

1. Ambulantes Operieren: Hohe Patientenzufriedenheit

Das Ambulante Operieren ist nach wie vor in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern deutlich unterentwickelt. Nach Ansicht von Experten könnte in diesem Bereich ein Einsparpotenzial von mehr als 500 Mio. Euro gehoben werden. Die Krankenhäuser sind allerdings entschieden gegen eine Ausweitung. S. 4

2. Arzneimittelversorgung: Analyse bei Privatversicherten

Bei Privatversicherten spielen nichtverschreibungspflichtige Medikamente eine größere Rolle als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wo sie vielfach nicht mehr erstattet werden. Mehr als ein Drittel (36,6 %) aller Verordnungen entfallen auf derartige Präparate. Aufgrund der unterdurchschnittlichen Preise dieser Medikamente tragen sie aber nur 14,8 % zu den Arzneimittelausgaben der privaten Krankenversicherung (PKV) bei. S. 5

3. Gesundheitsministerkonferenz: Weitgehende Forderungen an den Bund

Schwerpunkthema der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer am 30. Juni 2010 wird die Forderung an den Bundesgesetzgeber sein, die Bundesländer an der Entwicklung gesetzgeberischer Maßnahmen im Gesundheitswesen zu beteiligen. S. 7

4. Apothekenmarkt: Steigerung im ersten Quartal um 300 Millionen Euro

Der Umsatz auf dem deutschen Apothekenmarkt ist in den ersten 3 Monaten 2010 gegenüber dem Vergleichszeitraum des letzten Jahres um 330 Mio. Euro auf knapp 6,3 Mrd. Euro zu Abgabepreisen der pharmazeutischen Unternehmer (ApU) gestiegen. S. 7

5. Abrechnungsbetrug: Geldrückflüsse steigen bei der DAK um 19 Prozent

Die Ermittler der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) haben in den vergangenen zwei Jahren einen Schaden von 2,7 Mio. Euro aufgedeckt. Im Vergleich zu den Vorjahren wurden die Geldrückflüsse um 19 % gesteigert. Aktuell arbeiten die DAK-Experten an 2.000 Fällen. Die Zahl neuer Hinweise stieg um 15 %.

S. 8

6. MedTech-Branche: Investitionen trotz Krise

Trotz der Auswirkungen der Wirtschaftskrise bleibt die MedTech-Branche ein Innovations- und Jobmotor. Das belegt der Jahresbericht 2009/2010 des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed). Drei Viertel der Mitgliedsunternehmen haben demnach im vergangenen Jahr Arbeitsplätze erhalten und sogar neue Stellen geschaffen.

S. 9

7. Zahntechniker: Warnung vor Auslandsprodukten

Der neue „Rapid Alert System for non-food consumer products“ (Rapex)-Report der Europäischen Union, ein Schnellwarnsystem für nicht essbare Konsumgüter, hat den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) veranlasst, vor im Ausland gefertigtem Zahnersatz zu warnen.

S. 10

8. Honorarreform Ärzte: Klage gegen den Bewertungsausschuss als ultima ratio

Mit der „Reform der Reform“ im ärztlichen Vergütungssystem sind die Probleme noch längst nicht für alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gelöst. Die KV Nordrhein (KVNo) spricht weiterhin von einer „eklatanten Benachteiligung“ der Vertragsärzte in ihrem Bereich. Der Vorstand zeigt sich zuversichtlich, Nachbesserungen zu erreichen.

S. 11

9. Bundesversicherungsamt: Anpassung der Verträge zur Hautkrebsvorsorge

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die bundesunmittelbaren Krankenkassen in einem Rundschreiben aufgefordert, die auf der Grundlage des § 73c

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 3 von 16

SGB V abgeschlossenen Verträge zur Hautkrebsvorsorge an die geltende Rechtslage anzupassen. S. 11

10. Bundesrechnungshof: Kritik an Abfindungen für Kassenvorstände

Der Bundesrechnungshof (BRH) hat ergänzend zu seinem Prüfungsbericht für 2009 weitere Prüfungsergebnisse vorgestellt, die sich zum Teil auf die Haushaltsführung von gesetzlichen Krankenkassen beziehen. S. 12

11. Pflegetransparenzberichte: GKV-Spitzenverband weist verfassungsrechtliche Bedenken zurück

Bei den Sozialgerichten liegt inzwischen eine Vielzahl von Anträgen einzelner Pflegeeinrichtungen gegen die Veröffentlichung von Pflegetransparenzberichten der Krankenkassen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vor. Eine Klärung der rechtlichen Voraussetzungen ist erst mit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) zu erwarten. S. 13

