

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 1 von 17

1. Rabattverträge: Hälfte der Einsparungen geht verloren

Die möglichen Einsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei den Ausgaben für Arzneimittel werden gut zur Hälfte von den Vertriebskosten und der Mehrwertsteuer neutralisiert. Zu diesem Ergebnis kommt der Branchenverband Pro Generika.

S. 4

2. Telematik: Verantwortlichkeiten klar geregelt

Zum Abschluss der Bestandsaufnahme beim Aufbau der Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen und der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat die Gesellschafterversammlung der gematik für das künftige Vorgehen eine klare Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten beschlossen.

S. 5

3. Ärztliche Tätigkeiten: Richtlinien zur Übertragung noch in diesem Jahr

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch im Laufe dieses Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Richtlinien zur Praxis und Weiterentwicklung von Modellen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten insbesondere auf Pflegefachkräfte vorlegt.

S. 6

4. Zwangsrabatt: Eingriff in die unternehmerische Freiheit

Die Pharmaunternehmen machen einen erneuten Versuch, die drohende Erhöhung des Zwangsrabattes auf Arzneimittel von 6 % auf 16 % zu verhindern. Der Gesetzentwurf zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz), der am 22. April beim Deutschen Bundestag eingebracht wurde, enthält die entsprechenden Regelungen noch nicht, soll allerdings als „Transportmittel“ für die Kurzfristmaßnahme dienen.

S. 6

5. **Arzneisparpaket: Formulierungshilfen des BMG**

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) drückt aufs Tempo. Bereits vor Beginn der parlamentarischen Beratungen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ein Paket von „Formulierungshilfen“ zu Änderungsanträgen der Regierungskoalition vorgelegt, unter ihnen auch zu den vereinbarten Kurzfristmaßnahmen im Arzneimittelbereich.

S. 8

6. **Krankenhäuser: Sanierungsbeitrag verfassungsgemäß**

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) ist der Überzeugung, dass der „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser verfassungsgemäß war, sodass eine Anrufung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) nicht in Betracht kommt.

S. 9

7. **MedTech: BVMed startet Informationskampagne**

Mit einer Informationskampagne unter dem Titel „Der Mensch als Maßstab. Medizintechnologien“ will der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) die Bedeutung, Wertigkeit, Innovationskraft und Faszination von Medizintechnologien den Entscheidungsträgern noch besser vermitteln, als bisher geschehen. Die Kampagne ist auf 3 Jahre angelegt.

S. 9

8. **Ambulantes Operieren: Widerspruch von der DKG**

Heftige Kritik übt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) an dem Gutachten zum Ambulanten Operieren, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und der Bundesverband für Ambulantes Operieren (BAO) vorgelegt haben (Schütze-Brief Nr. 30/2010 vom 19. April).

S. 11

9. **Impfstoffe: Bald weitere Fortschritte**

Nach 2013 könnten neue Impfstoffe erstmals vor Hirnhautentzündung durch B-Meningokokken und dem gefürchteten Krankenhauskeim MRSA schützen. Speziell für Entwicklungsländer könnte zudem ein Impfstoff verfügbar werden, der vielen von Malaria bedrohten Kindern das Leben rette.

S. 12

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 3 von 17

10. Diabetes: VDPGH sieht mangelnde Bereitschaft zur Prävention

Auf Unverständnis ist beim Verband der Diagnostica-Industrie (VDGI) der Beschlussvorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gestoßen, wonach die Blutzuckerteststreifen bei nicht insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden sollen.

S. 13

11. Ärztevergütungen: BMG sieht keinen zusätzlichen Spielraum

Erneut bekräftigt hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler die Absprache in der Koalitionsvereinbarung, die Honorarregelungen der niedergelassenen Ärzte kritisch zu überprüfen.

S. 14

12. NRW-Gesundheitsminister: An der Borniertheit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gescheitert

In der Auseinandersetzung um eine mögliche „Reform der Reform“ im ärztlichen Gebührenrecht hat der Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) frontal angegriffen.

S. 14

13. Pflege: Durch Rehabilitation Pflegeeintritt verzögern

Eine der Ursachen für die stark steigenden Ausgaben für die Pflege sieht der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) in den rückläufigen Ausgaben für die Rehabilitation. Eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ könne diesen Trend stoppen.

S. 15

14. Personalie

S. 16

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 4 von 17

1. Rabattverträge: Hälfte der Einsparungen geht verloren

Die möglichen Einsparungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bei den Ausgaben für Arzneimittel werden gut zur Hälfte von den Vertriebskosten und der Mehrwertsteuer neutralisiert. Zu diesem Ergebnis kommt der Branchenverband Pro Generika.

Würde beispielsweise ein Unternehmen den GKV-Kassen einen theoretischen Rabatt in Höhe von 100 % für ein durchschnittliches Generikum einräumen, müssten diese dafür immer noch 10,40 Euro bezahlen. Ihr tatsächlicher Preisvorteil läge damit lediglich bei 46,85 %.

