chronisch Kranken, die eine Zuzahlung besonders trifft. Die Zuzahlungen sind aber begrenzt. Die Gesunden zahlen in den Solidartopf, ohne Leistungen zu beanspruchen und tragen damit viel zum Wohlergehen der Kranken bei.

**Gesundheitsreform – die wichtigsten Veränderungen zum 1. Januar 2004**

**LÖSUNGSHORIZONT** (gewollte Ergänzung der Schüler in **blauer Schrift**)

Was sich ändert	Wie es sich ändert	Ausnahmen	Anmerkungen
... beim Arztbesuch	Praxisgebühr von <b>10 €</b> pro Quartal beim <b>Arzt</b> und <b>Zahnarzt</b> 	<b>Überweisungen:</b> Wer von einem Arzt zu einem anderen Arzt im selben Quartal überwiesen wird, zahlt dort <b>keine</b> Praxisgebühr. <b>Vorsorge:</b> Kontrollbesuche beim Zahnarzt, Vorsorge- und Früherkennungstermine sind von der Praxisgebühr ausgenommen.	<b>10 € pro Quartal</b> bedeutet: egal wie oft man zu einem Arzt geht, und egal, zu wie vielen Ärzten man ( <b>mit Überweisung</b> ) geht: Man zahlt insgesamt nicht mehr als <b>10 €</b> Praxisgebühr innerhalb eines Quartals.
... bei Arznei- und Verbandmitteln	Zuzahlung von 10 % des Preises, jedoch mindestens <b>5 €</b> und maximal <b>10 €</b> für Arzneimittel. In jedem Fall nicht mehr als die Kosten des Mittels.  Grundsätzlich nicht mehr bezahlt: <b>rezeptfreie Arzneien</b>		<b>Beispiele:</b> Ein Medikament kostet 10 €. Die Zuzahlung beträgt den Mindestanteil von 5 €. Ein Medikament kostet 75 €. Die Zuzahlung beträgt 10 % vom Preis, also 7,50 €. Ein Medikament kostet 120 €. Die Zuzahlung ist auf den Maximalanteil von 10 € begrenzt.
... bei Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege	Zuzahlung von 10 % der Kosten des Mittels zuzüglich <b>10 €</b> je Verordnung		<b>Beispiel:</b> Wenn z. B. auf einem Rezept sechs Massagen verordnet werden, beträgt die Zuzahlung 10 € für diese Verordnung.
... im Krankenhaus	Zuzahlung von <b>10 €</b> pro Tag, aber begrenzt auf maximal <b>28 Tage</b> pro Kalenderjahr 		Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert 9 Tage.
Sterbegeld, Entbindungsgeld	<b>Werden aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen herausgenommen.</b>		
Sterilisation aus nicht-medizinischen Gründen	<b>Muss vom Versicherten künftig selbst finanziert werden.</b>		

Leistungen der Krankenkasse		Ausnahme:
künstliche Befruchtung	wird nur noch eingeschränkt von der Krankenkasse bezahlt	
Sehhilfen/Brillen	grundsätzlich keine Beteiligung der Krankenkasse mehr	für Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre und für schwer Sehbeeinträchtigte besteht weiterhin Leistungsanspruch. 
Fahrtkosten	Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung werden grundsätzlich nicht mehr von der Krankenkasse übernommen	
... beim Mutterschaftsgeld, Empfängnisverhütung, Schwangerschaftsabbruch, Krankengeld bei Erkrankung des Kindes	Werden zukünftig über Steuern finanziert. Für den Versicherten ändert sich nichts, da diese Leistungen auch weiterhin über die Krankenkasse abgerechnet werden.	Da es sich um Leistungen handelt, die im gesellschaftlichen Interesse sind, werden diese künftig aus Steuermitteln finanziert. Zu diesem Zweck wird die Tabaksteuer in drei Stufen bis 2005 um insgesamt 1 € pro Packung erhöht.
... beim Zahnersatz	Änderung voraussichtlich ab Mitte 2005	
... beim Krankengeld	muss ab 2006 selbst versichert werden	

Alle Zuzahlungen zusammen dürfen 2 % des Bruttoeinkommens nicht überschreiten, bei chronisch Kranken 1 %.

**Gründe für die Gesundheitsreform Lösungshorizont**

1. Der medizinische Fortschritt, verbunden mit dem höheren Lebensalter, treibt die Kosten tendenziell nach oben.
2. Die hohen Gesundheitsausgaben belasten die Lohnnebenkosten der Unternehmen.
3. Die Zahl älterer Menschen, die im Durchschnitt weniger einzahlen und mehr Leistungen in Anspruch nehmen, steigt.
4. Die Schere zwischen Einnahmen und steigenden Ausgaben in der GKV geht weiter auseinander, die Kassen bauen Defizite auf.
5. Die Qualität im Gesundheitswesen ist aufgrund abgeschotteter Strukturen nicht optimal, die Mittelverwendung nicht zielgenau und effektiv genug.

