



GP

Gesundheitspolitische Informationen

01.11

www.bundesgesundheitsministerium.de

GESUNDHEIT BESSER MACHEN

Reformgesetze in Kraft

Mit den am 1. Januar 2011 in Kraft getretenen Reformen sorgt die Bundesregierung für ein dauerhaft stabiles und faires Gesundheitssystem, das die medizinische Versorgung auf hohem Niveau sichert und das zugleich für alle bezahlbar bleibt.

Mit dem Gesetz zur Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-FinG) und dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) hat der Deutsche Bundestag im November 2010



Gute Versorgung: auch in Zukunft

zwei richtungsweisende Reformen beschlossen. Die akut drohende Unterfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Milliardenhöhe wurde verhindert. Vor allem aber wurden wichtige Weichen für die Zukunft der Gesundheitsversorgung gestellt,

mit mehr Wettbewerb, Transparenz und Fairness. Ein Überblick:

Weiterentwicklung der Zusatzbeiträge

Die gesetzliche Krankenversicherung wird bislang vor allem durch die einkommensbezogenen Beiträge von Versicherten und Arbeitgebern finanziert. So führen Ausgabensteigerungen im Gesundheitswesen zwangsläufig zu steigenden Lohnkosten. Durch das Umsteuern hin zu einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen wird dieser Automatismus durchbrochen. Die Arbeitskosten werden schrittweise von den Gesundheitskosten entkoppelt, Wachstum und Beschäftigung langfristig gefördert. Die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung wird unabhängiger von konjunkturellen Schwankungen. Das schafft dauerhafte Stabilität und Planungssicherheit bei den GKV-Finzen.

Gerechter Sozialausgleich

Den einkommensunabhängigen Zusatzbeiträgen der Versicherten wird ein fairer und unbürokratischer Sozialausgleich zur Seite gestellt. Der Sozialausgleich sorgt dafür, dass niemand finanziell überfordert wird. Er wird aus Steuermitteln finanziert und damit von der gesamten Gesellschaft getragen.

> Fortsetzung auf Seite 2

Liebe Leserin, lieber Leser,



die Patienten in Deutschland werden sehr gut versorgt: wohnortnah und qualitativ hochwertig nach dem aktuellen

Stand des medizinischen Fortschritts. Darum beneiden uns viele Länder. Um dies auch folgenden Generationen garantieren zu können, hat die Bundesregierung zur Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung die richtigen Weichen gestellt. Damit Gesundheit bezahlbar bleibt. Damit die Menschen in Deutschland auch künftig beruhigt zum Arzt gehen können.

Vieles bleibt zu tun: Wir werden die Bedingungen für Ärzte verbessern, sich vermehrt in ländlichen Gebieten niederzulassen. Wir wollen die gesundheitliche Prävention fördern und die Rolle der Ärzte darin stärken. Wir werden die Rechte der Patienten weiter stärken und dafür sorgen, dass auch die soziale Pflegeversicherung wieder eine sichere Zukunft hat. Die Gesundheitspolitik der Bundesregierung stellt den Menschen in den Mittelpunkt ihres Handelns. So werden wir Gesundheit besser machen.

Ihr
Dr. Philipp Rösler

IN DIESER AUSGABE

Fragen und Antworten Zusatzbeitrag	3	Änderungen zum 1. Januar 2011	8
Interview mit Prof. Dr. Windeler	4	Leben retten mit Organspenden	11

> Fortsetzung von Seite 1

Wettbewerb nützt den Versicherten

Über die Höhe der einkommensunabhängigen Zusatzbeiträge bestimmen die Krankenkassen selbst. Für die Versicherten ist die unterschiedliche Höhe der Zusatzbeiträge ein starkes Preissignal. Sie können zukünftig Preise und Leistungen zwischen den Kassen besser vergleichen. Dies wird den Wettbewerb zwischen den Kassen um eine gute und kostengünstige Versorgung erhöhen.

Preisverhandlungen für neue Arzneimittel

Damit die Beiträge der Versicherten wirtschaftlich verwendet werden, muss sich auch die pharmazeutische Industrie auf mehr Wettbewerb einrichten. Mit der Neuordnung des Arzneimittelmarktes verlieren die Hersteller die Möglichkeit, die Preise in beliebiger Höhe festzusetzen. Für neu zugelassene Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen müssen sie zu-

künftig gemeinsam mit den Krankenkassen spätestens ein Jahr nach Markteinführung in Verhandlungen faire Preise finden. Diese sollen sich an dem Nutzen orientieren, den das neue Präparat für die Patienten hat.

... auf Basis einer frühen Nutzenbewertung

Für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen, die neu auf den Markt gebracht werden, müssen die Hersteller künftig umgehend den Nutzen nachweisen. Diese frühe Nutzenbewertung wird in Deutschland erstmals eingeführt. Nur ein Medikament, das den Patienten einen echten therapeutischen Fortschritt bringt im Vergleich zu den schon erhältlichen Präparaten, darf auch mehr kosten.

... in transparenten Verfahren

Die Arzneimittelhersteller wurden ver-

pflichtet, nach der Zulassung eines Arzneimittels die Ergebnisse aus der klinischen Forschung zeitnah zu veröffentlichen. Die Arzneimittelforschung kann dadurch beschleunigt und die Entwicklung echter Innovationen vorangetrieben werden.

Mündiger Patient

Versicherte und Patienten werden in ihrer Wahl- und Entscheidungsfreiheit umfassend gestärkt. So ist die „Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ jetzt Teil der Regelversorgung und wird dauerhaft von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert. Die Bindungsfrist für bestimmte Wahltarife wird auf ein Jahr verkürzt, und Versicherte können sich leichter für die Kostenerstattung entscheiden. Der Wechsel von der gesetzlichen zur privaten Krankenversicherung wird erleichtert. ■

Alle leisten ihren Beitrag

Für das Jahr 2011 drohte der gesetzlichen Krankenversicherung eine Deckungslücke in Milliardenhöhe. Die Lasten zur Konsolidierung der Finanzen wurden ausgewogen auf alle Akteure verteilt: Über die Anhebung des Beitragssatzes tragen Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und sonstige Stellen (z. B. Bundesagentur für Arbeit) sowie die Versicherten je drei Milliarden Euro, die Steuerzahler leisten über den Steuerzuschuss zur GKV einen Beitrag von zwei Milliarden Euro. Krankenkassen, Leistungserbringer, Arzneimittelhersteller und weitere Akteure werden über Ausgabenbegrenzungen in Höhe von insgesamt 3,5 Milliarden in die Pflicht genommen.

Die wichtigsten Maßnahmen zur Begrenzung der Ausgaben

... bei den gesetzlichen Krankenkassen

- Die Verwaltungsausgaben der

Krankenkassen und ihrer Verbände werden in den Jahren 2011 und 2012 grundsätzlich auf das Niveau von 2010 festgeschrieben.