Grund hierfür sei das gesetzlich geregelte Preisbildungssystem für den Arzneimittelvertrieb über den Großhandel und die Apotheken. Danach bekomme der Großhandel einen festgelegten Prozentsatz auf den offiziellen Herstellerabgabepreis, während die Apotheken einen dreiprozentigen Aufschlag auf ihren Einkaufspreis sowie ein Fixhonorar von 8,10 Euro erhielten.

Hinzu komme die volle Mehrwertsteuer in Höhe von 19 %. Auf den Apothekenverkaufspreis müssten die Apotheken dann ihrerseits den Kassen einen Abschlag von derzeit 2,30 Euro einräumen. Das senke zwar die Vertriebskosten hochpreisiger patentgeschützter Arzneimittel, verteuere aber die preisgünstigen Generika.

Nach Angaben des Marktforschungsinstituts IMS HEALTH hatte ein von der GKV erstattetes Generikum im Januar 2010 einen durchschnittlichen Herstellerabgabepreis von 9,17 Euro. Unter Berücksichtigung der Handelsspannen und des Apothekenabschlags ergebe sich daraus für die GKV ein realer Apothekenverkaufspreis von 19,57 Euro.

Bei einem virtuellen Rabatt von 100 % auf den Herstellerabgabepreis flössen 9,17 Euro an die Kasse zurück. Sie müsste aber immer noch mehr als die Hälfte des Listenpreises bezahlen. Läge der vereinbarte Preisnachlass dagegen bei 30 % (der Hersteller erstatte der Kasse dann 2,75 Euro) beliefe sich die Einsparung der Kasse auf nur 14,06 %.

Die Vertriebskosten machten sich dagegen deutlich geringer bei den patentgeschützten Arzneimitteln bemerkbar, die im Januar 2010 im Durchschnitt 78,53 Euro zum Herstellerabgabepreis kosteten, so Pro Generika. Wenn die Kassen für diese Produkte einen fiktiven Rabatt von 100 % vereinbaren könnten, würden sie um 71,6 % entlastet. Preisverhandlungen für patentgeschützte Arzneimittel würden den Kassen also weitaus höhere Effizienzgewinne bescheren als Rabattverträge über Generika.

Weitere Informationen im Internet unter

<http://www.progenerika.de/downloads/8263/ProGenNewsZahl0410RZ.pdf>

2. Telematik: Verantwortlichkeiten klar geregelt

Zum Abschluss der Bestandsaufnahme beim Aufbau der Telematikinfrastruktur für das Gesundheitswesen und der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) hat die Gesellschafterversammlung der gematik für das künftige Vorgehen eine klare Verteilung der Aufgaben und Verantwortlichkeiten beschlossen.

Die Leistungserbringer werden die alleinige Verantwortung für die medizinischen Anwendungen übernehmen und die Kostenträger die alleinige Verantwortung für die administrativen Anwendungen. Dies sei im Sinne von mehr Effizienz, Schnelligkeit und Reduzierung der Komplexität. Bei strittigen Entscheidungen soll der ehemalige Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Dr. Klaus Theo Schröder, tätig werden.

Auf Basis der unterschiedlichen konstruktiven Vorschläge, die von den Kostenträgern und den Leistungserbringern im Laufe der Bestandsaufnahme eingebracht worden seien, habe die Gesellschafterversammlung die entscheidenden Festlegungen für das weitere Vorgehen der nächsten Jahre getroffen, so die gematik in einer Mitteilung.

Zunächst sollten drei Anwendungen eingeführt werden, mit denen unmittelbar beim Start ein Nutzen für alle Beteiligten erreicht werden könne. Der GKV-Spitzenverband verantwortet demnach ab sofort die Einführung eines online gestützten Versichertenstammdatenmanagements, die Bundesärztekammer (BÄK) die Einführung eines Notfalldatensatzes auf der eGK und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die adressierte Kommunikation der Leistungserbringer.

Für die übergreifende Aufgabe der Basis-Telematikinfrastruktur soll der GKV-Spitzenverband gemeinsam mit der KBV zuständig sein. Die verantwortlichen Gesellschafter wollen die Anforderungen an die Telematikinfrastruktur und die Anwendungen aus der Sicht der Gesellschafter formulieren und die Umsetzung durch die gematik steuern.

Die Projekte sollen in den nächsten Monaten soweit vorangebracht werden, dass Ausschreibungen durch die gematik erfolgen können, die es der Industrie ermöglichen, Angebote für Leistungen in den anstehenden Tests abzugeben.