**Ziele der Gesundheitsreform**

Mehr Mitsprache	Mehr Qualität	Mehr Effizienz
Die Gesundheitsreform stärkt die Informationsmöglichkeiten, Beteiligungsrechte und eigenverantwortung von Versicherten, Patientinnen und Patienten. Ein wichtiger Schlüssel dazu ist mehr Transparenz bei Leistungen und Kosten.	Die Gesundheitsreform sorgt dafür, dass die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert wird. Sie fördert gezielt die koordinierte Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Bereichen des Gesundheitssystems.	Die Gesundheitsreform schafft Anreize, das Gesundheits- und Kostenbewusstsein auf allen Seiten zu fördern. Deshalb stärkt sie den Wettbewerb und ermöglicht leistungsfähige Strukturen.
<b>Versichertenbonus</b>	<b>ambulante Behandlung im Krankenhaus</b>	<b>Wettbewerb bei nicht-verschreibungspflichtigen Medikamenten</b>
<b>Patientenquittung</b>	<b>Disease-Management</b>	<b>Versandhandelsapotheken</b>
<b>Elektronische Gesundheitskarte</b>	<b>Medizinisches Versorgungszentrum</b>	<b>Elektronische Gesundheitskarte</b>
<b>Interessenvertretung</b>	<b>qualitätsgeprüfter Arzt</b>	
<b>Patientenbeauftragte</b>	<b>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</b>	

**Glossar** (Wörterverzeichnis mit Erklärung) zur Gesundheitsreform:

Schlagwort:	Erklärung:
<b>Ambulante Behandlung im Krankenhaus</b>	Verträge mit Ärzteschaft → Angebot von hoch spezialisierten ärztlichen Leistungen im ambulanten Bereich → besonders wichtig im ländlichen Bereich für chronisch kranke Menschen.
<b>Versichertenbonus</b>	Krankenkassen belohnen gesundheitsbewusstes Verhalten der Mitglieder, z. B. Teilnahme an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, durch Nachlässe.

Schlagwort:	Erklärung:
<b>Disease-Management</b>	<i>Krankheitsmanagement: Durch Aufbrechen von Abschottung und Abgrenzung der einzelnen Sektoren wird eine integrierte Versorgung erreicht, d.h., das Wissen aller medizinischen Leistungserbringer wird zum Wohl des Patienten koordiniert.</i>
<b>Wettbewerb bei nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten</b>	<i>Im Gegensatz zu bisher: freie Preise und Wettbewerb unter Apotheken</i>
<b>Versandhandelsapotheken</b>	<i>Auch Internetapotheken, bisher in Deutschland verboten, können künftig mit den Apotheken konkurrieren. Vorteil z.B. für Berufstätige. (Pharmazeutische Fachberatung und Leitung muss sichergestellt sein.)</i>
<b>Medizinisches Versorgungszentrum</b>	<i>Einrichtungen für eine Zusammenarbeit unterschiedlicher medizinischer Fachgebiete und nichtärztlicher Heilberufe. „Medizinische Versorgungsqualität aus einer Hand“.</i>
<b>Patientenquittung</b>	<i>Bescheinigung durch die der Patient nachvollziehen kann, welche Behandlungen bei ihm angewandt wurden.</i>
<b>Elektronische Gesundheitskarte</b>	<i>ab 2006 im Einsatz, enthält neben den Versichertendaten auf freiwilliger Basis weitere Daten der Patienten wie Blutgruppe, Allergien, chronische Erkrankungen.</i>
<b>Interessenvertretung</b>	<i>Ab 2004 Pflicht, dass in allen Gremien organisierte Patientenvertreter unmittelbar in den Entscheidungsprozess einbezogen werden.</i>
<b>Patientenbeauftragte</b>	<i>Interessen der Patienten werden auf Bundesebene vertreten. Zentrale Stelle für Anfragen und Beschwerden.</i>
<b>Qualitätsgeprüfter Arzt</b>	<i>Ärztinnen und Ärzte müssen sich künftig regelmäßig fortbilden und dies nachweisen (qualitätsgeprüfte Seminare, frei von wirtschaftlichen Interessen).</i>
<b>Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit</b>	<i>überprüft Arzneimittel, Therapien und Operationsverfahren auf ihren Nutzen und bewertet diese nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Patienten erhalten Informationen in leicht verständlicher Sprache.</i>