... bei den Krankenhäusern

- Für Leistungen, die Krankenhäuser im Vergleich zum Vorjahr zusätzlich vereinbaren, gilt ein Mehrleistungsabschlag von 30 Prozent. Ab 2012 wird dieser Abschlag zwischen Krankenhäusern und Kostenträgern neu vereinbart.
- Der Preisanstieg für akutstationäre Leistungen in psychiatrischen und psychosomatischen Kliniken wird in diesem und im nächsten Jahr limitiert.

... bei Ärzten und Zahnärzten

- In der vertragsärztlichen Versorgung wird der Ausgabenanstieg für die Jahre 2011 und 2012 insgesamt begrenzt.
- Die Vergütungen in Verträgen über eine hausarztzentrierte Ver-

sorgung, sogenannte Hausarztverträge, die nach dem 22.9.2010 zustande gekommen sind, sollen sich an denen in der Regelversorgung orientieren.

- Der Anstieg der Zahnarzthonorare wird für die Jahre 2011 und 2012 verringert.

... bei Arzneimittelgroßhandel und Apotheken

- Die Großhandelszuschläge für rezeptpflichtige Arzneimittel werden ab 2012 abgesenkt, für 2011 gilt eine Übergangsregelung.
- Der Apothekenrabatt für verschreibungspflichtige Arzneimittel wird wieder für zwei Jahre angehoben.

... bei der pharmazeutischen Industrie

- Der Herstellerrabatt für Arzneimittel ohne Festbetrag wurde bereits im August 2010 von 6 auf 16 Prozent erhöht. Zudem gilt ein bis 2013 begrenzter Preisstopp.

FRAGEN UND ANTWORTEN

Zusatzbeitrag und Sozialausgleich

Eine gesetzliche Überforderungsklausel stellt sicher, dass niemand mit den Zusatzbeiträgen über Gebühr belastet wird. Der Sozialausgleich erfolgt unbürokratisch über die Beitragsabführung durch den Arbeitgeber bzw. die Rentenversicherung. Der Versicherte muss nicht tätig werden.

Wann hat man Anspruch auf einen Sozialausgleich?

Der Sozialausgleich greift immer dann, wenn der „durchschnittliche Zusatzbeitrag“ die Grenze von 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds übersteigt. Das wird vom Arbeitgeber bzw. von der Rentenversicherung geprüft.

Was bedeutet „durchschnittlicher Zusatzbeitrag“?

Der durchschnittliche Zusatzbeitrag ist eine Rechengröße, die zur Berechnung des Sozialausgleichs erforderlich ist. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird künftig auf Grundlage von Berechnungen eines Expertengremiums, dem sogenannten Schätzerkreis, in jedem Herbst für das Folgejahr neu festgelegt. Auf der Basis der wirtschaftlichen Entwicklung und der Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung wird geschätzt, wie hoch der Finanzbedarf der Krankenkassen sein wird, der nicht durch Beitragszahlungen und Steuerzuschüsse gedeckt ist. Aus dieser Deckungslücke wird abgeleitet, wie hoch der Zusatzbeitrag des Folgejahres im Durchschnitt sein muss.

Wie funktioniert der Sozialausgleich?

Wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag mehr als 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen (Lohn, Rente, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit) ausmacht, wird diese Differenz ausgeglichen. Der einkommensbezogene

Krankenversicherungsbeitrag wird dann um den entsprechenden Euro-Cent-Betrag des durchschnittlichen Zusatzbeitrages reduziert. Das ausgezahlte Nettoeinkommen ist entsprechend höher.

Warum wird beim Sozialausgleich der durchschnittliche Zusatzbeitrag zugrunde gelegt und nicht der tatsächliche Zusatzbeitrag der Krankenkasse?

Auch für diejenigen, die die Unterstützung der Gemeinschaft brauchen, muss es einen Anreiz geben, sich für eine wirtschaftliche Krankenkasse zu entscheiden. Würde man auch einen sehr teuren Zusatzbeitrag über den Sozialausgleich durch die Gemeinschaft bezahlen lassen, gäbe es diesen Anreiz nicht.

Mit welchen durchschnittlichen Zusatzbeiträgen ist in der Zukunft zu rechnen?

Im Jahr 2011 beträgt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 0 Euro. Die weitere Entwicklung der durchschnittlichen Zusatzbeiträge in den Folgejahren hängt von der Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung ab.

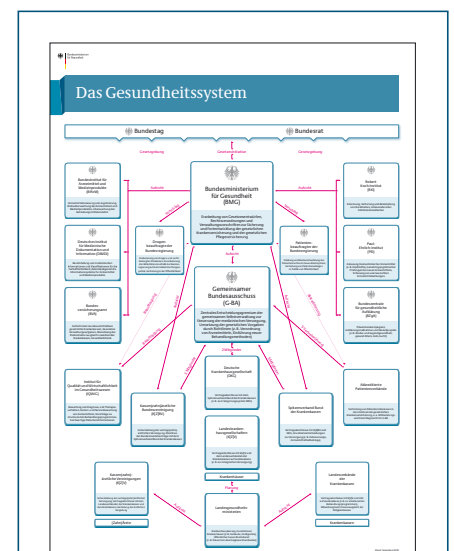
Muss man für den Sozialausgleich einen Antrag stellen?

Nein. Der Sozialausgleich funktioniert für die Anspruchsberechtigten automatisch, indem der Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger den einkommensabhängigen Krankenversicherungsbei-

trag kürzt und die Differenz an den Arbeitnehmer bzw. Rentner auszahlt. Dies ist ein großer Vorteil gegenüber dem bisherigen System, in dem ein Versicherter einen Antrag bei seiner Krankenkasse stellen muss.

Wie wird der Sozialausgleich finanziert?

Der Sozialausgleich wird aus Steuermitteln finanziert. Hierdurch wird das System in Zukunft gerechter, denn der Ausgleich zwischen Arm und Reich findet nicht mehr nur innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung statt, sondern auch über Steuern.



Poster: Übersichtsdarstellung des Gesundheitssystems

Kostenlos bestellen unter
publikationen@bundesregierung.de
 Bestell-Nr.: BMG-G-10030

INTERVIEW

„Wir fühlen uns den Patienten verpflichtet“

Er muss prüfen, was den Patienten nutzt oder schadet, und hat damit eine der schwierigsten Aufgaben im Gesundheitswesen. Prof. Dr. Jürgen Windeler, Leiter des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), im Gespräch.

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) untersucht medizinische Leistungen wie Arzneimittel und Medizinprodukte auf ihre Vor- und Nachteile. Mit Inkrafttreten des AMNOG übernimmt das IQWiG neue Aufgaben. Über die systematische Nutzenbewertung von Arzneimitteln sprachen wir mit Prof. Jürgen Windeler, der das Institut seit dem 1. September 2010 leitet.