Gesprochen wurde in der Gesellschafterversammlung auch über eine verpflichtende Online-Lösung, es wurde aber kein Beschluss gefasst. Die Kostenträger gehen davon aus, dass das BMG eine Gesetzesinitiative auf den Weg bringen wird, die die Forde-

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 6 von 17

rungen nach Datensicherheit, Missbrauchsbekämpfung sowie die Forderung der Kostenträger nach einer Gültigkeitsprüfung und schnellen Aktualisierung der eGK beim Leistungserbringer ebenso berücksichtigt wie die Freiwilligkeit der Leistungserbringer zur direkten Anbindung ihrer Primärsysteme.

3. Ärztliche Tätigkeiten: Richtlinien zur Übertragung noch in diesem Jahr

Die Bundesregierung geht davon aus, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) noch im Laufe dieses Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Richtlinien zur Praxis und Weiterentwicklung von Modellen zur Übertragung ärztlicher Tätigkeiten insbesondere auf Pflegefachkräften vorlegt.

Sie droht aber gleichzeitig damit, dass sie bei nicht nachvollziehbaren Verzögerungen prüfen wolle, wie man den Fortgang des Verfahrens weiter beschleunigen könne. Dies geht aus der Antwort der Bundesregierung (BT-Drucksache 17/1304) auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen hervor.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde in § 63 Abs. 3c SGB V eine Regelung zur modellhaften Erprobung der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde durch Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege- sowie der Altenpflegeberufe eingeführt. Dem G-BA wurde der Auftrag erteilt, in Richtlinien festzulegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von Heilkunde im Rahmen von Modellprojekten erfolgen könne.

Obwohl das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz bereits am 1. Juli 2008 in Kraft getreten ist, liegen die Richtlinien des G-BA noch nicht vor. Auf die Frage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, wann der G-BA die Richtlinien erlassen werde, teilt die Bundesregierung mit, das Gremium habe seine Beratungen über eine Richtlinie, in der die Tätigkeiten beschrieben würden, die unter den in der Vorschrift näher benannten Bedingungen von nichtärztlichen Heilberufen erbracht werden könnten, im Jahr 2009 aufgenommen. Die Beratungen würden in enger zeitlicher Reihenfolge im Jahr 2010 weitergeführt.

4. Zwangsrabatt: Eingriff in die unternehmerische Freiheit

Die Pharmaunternehmen machen einen erneuten Versuch, die drohende Erhöhung des Zwangsrabattes auf Arzneimittel von 6 % auf 16 % zu verhindern. Der Gesetzentwurf zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz), der am 22. April beim Deutschen Bundestag eingebracht

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 7 von 17

wurde, enthält die entsprechenden Regelungen noch nicht, soll allerdings als „Transportmittel“ für die Kurzfristmaßnahme dienen.

Die von den Koalitionären vorgesehene Erhöhung des Zwangsrabatts muss im weiteren Gesetzgebungsverfahren in Form von Änderungsanträgen eingebracht werden, um dann im „Omnibusverfahren“ mit dem GKV-Änderungsgesetz verabschiedet zu werden. Die 1. Lesung mit der gleichzeitigen Überweisung an die zuständigen Ausschüsse findet ohne Debatten statt.

Für den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) sind die vorgesehenen Maßnahmen ohnehin „einer christlich-liberalen Koalition unwürdig“, und der Verband forschender Pharmaunternehmen (vfa) spricht von einer „Sondersteuer auf Forschung und Innovation“. Beide Verbände sehen in dem Vorhaben der Koalition einen unzulässigen Eingriff in die unternehmerische Freiheit.

Einen Anstieg gerichtlicher Verfahren sieht der BPI angesichts der Tatsache, dass der GKV-Spitzenverband zusammen mit dem Deutschen Apothekerverband (DAV) ohne die bislang übliche Abstimmung mit der Industrie über die Abschlagsverpflichtung abschließend entscheiden könne. Dies sei nicht akzeptabel, da ein bewährtes Konfliktlösungsinstrument abgeschafft würde.

Noch ein weiteres rechtliches Argument bringt der BPI in die Diskussion. Das geplante Preismoratorium erfülle nicht die Vorgaben der EU-Transparenzrichtlinie. Diese sehe eine jährliche Überprüfung der Notwendigkeit eines Preisstopps vor sowie die Möglichkeit, in begründeten Einzelfällen Preiserhöhungen auf Antrag durchzuführen. An diese Vorgaben müsse sich auch das deutsche Recht halten, wenn man schon zu solch dirigistischen Maßnahmen greife.

Zudem werde das Preismoratorium auf eine noch nie da gewesene Dauer von mehr als drei Jahren festgelegt. Innerhalb dieser Zeitspanne veränderten sich aber Gehälter, Rohstoffpreise, Energiekosten und alle weiteren Ausgaben – nicht zuletzt auch durch behördliche Vorgaben – deutlich.

