

Journal

■ GKV: Rezeptfreie Medikamente

Gesetzliche Krankenkassen müssen die Kosten für rezeptfreie Medikamente in der Regel nicht erstatten. Das Bundessozialgericht (BSG) hat entschieden, dass der Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV rechtmäßig ist. Er ist mit dem allgemeinen Gleichheitssatz und den Grundrechten des Grundgesetzes in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip vereinbar. Der Gesetzgeber durfte im Rahmen seines Einschätzungsermessens davon ausgehen, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel bereits vor dem 1. Januar 2004 in den Apotheken überwiegend ohne Rezept abgegeben wurden und dass es sich um Arzneimittel von durchschnittlich weniger als elf Euro je Packung handelte, so das BSG. Die Regelung verstößt auch nicht gegen europäisches Recht. ik/BSG

■ Steuerliche Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen

Das Bundesministerium der Finanzen hat den Referentenentwurf für das „Gesetz zur verbesserten steuerlichen Berücksichtigung von Vorsorgeaufwendungen“ vorgelegt. Die Bundesregierung reagiert damit auf einen Beschluss des Bundesverfassungsgerichts, das entschieden hatte, dass die Beiträge zu privaten Versicherungen für den Krankheits- und Pflegefall Teil des einkommensteuerrechtlich zu verschonenden Existenzminimums darstellen.

Spätestens bis zum 1. Januar 2010 ist eine Neuregelung zu treffen, die auch die gesetzlich kranken- und pflegeversicherten Steuerpflichtigen einbezieht. Nach geltendem Recht sind die Beiträge für eine Kranken- und Pflegeversicherung nur stark eingeschränkt steuerlich abziehbar. Maßnahmen des Gesetzentwurfs: Der heutige Sonderausgabenabzug für alle sonstigen Vorsorgeaufwendungen wird in einen Sonderausgabenabzug für Kranken- und Pflegepflichtversicherungsbeiträge umgestaltet. Beiträge des Steuerpflichtigen für sich, seinen Ehepartner und seine unterhaltsberechtigten Kinder zugunsten einer Krankenversicherung werden in Höhe der sogenannten Basisabsicherung als Sonderausgaben berücksichtigt. Insbesondere sind Prämien des zum 1. Januar 2009 eingeführten Basistarifs in der PKV in vollem Umfang Sonderausgaben. Nicht abziehbar bleiben Beitragsanteile, mit denen ein Krankenversicherungsschutz finanziert wird, der über die

medizinische Grundversorgung hinausgeht, zum Beispiel für eine Chefarztbehandlung oder ein Einzelzimmer im Krankenhaus. Beiträge zu Pflegepflichtversicherungen sind in voller Höhe als Sonderausgaben abziehbar. ik/BMF

■ Drei Szenarien des Gesundheitswesens

Im Rahmen der fünften Delphi-Studie „Perspektive 2020 – Gesundheit als Chance!“ wurden drei Szenarien entwickelt, wie das Gesundheitssystem in Deutschland künftig aussehen könnte. Im Szenario A sind Versorgungszentren verantwortlich für Qualität und Kosten der Versorgung. Sie bestimmen, ob und wie neue Leistungen eingebracht werden. Im Szenario B definieren gesetzliche Kriterien die Versorgung. Neue Leistungen werden erst zugänglich, wenn ihr Nutzen bewiesen ist und sie nicht zu teuer sind. Wer nicht gesetzlich versicherte Leistungen in Anspruch nehmen möchte, kann staatlich geförderte private Zusatztarife abschließen. Im Szenario C handeln Patienten- und Konsumentenvereinigungen Gruppenverträge mit Krankenversicherungen aus, die die Bedürfnisse einer Gruppe möglichst genau abdecken. Die Versicherungen können ihre Angebote freier ausgestalten, solange sie einem gesetzlich definierten Mindestanspruch genügen. Die Studie wurde vom Pharmakonzern Janssen-Cilag durchgeführt und wissenschaftlich vom Berliner IGES-Institut betreut. lin/Janssen-Cilag