Herr Prof. Windeler, das IQWiG überprüft medizinische Maßnahmen auf ihren Nutzen und Schaden für die



Prof. Dr. med. Jürgen Windeler

Jürgen Windeler (53) hat Humanmedizin studiert und ist Professor für Medizinische Biometrie und Epidemiologie. Bis zum Sommer 2010 war er stellvertretender Geschäftsführer und leitender Arzt beim Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) in Essen. Seit 1. September 2010 leitet er das IQWiG. Seit 2001 ist er zudem außerplanmäßiger Professor an der Ruhr-Universität Bochum. Windeler gilt als einer der Wegbereiter der evidenzbasierten Medizin in Deutschland und ausgewiesener Experte für die Bewertung medizinischer Therapien.

Patienten. Finanziert wird Ihr Institut durch die Beiträge der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Fühlen Sie sich diesen besonders verpflichtet?

Wir fühlen uns primär den Patienten verpflichtet. Also auch nicht einzelnen Playern, zum Beispiel den Ärzten, den Krankenhäusern oder den Krankenkassen. Das macht ein Stückweit unsere Unabhängigkeit aus, zusammen mit einer wissenschaftlichen Vorgehensweise. Meines Wissens orientiert sich auch die private Krankenversicherung zunehmend an den Bewertungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), an denen das IQWiG beteiligt ist.

Sie beurteilen unter anderem, ob ein neues Medikament einem bereits vorhandenen überlegen ist. Kann man das, ohne selbst ins Labor zu gehen?

Umgekehrt: Man kann es nicht, wenn man ins Labor geht. Die Kernfrage der gesamten Nutzenbewertung lautet doch: Was hat der Patient davon? Im Labor kann man erforschen, ob es gehen könnte; aber ob es geht, kann man nur in der Praxis feststellen.

Welche Kriterien legen Sie dabei an?

Wir recherchieren mit aufwendigen Verfahren Studien und erhalten so Erkenntnisse aus der medizinischen Anwendung. Anhand dieser besten Daten, die man weltweit bekommen kann, sagen wir, ob eine Anwendung von Vorteil ist für den Patienten oder nicht. Dabei sind die im SGB V genannten „patientenrelevanten Endpunkte“ die wichtigsten Kriterien: Die Mortalität, die Frage also: Leben Patienten länger mit einer neuen Therapie? Die Morbidität: Werden Patienten geheilt oder wird

ihr Krankheitsverlauf verlangsamt oder gelindert? Und die gesundheitsbezogene Lebensqualität.

Die Hersteller sind seit 1. Januar 2011 verpflichtet, unmittelbar nach Marktzulassung ein Dossier über den zusätzlichen Nutzen eines neuen Arzneimittels vorzulegen. Was kann man zu diesem frühen Zeitpunkt schon wissen?

Sehr viel, wenn die Hersteller von Anfang an die richtigen Studien machen. Studien also, die sowohl eine Vergleichstherapie als auch, soweit möglich, patientenrelevante Endpunkte einschließen. Denn wenn man einen zusätzlichen Nutzen für ein neues Arzneimittel beansprucht und dafür noch spezielle Preisvorstellungen hat, dann muss man nachweisen, dass die neue Therapie besser ist als die derzeit beste Vergleichstherapie. Das IQWiG beteiligt sich hierbei auch an der Beratung der pharmazeutischen Unternehmen, die der G-BA anbieten wird.

Die frühe Nutzenbewertung entscheidet darüber, ob ein neues Arzneimittel ins Festbetragsystem überführt wird oder ob es zu Preisverhandlungen kommt. Kann die Nutzenbewertung zu einem späteren Zeitpunkt wiederholt werden, wenn neue Anwendungserkenntnisse vorliegen?

Der G-BA und der pharmazeutische Unternehmer haben die Möglichkeit, nach frühestens einem Jahr zusätzliche Nutzenbewertungen in Auftrag zu geben. Ein Arzneimittel kann wegen fehlender Nutzenbelege zunächst in eine Festbetragsgruppe kommen. Liefert der Hersteller später ergänzende Studien, die einen Zusatznutzen belegen, dann kann



„Die Kernfrage der gesamten Nutzenbewertung lautet doch: Was hat der Patient davon? Im Labor kann man erforschen, ob es gehen könnte; aber ob es geht, kann man nur in der Praxis feststellen.“

das Präparat aus dem Festbetragsystem auch wieder herauskommen. Umgekehrt kann ein Arzneimittel, das sich in weiteren Studien nicht bewährt, zu einem späteren Zeitpunkt auch im Festbetragsystem landen. Beide Fälle sind denkbar.

Führt die systematische Nutzenbewertung eigentlich zu einer besseren Behandlungsqualität für Patienten?

Da bin ich sehr zuversichtlich. Wir wenden die Nutzenbewertung, also das kritische Hingucken und Prüfen, als einen Filter an, um die Spreu vom Weizen zu trennen. Und wenn wir am Ende mehr Weizen haben als bisher, dann ist das ein Fortschritt und für die Patienten sicher von Vorteil.

Einige Hersteller meinen, die systematische Nutzenbewertung führe zu erheblichen ökonomischen Einbußen, was auch auf Kosten ihrer Forschungsaktivitäten gehen könnte. Ist dieses Argument für Sie nachvollziehbar?

Nachvollziehbar vielleicht schon, aber es ist kein zwingendes Argument. Es ist das Ziel des Gesetzes, die Preise zu reduzieren. Das hat natürlich ökonomische Konsequenzen für die Hersteller, völlig klar. Aber die anvisierten Einsparungen von zwei Milliarden Euro müssen nicht

zwangsläufig den Forschungsetats entzogen werden. Man könnte sie ja auch aus den Marketingetats nehmen. Dann hätte man durchaus Möglichkeiten für mehr sinnvolle und zielgerichtete Entwicklung und Forschung.

Die Hersteller müssen künftig ihre Studien veröffentlichen. Welche Bedeutung hat das für die Forschung?

Für die Forschung natürlich eine große. Jeder Forscher kann sich einfach darüber informieren, was es schon an Studien gibt. Insofern ist die Veröffentlichungspflicht für die Entscheidung über neue Forschung von großer Bedeutung. Und es wird zukünftig schwieriger sein, Studien zu verschweigen.

Und wie können Ärzte und Patienten davon profitieren?

Sie können natürlich sich selbst informieren. Der Nutzen für Ärzte und damit indirekt auch für Patienten liegt aber vor allem in der Gewissheit, dass die Bewertungen des IQWiG zu richtigen, verlässlichen Ergebnissen führen. Das ist ein hoher Gewinn.

Kurze Zusammenfassung: Was hat sich durch das AMNOG für das IQWiG geändert?

Ganz wichtig ist die soeben angeführte Veröffentlichungspflicht. Sie erleichtert

unsere Arbeit und hilft, die Qualität deutlich zu verbessern. Und die frühe Nutzenbewertung bringt neue Aufgaben für das IQWiG, die für das System von großer Bedeutung sind. Es wird nun endlich eine systematische Nutzenbewertung von neuen Arzneimitteln etabliert.

Sind Sie dafür gerüstet?

Ja. Das Institut ist aufgrund seines Aufbaus, seiner Erfahrung und seiner Kompetenz gut gerüstet. Es wird für zusätzliche Aufgaben auch zusätzliches Personal benötigen. Ein weiterer Punkt ist der Aufbau eines externen Expertenpools.