Auf die in den vergangenen Jahren geleisteten überproportionalen Beiträge zur Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verweist man beim vfa. Die forschenden Arzneimittelhersteller hätten in den Jahren 2003 bis 2009 bereits 7,3 Mrd. Euro an bestehenden Zwangsrabatten gezahlt. Und das bei einem Gesamtumsatz von 63 Mrd. Euro mit patentgeschützten Arzneimitteln und Investitionen in Forschung und Entwicklung von 31 Mrd. Euro in diesem Zeitraum.

Der Staat werde durch die Einschnitte bei der Pharmaindustrie selbst getroffen, denn seine Einnahmen würden schwinden: Neben den Sozialabgaben würden die von den

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 8 von 17

Unternehmen gezahlte Lohnsteuer sowie die Körperschaftsteuer und die Gewerbesteuer sinken.

Zudem beschäftigt die forschende pharmazeutische Industrie in Deutschland rund 90.000 Mitarbeiter. Mehr als 17.000 davon arbeiteten in Forschung und Entwicklung. Die Vergangenheit habe gezeigt, dass kurzfristige Kostendämpfungsmaßnahmen dazu führten, dass künftige Investitionen an Deutschland vorbeifließen, so der vfa.

Neben den beiden anderen Oppositionsfraktionen hat auch die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen einen Antrag beim Bundestag eingebracht, der die forschenden Pharmahersteller zur Kasse bitten will, eine Positivliste und eine strengere Kosten-Nutzen-Bewertung fordert.

5. Arzneisparpaket: Formulierungshilfen des BMG

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) drückt aufs Tempo. Bereits vor Beginn der parlamentarischen Beratungen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler ein Paket von „Formulierungshilfen“ zu Änderungsanträgen der Regierungskoalition vorgelegt, unter ihnen auch zu den vereinbarten Kurzfristmaßnahmen im Arzneimittelbereich.

Danach soll der Herstellerabschlag für Arzneimittel ohne Festbetrag für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 von bisher 6 % auf 16 % angehoben werden. Von dieser Erhöhung werden Arzneimittel ausgenommen, die bereits dem Generika-Abschlag nach § 130a SGB V unterliegen.

Unberücksichtigt bleiben auch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die zu Lasten der GKV verordnet werden. Zur Flankierung dieser Maßnahme wird ein Preismonitorium, rückwirkend zum 1. August 2009, vorgeschlagen. Die gesetzliche Verpflichtung zur Übermittlung von Preis- und Produktangaben wird ergänzt.

Mit diesen kurzfristig wirkenden Maßnahmen will die Koalition die Krankenkassen jährlich um etwa 1,15 Mrd. Euro entlasten, im laufenden Jahr bereits um 500 Mio. Euro.

Der weitere Ablauf des Gesetzgebungsverfahrens: Zu dem GKV-Änderungsgesetz findet am 19. Mai 2010 eine öffentliche Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages statt. Der Abschluss der Ausschussberatungen ist für den 16. Juni 2010 vorgesehen. Die 2. und 3. Lesung des Gesetzes sollen am 18. Juni 2010 stattfinden.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 9 von 17

Der Bundesrat beschäftigt sich mit dem Gesetz, dass nicht der Zustimmung der Länderkammer bedarf, am 9. Juli 2010, falls es ihm rechtzeitig von der Bundesregierung zugeleitet wird. Die geplanten Regelungen sollen am 1. August 2010 in Kraft treten.

6. Krankenhäuser: Sanierungsbeitrag verfassungsgemäß

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) ist der Überzeugung, dass der „Sanierungsbeitrag“ der Krankenhäuser verfassungsgemäß war, sodass eine Anrufung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) nicht in Betracht kommt.

Mit diesem Urteil vom 20. April 2010 hat das BSG den in der Zeit vom 1. Januar 2007 bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Abschlag von 0,5 % der Rechnungsbeträge für stationäre Leistungen bestätigt (Az.: B 1 KR 19/09 R u.a.).

Die gesetzliche Regelung im Krankenhausentgeltgesetz (KHGEntgG) zu einer zeitlich befristeten Rechnungskürzung bei den Krankenhäusern hatte eine wahre Klageflut ausgelöst. Allein in Nordrhein-Westfalen hatten insgesamt 350 Krankenhäuser Klage erhoben.

Die Revisionen der klagenden Krankenhäuser gegen die Entscheidungen des Landesozialgerichtes (LSG) Nordrhein-Westfalen blieben erfolglos. Das BSG hat die Anrufung des BVerfG abgelehnt. Der Bund sei zur Gesetzgebung berufen, denn er habe mit dem Rechnungsabschlag Krankenhauspflegesätze geregelt, für die eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich sei.

Der Rechnungsabschlag widerspreche auch nicht der Berufsfreiheit. Als bloße Berufsausübungsregelung sei er durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt, nämlich zur Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). „Gemessen am gesetzgeberischen Ziel war der Rechnungsabschlag ein geeignetes, erforderliches, angemessenes und den Krankenhäusern zumutbares Mittel“, heißt es in der Urteilsbegründung.