■ Ärzteexodus

Deutschland droht ein Exodus junger Mediziner. Rund 70 Prozent der Medizinstudenten wollen nach Abschluss ihrer Ausbildung im Ausland arbeiten, berichtet im November das Magazin „Focus“. Quelle ist dabei eine bislang nicht veröffentlichte Studie der Ruhr-Universität Bochum. Die Abteilung für Allgemeinmedizin hat für ihre Untersuchung 4000 Medizinstudenten in ganz Deutschland nach deren Zukunftsplänen befragt. Die Studierenden nannten als wichtigste Gründe für ihre Abwanderungswünsche die Arbeitszeiten, die Budgetierung der Leistungen sowie die Vergütung. Nur 22 Prozent der Befragten wollen sich als Ärzte niederlassen. Dagegen können sich 38 Prozent eine patientenferne Tätigkeit vorstellen. Laut Studie wollen nur 17 Prozent der Medizinstudenten als Hausarzt praktizieren. ik/Focus Online

■ Ärzte sehen eGK kritisch

84 Prozent der niedergelassenen Ärzte erwarten bei Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) einen erhöhten Verwaltungsaufwand für ihre Praxis und 89 Prozent rechnen mit zusätzlichen Anschaffungskosten für Hard- und Software. Dies ergab eine repräsentative Onlinebefragung bei 245 niedergelassenen Hausärzten und Internisten durch TNS Healthcare. Obwohl knapp zwei Drittel der befragten Ärzte einen Vorteil durch die Einführung der eGK beim Zugang zu Informationen über Therapie und Diagnose der Patienten sieht, glauben nur 36 Prozent der Ärzte an eine verbesserte Behandlung und Betreuung chronisch Kranker. Trotz aller Skepsis bei den Ärzten nimmt die Einführung der eGK – wenn auch verspätet – langsam Form an. Die gematik hat Mitte November das erste mobile Kartenterminal für die elektronische Gesundheitskarte zugelassen. Dieses ist ein reines Lesegerät ohne Display, das für Hausbesuche geeignet ist.

■ PKV: Rückgang der Vollversicherungen

Im ersten Halbjahr 2008 haben weniger Menschen eine private Krankheitsvollversicherung abgeschlossen als in den sechs Monaten des Vorjahres. Das gab der Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) Anfang November bekannt. Mit nur 23 400 Personen lag der Nettoneuzugang unter dem Vorjahresniveau (1. Halbjahr 2007: 37 700 Personen). Der PKV-Verband erklärt diesen Rückgang mit den mit der Gesundheitsreform deutlich erschwerten Konditionen für einen Wechsel in die PKV: Seit dem 2. Februar 2007 können Arbeitnehmer erst dann in die PKV wechseln, wenn ihr Einkommen drei Kalenderjahre in Folge über der Versicherungspflichtgrenze gelegen hat. Im Gegensatz zur Vollversicherung kann die PKV im Ge-



schäft mit privaten Zusatzversicherungen weiter zulegen: Im Jahr 2007 stiegen sie auf 20,01 Millionen Zusatzversicherungen; Ende 2006 waren es noch 18,40 Millionen gewesen. ho

■ Monopolparagraf vor Gericht

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) hat angekündigt, gegen die Neufassung des § 73b Sozialgesetzbuch V, der die hausärztliche Versorgung regelt, „sämtliche Rechtsmittel auszuschöpfen“. Die Mitte Oktober verabschiedete Regelung besagt, dass gesetzliche Krankenkassen mit Verbänden Verträge zur hausärztlichen Versorgung abschließen müssen – und zwar mit solchen, die mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte in einem Bundesland vertreten. „Damit hat die Koalition nicht nur den erwünschten Wettbewerb im Gesundheitswesen ad absurdum geführt, sondern den Sicherstellungsauftrag der Körperschaft Kassenärztliche Vereinigung durch das Monopol eines privatrechtlichen Verbandes, nämlich des Hausärzterverbandes, ersetzt. Dabei ignoriert der Gesetzgeber völlig die Tatsache, dass an der hausärztlichen Versorgung nicht nur Allgemeinärzte, sondern in großem Umfang auch Internisten, Kinderärzte und ehemalige praktische Ärzte teilnehmen“, so der BDI in einer Pressemitteilung. ho