Mit wie vielen Bewertungsverfahren rechnen Sie?

Mit 30 bis 50 Verfahren pro Jahr. Das wird im Wesentlichen auch die Zahl der neu zugelassenen Wirkstoffe sein.

Ihr Urteil, beispielsweise bei der Nutzenbewertung, birgt eine ungeheure Verantwortung, medizinisch wie wirtschaftlich ...

Richtig. Das ist natürlich für uns ein umso größerer Ansporn, in möglichst enger Anlehnung an internationale wissenschaftliche Standards zu arbeiten und das bewährte möglichst transparente Verfahren walten zu lassen mit öffentlicher Einsicht in alle Dokumente. ■

ARZNEIMITTEL

Die Spreu vom Weizen trennen

Mit dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) schafft die Bundesregierung die schwierige Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit und eröffnet nachhaltige Perspektiven.

Das Problem ist nicht neu: Der Arzneimittelmarkt wächst dynamisch und folgt dabei in weiten Teilen einer Gesetzmäßigkeit, die mit fairem Wettbewerb nicht vereinbar ist. Die freie Preisgestaltung der Arzneimittelhersteller für neue Medikamente hat zu einem Ausgabenwachstum geführt, das die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und ihre Versicherten in unverantwortlicher Weise belastet. Bisherige Reformen haben gezeigt: Weder kostendämpfende Maßnahmen allein noch neue Zuzahlungen durch die Versicherten können die Situation entschärfen. Deshalb wird der Arzneimittelmarkt jetzt neu geordnet.

Steigende Arzneimittelausgaben

Seit Jahren steigen die Ausgaben für Arzneimittel in der GKV deutlich stärker als in anderen Leistungsbereichen – 5,3 Prozent allein im Jahr 2009 gegenüber dem Vorjahr. Mehr als 30 Milliarden Euro wenden die Krankenkassen inzwischen für die Arzneimittelversorgung ihrer Versicherten auf.

Preisstabilität bei Generika

Rund 70 Prozent aller verordneten Arzneimittel sind Generika, Nachahmerprodukte von ehemals patentgeschützten Arzneimitteln. Für diese Präparate gelten bereits seit 1989 Festbeträge – das Limit, bis zu dem die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Zudem können die einzelnen Krankenkassen mit den Herstellern Rabattverträge abschließen, um weitere Preisnachlässe zu vereinbaren. Beide Instrumente haben sich in den zurückliegenden Jahren bewährt und dazu geführt, dass die Ausgaben für Generika deutlich weniger ansteigen als für patentgeschützte Arzneimittel.

Hohe Preise bei Spezialpräparaten

Der Ausgabenanstieg ist das Ergebnis hoher Preise bei der Markteinführung neuer Arzneimittel. Vor allem die teuren Spezialpräparate, z. B. gegen Krebs oder Rheuma, treiben die Ausgaben in die Höhe. Ihr Anteil am GKV-Arzneimittelumsatz im Jahr 2009 betrug 26 Prozent – obwohl sie nur 2,5 Prozent aller Verordnungen ausmachten. Die Ausgabensteigerungen erreichen zum Teil 25 Prozent.

Das Problem bei den neuen Arzneimitteln ist ein doppeltes:

- Den hohen Herstellerpreisen steht häufig kein adäquater Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten gegenüber, der eine deutlich verbesserte Behandlung ihrer Krankheit ermöglichen würde.
- Die Preise für wirklich innovative Arzneimittel mit einem deutlichen therapeutischen Zusatznutzen sind vielfach unangemessen hoch. Sie entsprechen nicht den Anforderungen an einen fairen Interessenausgleich zwischen den ökonomischen Interessen der Hersteller und denen der Versicherten an einer wirtschaftlichen Verwendung ihrer Beiträge.

Die Politik handelt

Den steigenden Arzneimittelausgaben, insbesondere bei neuen und hochpreisigen Arzneimitteln mit zweifelhaftem Nutzen, begegnet die Bundesregierung mit der Reform des Arzneimittelmarktes. Die Umsetzung folgt einem Dreiklang aus strukturellen Veränderungen, dem Abbau von Überregulierung und kurzfristigen Einsparungen.

Hersteller muss Nutzen nachweisen

Die Krankenkassen sind verpflichtet, für

ein neu zugelassenes Arzneimittel die Kosten zu übernehmen, wenn der Arzt es verordnet. Den Preis dafür konnten die Hersteller bislang frei festsetzen. Um zu verhindern, dass teure Medikamente auf den Markt kommen, für die es bereits preisgünstigere Varianten mit gleichem Nutzen gibt, müssen die Hersteller zukünftig in einem Dossier den zusätzlichen Nutzen nachweisen. Dieses muss dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Überprüfung vorgelegt werden. Der G-BA kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) auf dieser Grundlage mit einer Nutzenbewertung beauftragen: Bietet das Arzneimittel bessere Behandlungsmöglichkeiten? Verspricht es eine schnellere Heilung, weniger Nebenwirkungen, eine bessere Lebensqualität für die Patienten? Die Nutzenbewertung muss innerhalb von drei Monaten vorliegen. Der G-BA entscheidet schließlich, ob ein zusätzlicher Nutzen anerkannt wird.

Preisfindung in Verhandlungen

Wird ein Zusatznutzen nicht nachgewiesen, kann das neue Arzneimittel direkt in das Festbetragsystem überführt werden. Wird ein zusätzlicher Nutzen dagegen anerkannt, gilt das neue Medikament als echte Innovation. Der Hersteller kann das neue Präparat dann ein Jahr lang zu dem von ihm festgelegten Preis verkaufen. Allerdings müssen Hersteller und Krankenkassen diese Zeit dafür nutzen, in gemeinsamen Verhandlungen den künftigen Erstattungspreis für das Medikament auszuhandeln. Der gilt dann ab dem zweiten Jahr der Markteinführung. Hersteller und Kassen müssen also ihre unterschiedlichen und berechtigten Interessen in direkten Verhandlungen zum Ausgleich bringen.

Die getroffenen Vereinbarungen gelten auch für die private Krankenversicherung und die Beihilfetträger.

Sonderregelung für „Orphan Drugs“

Auch für Arzneimittel gegen seltene Erkrankungen, sogenannte Orphan Drugs, müssen die Hersteller den Nutzen nachweisen. Da sich solche Mittel meist aber nicht mit bereits vorhandenen Therapien vergleichen lassen, weil es keine gibt, kann auf einen separaten Nachweis des Zusatznutzens verzichtet werden. Erst wenn der Hersteller mit einem solchen Arzneimittel 50 Millionen Euro in den letzten zwölf Monaten erreicht, ist er verpflichtet, ein Nutzen-Dossier vorzulegen.