7. MedTech: BVMed startet Informationskampagne

Mit einer Informationskampagne unter dem Titel „Der Mensch als Maßstab. Medizintechnologien“ will der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) die Bedeutung, Wertigkeit, Innovationskraft und Faszination von Medizintechnologien den Entscheidungsträgern noch besser vermitteln, als bisher geschehen. Die Kampagne ist auf 3 Jahre angelegt.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 10 von 17

Der Leitgedanke sei, so BVMed Vorstandsvorsitzender Dr. Meinrad Lugan deutlich zu machen, dass die Medizintechnologie für die Verbindung von Hightech und Heilung stehe. Geschehen soll dies durch Großplakate und Anzeigen, die die Beziehung zwischen dem Wunder und der Technik aufnehmen. Die ersten Motive sind das Kunstherz, moderne Wundversorgungsprodukte und die künstliche Bandscheibe. Hinzu kommen ein Magazin und die Webseite <http://www.massstab-mensch.de>.

BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt verwies auf einer Pressekonferenz am 22. April in Berlin darauf, dass die Kenntnisse der politisch Verantwortlichen über die Besonderheiten der Medizintechnologiebranche und ihre Bedeutung für die Patientenversorgung noch immer zu gering seien. Die Medizintechnologiebranche bringe eine riesige Bandbreite an Produkten hervor, die vom Verbandmaterial über Endoprothetik bis hin zu hochkomplexem technischem Gerät reiche. Diese Heterogenität mache es für Außenstehende oft schwer, die Leistungen der Branche zu verstehen.

Der BVMed gibt sich selbstbewusst. Die Branche beschäftige, so Lugan, über 170.000 Menschen in rund 11.000 Unternehmen. Durchschnittlich würden bei den forschenden Medtech-Unternehmen rund 9 % des Umsatzes in Forschung und Entwicklung (F&E) investiert, und ein Drittel des Umsatzes werde mit Produkten erzielt, die nicht älter als 3 Jahre seien. Das spreche für die hohe Innovationskraft. Über zwei Drittel der Produkte gingen in den Export.

Nach wie vor klagt die Branche über Hindernisse bei der Einführung neuer Produkte in den Markt. Der Abbau bürokratischer Hürden und eine Wahlmöglichkeit der Patienten wären ein Beitrag, um das Innovationsklima in Deutschland zu verbessern. Zudem gehe es um eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt zur Einführung einer Innovation. Bei gleichen strukturellen Voraussetzungen solle dies auch für den ambulanten Bereich gelten, wo derzeit entgegengesetzte Regeln die schnelle Einführung bestimmter Therapien verhindern würden.

Eine vom BVMed in Auftrag gegebene Umfrage unter Ärzten und Entscheidern im Gesundheitswesen hat ergeben, dass das deutsche Gesundheitssystem grundsätzlich von den befragten Ärzten eher als innovationsfreundlich eingeschätzt wird. Allerdings habe sich der Zugang gesetzlich Versicherter zu innovativen medizintechnologischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in den letzten 5 Jahren eher verschlechtert.

Vor allem die Finanzpolitik der Krankenkassen und bürokratische Hürden hemmen nach Ansicht der Befragten die Anwendung innovativer Medizinprodukte (90 %).

Auch das derzeitige Erstattungssystem für Medizinprodukte wird insgesamt als eher negativ beurteilt.

Um die Qualität der Patientenversorgung erhalten zu können, forderten die befragten Ärzte vor allem weniger Bürokratie (95 %), bessere, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte (70 %) sowie den stärkeren Einsatz innovativer Medizintechnologien (55 %). Mehr als zwei Drittel aller befragten Ärzte messen medizintechnologischen Innovationen große Bedeutung bei. Die Kardiologen sprachen sich sogar einstimmig für die Wichtigkeit von medizintechnologischen Innovationen in ihrer Tätigkeit aus.

8. Ambulantes Operieren: Widerspruch von der DKG

Heftige Kritik übt die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) an dem Gutachten zum Ambulanten Operieren, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und der Bundesverband für Ambulantes Operieren (BAO) vorgelegt haben (Schütze-Brief Nr. 30/2010 vom 19. April).

Bezweifelt wird vor allem das dort behauptete Einsparpotenzial, wenn mehr Operationen vom stationären in den ambulanten Bereich verlegt würden. Das Gutachten gehe an der Realität der Patientenversorgung in Deutschland vorbei. Es würden Annahmen konstruiert und daraufhin Szenarien entwickelt, die ein relevantes Potenzial für die Verlagerung von stationären Operationen in die ambulante Versorgung suggerierten.