Kurzfristige Einsparungen

Die strukturellen Veränderungen brauchen Zeit, bis sie umfassend greifen. Deshalb wurden für eine Übergangszeit kurzfristig wirksame Sparmaßnahmen beschlossen: Bereits im August 2010

wurden die Herstellerrabatte für Arzneimittel ohne Festbetrag von 6 auf 16 Prozent erhöht und ein Preisstopp festgelegt – gültig bis Ende 2013. Neue Vergütungen im Arzneimittelvertrieb – also beim Großhandel und bei Apotheken – sorgen für weitere Entlastungen der GKV. Ab 2011 gelten die Arzneimittelrabatte auch für die private Krankenversicherung und die Beihilfetträger.

Deregulierung des Marktes

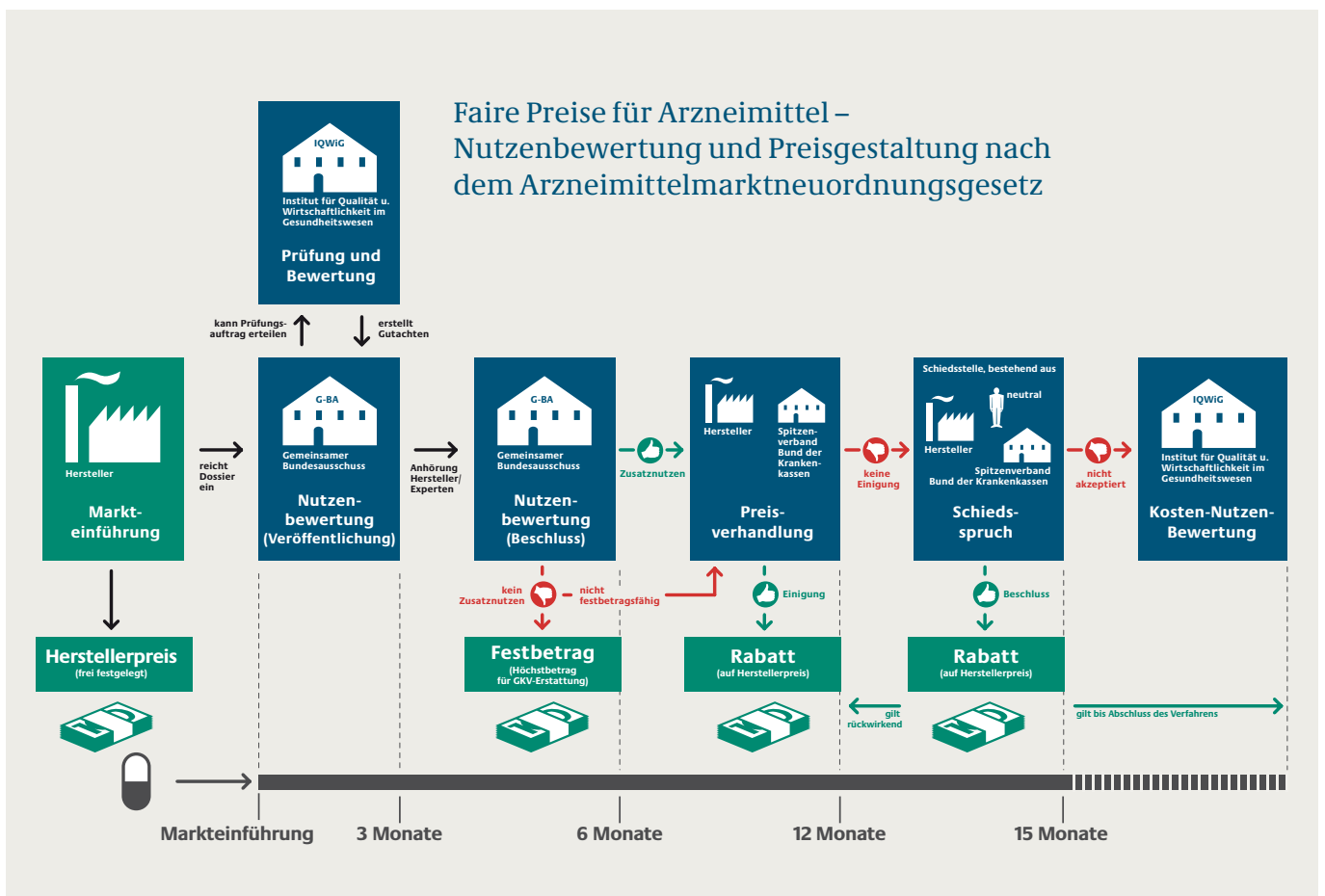
Unnötige Bürokratie wird abgebaut. Dazu gehört vor allem die Aufhebung der Bonus-Malus-Regelung und der Zweitmeinungsregelung. Beide haben in der Vergangenheit zu erheblichem Aufwand in der ärztlichen Praxis geführt, ohne dass die wirtschaftlichen und qualitativen Zielsetzungen erreicht wurden. Zudem werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten verschlankt.

Mehr Transparenz

Hersteller von neuen Arzneimitteln

müssen künftig innerhalb von sechs Monaten nach Zulassung die Ergebnisse ihrer klinischen Prüfungen und Studien veröffentlichen. Ärzte erhalten dadurch mehr Informationen und können diese bei ihren Verordnungen berücksichtigen. Für langfristig mehr Transparenz und Information der Bürger sorgt auch die feste Etablierung der unabhängigen Patientenberatung. Sie unterstützt nachhaltig die Patientinnen und Patienten bei der Wahrnehmung ihrer Interessen.

Die Neuordnung im Arzneimittelmarkt sorgt für eine neue Balance zwischen Innovation und Bezahlbarkeit. Unternehmen haben Anreize, weiterzuforschen und innovative Medikamente auf den Markt zu bringen. Die Patienten profitieren von besseren Behandlungs- und Heilungschancen. Gleichzeitig bleiben die Arzneimittel bezahlbar und das Gesundheitssystem wird nicht durch unnötige Kosten belastet.



ÜBERBLICK

Gesetzesänderungen zum 1. Januar 2011

Der Beitragssatz

Der allgemeine Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung wurde bei 15,5 Prozent gesetzlich festgeschrieben und ist nun wieder so hoch wie vor der Finanz- und Wirtschaftskrise. Arbeitnehmer und Rentner zahlen insgesamt 8,2 Prozent ihres beitragspflichtigen Einkommens bzw. ihrer Rente, Arbeitgeber bzw. Rentenversicherungsträger 7,3 Prozent.

Einkommensunabhängige Zusatzbeiträge

Wenn Zusatzbeiträge erforderlich sind, werden sie von der Krankenkasse als einkommensunabhängiger Betrag in Euro und Cent erhoben. Über die Höhe entscheidet jede Krankenkasse selbst. Der Zusatzbeitrag ist für alle Mitglieder einer Krankenkasse gleich. Sie führen diesen Beitrag direkt an ihre Krankenkasse ab. So können sie künftig Preise und Leistungen zwischen den Krankenkassen besser vergleichen. Im Jahr 2011 wird die große Mehrheit der Krankenkassen noch keinen Zusatzbeitrag erheben müssen.

Sozialausgleich schützt vor Überforderung

Die bisherige Deckelung der Zusatzbeiträge bei 1 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen bzw. 8 Euro entfällt. Stattdessen wird ein Sozialausgleich eingeführt, der sich am durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientiert. Übersteigt der durchschnittliche Zusatzbeitrag 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen eines Mitglieds, so greift der automatisch vom Arbeitgeber oder Rentenversicherungsträger

durchzuführende Sozialausgleich, der aus Steuermitteln finanziert wird: Der einkommensbezogene Krankenversicherungsbeitrag des Mitglieds wird um den Betrag der Überforderung – also den Differenzbetrag aus durchschnittlichem Zusatzbeitrag und 2 Prozent der beitragspflichtigen Einnahmen – reduziert. Das ausgezahlte Einkommen ist entsprechend höher. Der Schätzerkreis beim Bundesversicherungsamt berechnet jährlich, wie hoch der durchschnittliche Zusatzbeitrag für das Folgejahr sein wird. Für das Jahr 2011 liegt er bei 0 Euro, deshalb wird die neue Regelung erst ab 2012 Wirkung zeigen.

Neue Beitragsbemessungsgrenze

Die Beitragsbemessungsgrenze wurde im Vergleich zu 2010 um 1 Prozent abgesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 3.712,50 Euro im Monat bzw. 44.550 Euro im Jahr. Die Beitragsbemessungsgrenze ist die Einkommensgrenze eines Mitglieds in der gesetzlichen Krankenversicherung, oberhalb derer das Einkommen beitragsfrei bleibt.

Neue Versicherungspflichtgrenzen

Die allgemeine Versicherungspflichtgrenze für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wurde gegenüber 2010 um 0,9 Prozent gesenkt. Im Jahr 2011 liegt sie bei 4.125 Euro im Monat bzw. 49.500 Euro im Jahr. Die Versicherungspflichtgrenze bestimmt die Einkommensgrenze, ab der ein Arbeitnehmer nicht mehr in der GKV pflichtversichert ist. Die besondere Versicherungspflichtgrenze für Arbeitnehmer, die

am 21.12.2002 privat krankenversichert waren (Besitzstandsregelung), wurde ebenfalls abgesenkt und beträgt im Jahr 2011 3.712,50 Euro monatlich bzw. 44.500 Euro im Jahr.

Wechsel in die PKV für Arbeitnehmer erleichtert

Die Voraussetzungen für einen Wechsel von der gesetzlichen in die private Krankenversicherung (PKV) wurden verändert. Jetzt kann jeder gesetzlich krankenversicherte Arbeitnehmer, dessen Monatseinkommen (anteilig erzielte Jahresarbeitsentgelte werden hochgerechnet) im Kalenderjahr die allgemeine Versicherungspflichtgrenze von 49.500 Euro überschreitet, als freiwilliges Mitglied in der GKV bleiben oder in die PKV wechseln. Da diese Regelung bereits zum 31.12.2010 in Kraft getreten ist, kann ein Wechsel zur PKV auch schon seit dem 01.01.2011 erfolgen, wenn das anteilige Arbeitsentgelt des Arbeitnehmers die Versicherungspflichtgrenze im Jahr 2010 überschritten hat und auch im Jahr 2011 überschreiten wird. Berufsanfänger und Personen, die erstmals eine Beschäftigung in Deutschland aufnehmen, können einmalig zwischen GKV und PKV wählen, sofern ihr Arbeitsentgelt oberhalb dieser Grenze liegt. Darüber hinaus können bisher privat Versicherte in der PKV bleiben, die nach der Eltern- oder Pflegezeit eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen und ein Einkommen unterhalb der Versicherungspflicht beziehen. Dabei muss die Arbeitszeit mindestens um die Hälfte reduziert sein. Ein Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht ist innerhalb von drei Monaten bei der Krankenkasse zu stellen, an die die Sozialversicherungsbeiträge abgeführt werden.

Kürzere Bindungsfrist für Kostenerstattung

Die Bindungsfrist für die Kostenerstattung wurde auf ein Kalendervierteljahr gesenkt. Versicherte können sich jetzt leichter dafür entscheiden, die Arztrechnung zu prüfen, die Kosten selbst zu begleichen und die Rechnungen später bei ihrer Kasse zur Erstattung einzureichen. Die Abschläge, die die Kasse dabei vornehmen darf, wurden auf maximal 5 Prozent gesenkt, sie dürfen sich lediglich auf die Verwaltungskosten beziehen.

Bedingungen für Wahltarife gelockert

Die Mindestbindungsfrist für die Tarife „Prämienzahlung“, „Kostenerstattung“ und „Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen“ wurde auf ein Jahr reduziert. Auch bei Wahlтарifen gibt es ein Sonderkündigungsrecht – immer dann, wenn die Krankenkasse einen Zusatzbeitrag erstmals erhebt, ihn anhebt oder ihre bisherige Prämienzahlung verringert. Für die Dauer der Mindestbindungsfrist gilt das Sonderkündigungsrecht nicht beim Wahlтарif Krankengeld.

Neue Kostenerstattungsmöglichkeit bei Arzneimitteln

Medikamente, die im Rahmen von Rabattverträgen abgegeben werden, unterscheiden sich in der Qualität nicht von anderen Arzneimitteln. Dennoch kann es Gründe für Patienten geben, sich bewusst für ein anderes Präparat zu entscheiden. Seit dem 01.01.2011 können die Versicherten frei wählen und sich auch für ein anderes als das rabattierte Medikament ihrer Kasse entscheiden. Wer diesen Weg gehen möchte, bezahlt zunächst sein Wunschmedikament aus eigener Tasche. Dann kann er sich von seiner Krankenkasse einen Teil der Kosten erstatten lassen: nämlich den Betrag, den sie für ein entsprechendes Mittel aus einem Rabattvertrag gezahlt hätte.

Unabhängige Patientenberatung

Ab sofort gehört eine unabhängige Patientenberatung in Deutschland zur Regelversorgung. Kostenlos und anonym kann sich jeder Bürger telefonisch, im Internet oder persönlich in bisher 22 Beratungsstellen bundesweit informieren. Zu den beratenden Experten gehören Mediziner und Juristen. Die „UPD – Unabhängige Patientenberatung Deutschland“ ist ein gemeinnütziger Zusammenschluss unabhängiger Beratungsstellen. Im Internet: www.upd-online.de

Umsetzungsvorgabe für elektronische Gesundheitskarte

Die gesetzlichen Krankenkassen werden verpflichtet, bis Ende des Jahres 2011 10 Prozent ihrer Versicherten mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) auszustatten. Kommen die Kassen dieser Verpflichtung nicht nach, müssen sie zusätzlich zu der ohnehin geltenden Begrenzung der Verwaltungskosten weitere 2 Prozent einsparen. Sobald die eGK ausgehändigt ist, verliert die bisherige Versichertenkarte ihre Gültigkeit.