Es ist nach Ansicht der DKG „völlig abwegig, anzunehmen, dass etwa die Implantierung von Herzschrittmachern, die Entfernung von Gallenblasen oder die Operation von Leistenbrüchen unter den gegebenen Rahmenbedingungen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung im angenommenen Umfang durchzuführen wären“.

Im Gegensatz zu der Studie, die eine hohe Patientenzufriedenheit bei ambulanten Operationen feststellt, spricht die DKG von den allseits bekannten Beschwerden von Patienten über zu kurze Krankenhausaufenthalte und über Defizite der häuslichen ärztlichen Versorgung nach solchen Eingriffen.

Bekannt sollte auch sein, dass in vielen Regionen inzwischen die erforderliche intensive hausärztliche Nachbetreuung über das KV-System nicht mehr sichergestellt werden könne. Dass Patienten für Operationen, die theoretisch ambulant möglich seien, die Sicherheit des Krankenhauses suchten, müsse ernst genommen werden.

Es sei notwendig, alle Anstrengungen darauf zu richten, bestehende Defizite in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zu beseitigen und offensiv die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten der Kliniken zu erweitern.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 12 von 17

Die DKG verweist darauf, dass gerade bei den stationär durchgeführten Operationen, die theoretisch ambulant erbracht werden könnten, regelmäßig sehr intensive Überprüfungen durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen (MDK) stattfänden. Die Krankenhäuser sähen sich seit Jahren einer stetig wachsenden Rechtfertigungsbürokratie bei diesen Leistungen ausgesetzt.

Solche Operationen würden stationär erbracht, weil es dafür medizinische Gründe gebe. Abwegig und realitätsfremd sei die Vorgehensweise in dem Gutachten, die Vergütungen der stationären Leistungen der Krankenhäuser mit den ambulanten Vergütungen für stationäre Operationen zu vergleichen und daraus Einsparpotenziale für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) abzuleiten. Es dürfte selbstverständlich sein, dass die vollstationäre Leistungserbringung mit einer 24-Stunden-Rundumversorgung der Patienten nicht vergleichbar sei, so die DKG.

9. Impfstoffe: Bald weitere Fortschritte

Nach 2013 könnten neue Impfstoffe erstmals vor Hirnhautentzündung durch B-Meningokokken und dem gefürchteten Krankenhauskeim MRSA schützen. Speziell für Entwicklungsländer könnte zudem ein Impfstoff verfügbar werden, der vielen von Malaria bedrohten Kindern das Leben rette.

Diese Prognose macht der Verband forschender Pharmaunternehmen (vfa). Große Erfolge durch Impfkampagnen seien in den letzten Jahren insbesondere in Afrika erzielt worden, wo die Zahl der Maserntodesfälle, insbesondere bei Kindern, durch Impfungen um mehr als 90 % gesenkt werden können.

Auch für Impfprogramme gegen Hirnhaut- und Lungenentzündung, denen ebenfalls viele Menschen in ärmeren Ländern erliegen, wollen Pharmaunternehmen künftig noch mehr Impfdosen zu Sonderkonditionen liefern. Krankheiten, die vor allem in Entwicklungsländern grassierten, spielten auch in der industriellen Impfstoff-Forschung eine immer größere Rolle, so vfa-Hauptgeschäftsführerin Cornelia Yzer.

So erprobten die Unternehmen neben der Malariaimpfung derzeit auch Impfstoffe gegen Tuberkulose, Ebola und Dengue-Fieber – eine mitunter lebensbedrohliche Viruskrankheit in Südostasien. Mehrere Impfstoffhersteller hätten sogar eigene Forschungslabors für tropische und subtropische Infektionskrankheiten errichtet.

Einen Überblick über die Projekte forschenden Pharma-Unternehmen für kommende Impfstoffe bietet eine Grafik, die unter www.vfa.de/pm20100420 im Internet steht.

10. Diabetes: VDPGH sieht mangelnde Bereitschaft zur Prävention

Auf Unverständnis ist beim Verband der Diagnostica-Industrie (VDPGH) der Beschlussvorschlag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gestoßen, wonach die Blutzuckerteststreifen bei nicht insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern nicht mehr von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erstattet werden sollen.

Der Beschluss des G-BA würde allen Anstrengungen zuwiderlaufen, die Eigenverantwortung und das Selbstmanagement der Patienten zu stärken. Ein pauschaler Verordnungsausschluss wäre für die betroffenen Patienten ein erheblicher Rückschritt.

Gerade beim Diabetes brauche es den informierten, selbstbestimmten Patienten, der seinen Lebensstil am besten schon im Frühstadium der Erkrankung ändere, um teure Folgeerkrankungen zu vermeiden, so VDPGH-Geschäftsführer Dr. Martin Walger.

Nach Auffassung des VDPGH dürfe es schon aus rechtlichen Gründen keinen generellen Ausschluss der Verordnung von Blutzuckerteststreifen geben. Es sei bedenklich, dass die mit dem Wegfall der Blutzuckerselbstmessung verbundenen Risiken nicht adäquat berücksichtigt würden.