Zuschlag für Ärzte in unterversorgten Gebieten

Um die ärztliche Versorgung in unterversorgten Gebieten zu verbessern, hier geht es meist um ländliche Regionen, werden finanzielle Anreize gesetzt: Ärzte, die sich in diesen Regionen niederlassen, können wieder sogenannte Sicherstellungszuschläge erhalten – zusätzlich zum Honorar. Die bisherige Regelung zu Sonderpreisen im Fall von Unter- und Überversorgung wird für die Jahre 2011 und 2012 ausgesetzt.

Entbürokratisierung der Arzneimittelverordnung

Die bisher zur Steuerung der ärztlichen Arzneimittelverordnung geltende „Bonus-Malus-Regelung“ sowie

die „Zweitmeinungsregelung“ werden abgeschafft. Darüber hinaus werden die Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten vereinfacht.

Niedrigere Preise und Nutzenbewertung für Arzneimittel mit neuen Wirkstoffen

Bei Markteinführung eines Medikaments mit neuen Wirkstoffen muss der Hersteller jetzt ein Dossier vorlegen, das den zusätzlichen therapeutischen Nutzen für die Patienten gegenüber vorhandenen Medikamenten belegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss bewertet den Nutzen innerhalb von sechs Monaten nach der Markteinführung. Wird ein Zusatznutzen nicht nachgewiesen, kann für das neue Arzneimittel ein Höchstbetrag festgelegt werden, den die Krankenkassen maximal erstatten. Wird ein zusätzlicher Nutzen anerkannt, müssen die Hersteller mit den Kassen über den Preis verhandeln. Die Hersteller können also nicht mehr wie bisher ihre Preise für neue Arzneimittel frei festsetzen. So können deutliche Einsparungen bei den Arzneimittel Ausgaben erzielt werden.

Veröffentlichungspflicht für Studien

Hersteller, die ein neues Arzneimittel auf den Markt bringen, müssen künftig die Ergebnisse ihrer zuvor durchgeführten klinischen Studien (Phase III-Studien) innerhalb von sechs Monaten nach der Zulassung im Internet veröffentlichen. So wird die Arzneimittelforschung gefördert, die Bewertung neuer Arzneimittel erleichtert und die Transparenz gestärkt.

Kartellrecht kommt zur Anwendung

Seit 01.01.2011 wird bei freiwilligen Verträgen von Krankenkassen und Leistungserbringern auch das Kartellrecht angewendet (z.B. bei Rabattverträgen).



Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler beim Ausstellungsrundgang im Kloster Lehnin im Mai 2010

AUSSTELLUNG

DaSein – Ein neuer Blick auf die Pflege

Ein Geistesblitz beim gemeinsamen Kreuzworträtsel. Die Gesichter des jungen und des alten Mannes strahlen. Ein Augenblick der Gemeinsamkeit und der Lebensfreude. Diese Momentaufnahme ist eines von 36 Fotomotiven einer Ausstellung des Bundesgesundheitsministeriums zum Pflegealltag in Deutschland.

Gegenwärtig sind etwa 2,37 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig, und durch die demografische Entwicklung steigt ihre Zahl stetig. Das Bundesgesundheitsministerium fördert darum die gesellschaftliche Auseinandersetzung mit diesem immer wichtiger werdenden Thema. Mit Erfolg, wie die Geschichte der Ausstellung „DaSein – Ein neuer Blick auf die Pflege“ beweist: Erstmals wurde sie im Juni 2008 in Berlin gezeigt, inzwischen sind die Fotografien in ganz Deutschland zu sehen. Die Bilder bezeugen das würdevolle Mitein-

ander von Pflegenden und Pflegebedürftigen und drücken vor allem eins aus: Wertschätzung und Respekt.

Eine Ausstellung als Anregung

Damit die Ausstellung an möglichst vielen Orten gezeigt werden kann, hat das Ministerium die Fotos vervielfältigt und stellt sie interessierten Institutionen zur Verfügung. Mit dabei ein Ausstellerleitfaden mit vielen Tipps und Ideen für Durchführung, Rahmenprogramm und Aktionen. So nutzte ein Gymnasium die Ausstellung als Anlass für eine Aktionswoche „Berufsperspektive Pflege“, eine Arbeitsagentur veranstaltete ausstellungsbegleitend Infoabende zum Thema Gesundheitswirtschaft, in einem Klinikum gab es eine pflegepolitische Diskussionsrunde. Im Paket befindet sich auch ein Wissensquiz, das Details der ausgestellten Motive in den Mittelpunkt rückt, die wir oftmals beim schnellen Hinsehen nicht bemerken.

Das Angebot kommt an

Viele Einrichtungen nutzen die Exponate, um auf ihre eigene Arbeit aufmerksam zu machen. Sie laden zu Pressegesprächen, Diskussionsrunden und Führungen. Einige haben die Ausstellung sogar mit eigenen Fotomotiven erweitert.

„Der Mensch steht im Mittelpunkt – das wird in den Bildern deutlich.“

Rolf Henke, stellv. Schulleiter der Berufsfachschule für Altenpflege und Altenpflegehilfe, Neumarkt

Die Ausstellung war bereits an 150 Orten zu sehen, darunter Kirchengemeinden, Rathäuser, Schulen. Rund 40 weitere sind geplant. Die Termine erfahren Sie auf der Internetseite www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegeausstellung

Wenn Sie selbst die Ausstellung zeigen möchten: Nutzen Sie einfach das Kontaktformular auf der Internetseite oder wenden Sie sich an das Infobüro Pflege, Telefon (030) 28 8759-89, Mail an kontakt@infobuero-pflege.de

„Die Ausstellung gibt einen intensiven und anrührenden Einblick in die Welt der Pflege. Es ist wichtig darzustellen, dass das Alter und das Älterwerden Bestandteile unseres Lebens sind ... Ich finde die Ausstellung wunderbar.“

Monika Auerbach, Leiterin der Agentur für Arbeit, Neumarkt

AUFKLÄRUNGSKAMPAGNE

Leben retten. Mit Organspenden

In Deutschland stehen etwa 12.000 Menschen auf der Warteliste für ein neues Organ, manche jahrelang. Und 1000 von ihnen sterben jedes Jahr. Denn noch immer gibt es nicht genügend Spender.

Bei der Frage, wie die Spenderzahlen erhöht werden können, setzt die Bundesregierung klar auf die freiwillige und bewusste Zustimmung der Bürger. „Der Respekt vor dem Willen des Einzelnen fördert insgesamt die Akzeptanz der Organspende“, sagt Annette Widmann-Mauz, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium. Schon heute wären rund drei Viertel aller Deutschen grundsätzlich mit einer Organspende einverstanden. Doch nur 25 Prozent haben nach Umfragen tatsächlich einen Organspendeausweis.



Es muss schnell gehen, wenn ein Schwerkranker auf das lebensrettende Spenderorgan wartet

Organspende rettet Leben

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod kostet Überwindung. Dabei kann ein einzelner Organspender mehrere schwerkranke Menschen retten. Derzeit können Nieren, Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse und Dünndarm übertragen werden. Und niemand kann wissen, ob er nicht selbst einmal auf eine Organspende angewiesen sein könnte.