So bestünden beispielsweise im Straßenverkehr erhebliche Gefährdungen durch Hypoglykämien (Unterzuckerung), wenn Diabetiker ihren Blutzucker nicht mehr bestimmen würden. Auch nicht insulinpflichtige Typ 2-Diabetiker müssten in vielen Fällen ihre Fahreignung mittels Blutzuckerselbstmessung überprüfen.

Offensichtlich, so der schwerwiegende Vorwurf, meide es die Selbstverwaltung nicht ernst mit Prävention und Eigenverantwortung sowie ihrer jüngsten Ankündigung, eine höhere Versorgungsorientierung anzustreben. Sowohl das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) als auch der G-BA würden den Besonderheiten der Blutzuckerselbstmessung in ihren Bewertungsverfahren nicht Rechnung tragen.

Die Selbstmessung sei kein Arzneimittel und entfalte im Gegensatz zu diesem keine unmittelbare Wirkung. Sie liefere vielmehr eine Information, aus der der Betroffene und der behandelnde Arzt entsprechende Konsequenzen (Lebensstiländerung, Therapieanpassungen) ziehen müssten.

Unterstützung erhält der VDPGH vom Netzwerk diabetesDE. Patienten, die nicht Insulin spritzen, bildeten mit rund 4,7 Mio. die größte Gruppe aller Diabetiker. Ohne die Möglichkeiten der Blutzuckerselbstkontrolle steige für sie die Gefahr von Unterzuckerungen. Außerdem würde für diese Patienten eine eigenständige und selbstverantwortliche Therapie ihrer Erkrankung unmöglich.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 14 von 17

11. Ärztevergütungen: BMG sieht keinen zusätzlichen Spielraum

Erneut bekräftigt hat Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler die Absprache in der Koalitionsvereinbarung, die Honorarregelungen der niedergelassenen Ärzte kritisch zu überprüfen.

Er kündigte an, auch zu prüfen, ob die hausärztlichen Grundleistungen, wie Hausbesuche und Sprechstunden, besser honoriert werden sollten. Viele Ärzte klagten „zu Recht“ darüber, dass gerade diese Leistungen zu wenig berücksichtigt würden.

Offenkundig hat sich der Bundesgesundheitsminister auch schon mit der Vergütungssituation der Hausärzte vertraut gemacht. Nicht zu übersehen sei das Ungleichgewicht zwischen der Vergütung in ländlichen und den in städtischen Bereichen. Hausärzte auf dem Land hätten einen erhöhten Aufwand bei der Patientenversorgung und verdienten vergleichsweise weniger als Kollegen in der Stadt. Für viele Ärzte sei die Arbeit in Ballungszentren, wie München oder Düsseldorf, finanziell attraktiver als das Arbeiten auf dem Land.

Der Bundesgesundheitsminister äußerte sich zur Vergütungssituation der Ärzte in einem Interview mit der „Rheinischen Post“. Dabei machte er den Ärzten allerdings keine Zusagen im Hinblick auf eine Erhöhung der Gesamtvergütung durch die Krankenkassen.

In den vergangenen Jahren sei das Honorarvolumen für die Ärzte deutlich angehoben worden. 2009 habe es für die niedergelassenen Ärzte 3,5 Mrd. Euro mehr gegeben, in diesem Jahr schätzungsweise 1,17 Mrd. Euro. Das ist nach Meinung des Ministers eine ganz Menge Geld, die zusätzlich für die Versorgung zur Verfügung stehe. „Zusätzlichen Spielraum sehe ich nicht“, so Rösler.

12. NRW-Gesundheitsminister: An der Borniertheit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gescheitert

In der Auseinandersetzung um eine mögliche „Reform der Reform“ im ärztlichen Gebührenrecht hat der Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) frontal angegriffen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Nordrhein und Westfalen-Lippe klagen über eine „eklatante Benachteiligung“ ihrer Vertragsärzte bei der Honorarreform (Schütze-Brief Nr. 30/2010 vom 19. April). Die KVen haben sich der politischen Unterstützung des NRW-Gesundheitsministers versichert, ohne greifbaren Erfolg bisher.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 15 von 17

Laumann erklärt in einem Interview mit der „Wirtschaftswoche“, er habe es lange mit guten Worten versucht, sei aber „an der Borniertheit der Bundes-KV gescheitert“. Die KBV sei zu der gesetzlich vorgesehenen gerechten Verteilung der Arzthonorare nicht in der Lage. So hätten sich die beiden KVen Nordrhein und Westfalen-Lippe darauf eingelassen, dass deren Ärzte nur 3 % bis 5 % mehr Honorar bekämen, die besser verdienenden Ärzte in Niedersachsen aber 18 %. Die Ärzte hätten nach seiner Einschätzung kein Vertrauen mehr in das System der vertragsärztlichen Versorgung.

Die Ärzte müssten aus eigenem Interesse mehr Druck machen, fordert Laumann. Die KVen sollten ihre Beiträge an die KBV bis zu einer Gesprächsbereitschaft über die Honorarprobleme treuhänderisch verwalten. In seiner Kritik greift Laumann den KBV-Vorstandsvorsitzenden, Dr. Andreas Köhler, sehr persönlich an. Er nehme ihn (Köhler – die Red.) eher als störend wahr. Es sei mehr Transparenz bei den ärztlichen Abrechnungen erforderlich. Ein Arzt wisse im August nicht, was er im Januar verdient habe.

Der Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen hält die bisherige Rechtsaufsicht seines Ministeriums über die Arbeit der KVen nicht für ausreichend. Er fordert, dass alle KVen unter die Fachaufsicht der Länder gestellt werden sollten, denn nur so könne er über das „wie“ eines Weges mitreden, statt nur bei Rechtsverstößen einzugreifen.

13. Pflege: Durch Rehabilitation Pflegeeintritt verzögern

Eine der Ursachen für die stark steigenden Ausgaben für die Pflege sieht der Bundesverband Deutscher Privatkliniken (BDPK) in den rückläufigen Ausgaben für die Rehabilitation. Eine konsequente Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ könne diesen Trend stoppen.

Hunderttausenden Menschen könne so ein weitgehend von fremder Hilfe unabhängiges Leben ermöglicht und gleichzeitig könnten die öffentlichen Kassen langfristig entlastet werden. Der Anteil der Krankenkassenausgaben für medizinische Reha-Leistungen sei seit dem Jahr 2000 um fast die Hälfte gesunken und betrage jetzt nur noch 1 % des Gesamtvolumens.

Allein der jährliche Zuwachs bei den Pflegekosten sei annähernd so hoch wie die jährlichen Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für medizinische Rehabilitation. Das sei genauso, als würde die Feuerwehr bei einem Brandeinsatz Wasser sparen, so BDPK-Hauptgeschäftsführer Thomas Bublitz.

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 16 von 17

Zahlreiche Studien belegten, dass durch eine qualifizierte medizinische Rehabilitation Pflegebedürftigkeit vermieden oder zumindest um Monate, wenn nicht Jahre, hinausgeschoben werden könne. Dennoch würden nach wie vor viele Menschen ohne mögliche Intervention ihrer Krankenkasse an die Pflegeversicherung abgeschoben, weil diese nach der bestehenden Gesetzeslage im eigenen Interesse unwirtschaftlich handle, wenn sie mehr in Leistungen zur Vermeidung von Pflege investiere, so *Bublitz*.

Um diese Diskrepanz zwischen Gewolltem und Erreichtem zu beseitigen, müsse durch entsprechende gesetzliche Änderungen ein Finanzausgleich zwischen Kranken- und Pflegeversicherung geschaffen werden, der den Krankenkassen finanzielle Anreize für vermiedene Pflegebedürftigkeit biete.

Nach dem neuesten vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) vorgelegten Finanzbericht sind die Leistungsausgaben für Pflegebedürftige in den vergangenen 10 Jahren um rund 30 % auf 20,3 Mrd. Euro gestiegen. Allerdings stehe, so der BDPK, die große Pflegewelle erst noch bevor, denn der Anteil der 80-Jährigen und Älteren werde in den nächsten Jahren stark zunehmen und sich bis 2050 sogar verdreifachen.

Der BDPK hat einen Vorschlag gemacht, wie aus seiner Sicht die notwendigen Änderungen im Sozialgesetzbuch formuliert und umgesetzt werden könnten. Danach sind es insgesamt 6 Themenfelder, zu denen – neben der Umsetzung des Grundsatzes „Reha vor Pflege“ – Empfehlungen gegeben werden:

- die Schaffung von „Grundlagen für einen fairen und qualitätsorientierten Vertragswettbewerb zwischen Krankenkassen und Reha-Kliniken“
- die „bedarfsgerechte Ausgestaltung des Zugangs zur medizinischen Rehabilitation“
- die Sicherstellung der „Vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten mit Rehabilitationseinrichtungen“
- die „Finanzierung der Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte in Rehabilitationseinrichtungen“ und
- die „Berücksichtigung des Versorgungsbedarfs chronisch kranker Menschen“.

14. Personalie

Zum neuen Vorstandsvorsitzenden des Verbands der Diagnostica-Industrie (VDGH) hat die Mitgliederversammlung **Matthias Borst** gewählt. Er löst Dr. Jürgen Schulze

22. April 2010

Nr. 31/2010 / Seite 17 von 17

ab, der wegen seiner Wahl zum Präsidenten des europäischen Diagnostica-Verbands (EDMA) sein Amt im VDPGH niedergelegt hatte.