In Deutschland wird man erst mit der schriftlichen oder mündlichen Willenserklärung zum Organspender. Liegt kein Organspendeausweis vor, werden im Todesfall die nächsten Angehörigen befragt. Diese müssen dann versuchen, nach bestem Wissen den Willen des Verstorbenen zu befolgen. Ein Ausweis kann also auch die Hinterbliebenen entlasten.

durch Deutschland lädt außerdem an verschiedenen Orten die Bürger dazu ein, sich mit dem Thema auseinanderzusetzen.

Abläufe optimieren

Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt für die Erhöhung der Spenderzahlen sind die Abläufe und Strukturen in den Krankenhäusern. Im Klinikalltag kommt nach dem Tod eines Patienten die Frage nach einer Organspende oft zu kurz. Hier setzt das Bundesministerium für Gesundheit an und will die Voraussetzungen verbessern. Beispielsweise durch Unterstützung des Modellversuchs „Inhousekoordinatoren“ der Deutschen Stiftung Organtransplantation: Speziell geschulte Ärzte sollen in den großen Kliniken die Abläufe der Organspende auf den Intensivstationen optimieren. Darüber hinaus setzt sich das Bundesgesundheitsministerium ausdrücklich dafür ein, dass die Möglichkeiten, die das Transplantationsgesetz für die Abläufe von Organspenden bereits vorsieht, in den Krankenhäusern konsequenter beachtet und genutzt werden. ■

INFORMATION

Einen kostenlosen Organspendeausweis gibt es im Internet unter www.organspende-info.de, über das gebührenfreie **Infotelefon Organspende (0800 90 40 400)** und in vielen Arztpraxen und Apotheken.



Quelle: BZgA

Organpaten klären auf

Viele Menschen sind nicht genügend darüber informiert, wie einfach und unbürokratisch sie, am besten in Form eines Organspendeausweises, ihre Bereitschaft zur Organspende festhalten und damit über den Tod hinaus noch helfen können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat deshalb mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit eine Kampagne gestartet. Unter dem Motto „Organpaten werden“ sprechen engagierte Bürger mit Familie, Freunden und Bekannten über Beweggründe und mögliche Vorbehalte. Auch Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ist Organpate. Eine Informationstour quer

Meldungen

Runder Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“

Auf Einladung der Parlamentarischen Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium Annette Widmann-Mauz trafen sich am 1. Dezember 2010 zum zweiten Mal Vertreter wichtiger Akteure des Gesundheitswesens zum Runden Tisch „Vereinbarkeit von Familie und Beruf im Gesundheitswesen“. Die Teilnehmer haben konkrete Maßnahmen zum Abbau von Hemmnissen in der Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen verabschiedet. Zudem sollen gezielte Informationen über gute Initiativen in Krankenhaus und Arztpraxis bereitgestellt werden. Anfang 2011 ist eine Internetplattform geplant, um den Erfahrungsaustausch zu fördern und über konkrete Lösungen zu informieren. Darüber hinaus wurden Empfehlungen für erste Maßnahmen zur Personalgewinnung in Alten- und Pflegeeinrichtungen formuliert.

+++++

Trinkwasserverordnung geändert

Mit der Änderung der seit 2001 geltenden Trinkwasserverordnung hat Deutschland erstmalig einen Grenzwert für

den Urangehalt im Trinkwasser festgelegt. Er beträgt zehn Mikrogramm Uran pro Liter Trinkwasser und ist nach Angaben des Bundesrates weltweit der niedrigste. Die Regelung soll im Juni 2011 in Kraft treten. Die neue Verordnung soll vor allem Säuglinge vor den möglichen Schädigungen radioaktiven Urans im Trinkwasser schützen.

+++++

Weltgesundheitsbericht 2010 vorgestellt

Eine immer älter werdende Gesellschaft, die Zunahme chronischer Krankheiten und teure Innovationen auf dem Behandlungssektor sind eine Herausforderung für die Gesundheitsversorgung weltweit. In ihrem Weltgesundheitsbericht 2010 geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) deshalb auf Fragen nach der Finanzierbarkeit der Gesundheitssysteme und der universellen sozialen Absicherung im Krankheitsfall ein. Die praktischen Erfahrungen und Ratschläge im Bericht sollen politischen Entscheidungsträgern als Orientierungshilfe dienen. Den vollständigen Bericht finden Sie auf www.bundesgesundheitsministerium.de

+++++

Broschüre zur betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Bundesgesundheitsministerium will kleine und mittlere Unternehmen verstärkt zu betrieblicher Gesundheitsförderung ermutigen. Das Ministerium hat hierzu die Broschüre „Unternehmen unternehmen Gesundheit“ herausgegeben. Die Broschüre soll mit Informationen und Aufklärung einen Anstoß für Gesundheitsförderung im Betrieb geben. Die kostenfreie Broschüre ist beim Publikationsversand der Bundesregierung erhältlich.



Bestellnummer:
BMG-V-10003,
Postfach 48 1009,
18132 Rostock,
publikationen@bundesregierung.de

Impressum

Herausgeber: Bundesministerium für Gesundheit, Kommunikationsstab (Öffentlichkeitsarbeit), 11055 Berlin

Gestaltung: A&B ONE

Fotos: S. 1 Shotshop, S. 4/5 IQWiG, S. 11 plainpicture

Druck: Silber Druck oHG

INFOANGEBOTE

Gesundheitspolitische Informationen

Die Vierteljahresschrift berichtet aus der Arbeit des Bundesgesundheitsministeriums und wird Ihnen kostenlos per Post zugesandt. Abonnement unter: www.bmg-gp.de

Infoblätter

Die „GP_Infoblätter“ bieten Ratgeberinformationen für Patienten und Verbraucher zu Einzelthemen der Gesundheitsversorgung. Sie können im E-Mail-Abonnement bezogen werden: www.bmg-gp.de

Newsletter

Der Newsletter informiert zur aktuellen Gesundheitspolitik und wird Ihnen alle 14 Tage per E-Mail zugesandt. Sie finden das Anmeldeformular unter www.bmg-gp.de

Internet

Alle aktuellen Informationen des Bundesministeriums für Gesundheit zu den Themen Gesundheit, Pflege und Prävention finden Sie auf unserem Onlineportal www.bundesgesundheitsministerium.de

Publikationsverzeichnis

Das Publikationsverzeichnis des BMG können Sie unter Angabe der Bestellnummer BMG-G-07014 kostenlos anfordern: publikationen@bundesregierung.de

Bürgertelefon

Das Bürgertelefon des BMG erreichen Sie Mo. bis Do. 8–18 Uhr und Fr. 8–12 Uhr. Der Anruf ist kostenpflichtig, es gilt ein Festpreis von 14 c/min aus den deutschen Festnetzen und max. 42 c/min aus den Mobilfunknetzen: **0 18 05/99 66-02**