12. Sozialversicherung: Hohes Defizit im Jahr 2009

Die gesetzliche Sozialversicherung hatte im Jahr 2009 ein kassenmäßiges Finanzierungsdefizit von 14,7 Mrd. Euro. Im Jahr 2008 war noch ein Finanzierungsüberschuss von 3,8 Mrd. Euro erreicht worden. Die gesetzliche Sozialversicherung umfasst die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, die Alterssicherung für Landwirte sowie die Bundesagentur für Arbeit (einschließlich Versorgungsfonds). S. 14

13. Personalien S. 15

14. Veranstaltungshinweis S. 15

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 4 von 16

1. Ambulantes Operieren: Hohe Patientenzufriedenheit

Das Ambulante Operieren ist nach wie vor in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern deutlich unterentwickelt. Nach Ansicht von Experten könnte in diesem Bereich ein Einsparpotenzial von mehr als 500 Mio. Euro gehoben werden. Die Krankenhäuser sind allerdings entschieden gegen eine Ausweitung.

Rund 560 Indikationen sind dem Ambulanten Operieren zugeordnet. Weitere 400 könnten Experten zufolge hinzukommen, aber würden von den Krankenhäusern dem stationären Bereich zugeschrieben. Hier stehe die Entscheidung noch aus, ob sie ganz dem ambulanten Bereich zugewiesen werden.

Es geht bei dieser Frage auch ums Geld. Ambulante Operateure erhalten für die gleiche Leistung deutlich weniger als die Krankenhäuser. Das sei, so sagen sie, ein völlig falscher Anreiz. Wenn man das Ambulante Operieren um rund 70 Mio. Euro aufstocke, dann sei es angesichts des Einsparpotenzials von bis zu 500 Mio. Euro für die gesetzlichen Krankenkassen immer noch ein „gutes Geschäft“.

Da es nach Ansicht des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), Dr. Axel Munte, im Bereich des Ambulanten Operierens hinsichtlich der Qualität und des Kontaktes von niedergelassenen Ärzten zu ambulant operierenden Kollegen an Transparenz fehle, habe die KVB in Kooperation mit der Universität München eine Studie erstellen lassen. Der Bundesverband für Ambulantes Operieren (BAO) hatte zudem Prof. Dr. Peter Oberender mit einem Gutachten zum möglichen Einsparpotenzial beauftragt.

Aus Sicht des Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler, belegen Gutachten und Studie, „dass das Ambulante Operieren zwei wesentliche Vorteile hat: Es ist meist kostengünstiger und garantiert höchste Qualität“. Belegt werde auch die Zufriedenheit der Patienten mit ambulanten Operationen.

So das Ergebnis der Befragung:

- Die Gesamtbewertung für die ambulante Operation lag bei 1,4 (auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (sehr schlecht)).
 - 97,5 % der Patienten haben den Eingriff mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet.
 - 95,5 % der befragten Patienten würden sich wieder einer ambulanten Operation unterziehen.
 - 94,9 % der Patienten gaben an, dass sie das Gefühl hatten, zuhause ausreichend betreut zu sein.
-

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 5 von 16

BAO-Präsident Dr. Axel Neumann wies am Beispiel arthroskopischer Operationen von Meniskusschäden am Kniegelenk darauf hin, dass ein solcher Eingriff in anderen europäischen Ländern in durchschnittlich 90 % der Fälle ambulant erbracht würde, während die Quote in Deutschland derzeit nur bei 32,5 % liege. In Deutschland seien die Anreize falsch gesetzt, da für eine Operation im Krankenhaus mehr gezahlt werde als für eine ambulante.

Verglichen mit den Kosten eines stationären Aufenthalts bei einer Verweildauer von einem Tag, könnten bei ambulanter Durchführung pro Fall rund 290 Euro eingespart werden. Allein bei Meniskusoperationen – je nach Berechnungsszenario – ließen sich durch die konsequente Verlagerung stationärer Eingriffe in den ambulanten Bereich jährlich 5,3 bis 38,9 Mio. Euro einsparen.

Für Neumann ergeben sich aus dem Gutachten und der Studie klare Konsequenzen für die vorbehaltlose und verstärkte Nutzung der Möglichkeiten des Ambulanten Operierens:

1. die Möglichkeiten des Ambulanten Operierens gezielt zu fördern,
2. die Verbesserung der Infrastrukturen (Pflege, Transport, Nachsorge), die eine ambulante Operation für Patienten interessant mache, und
3. ausdrücklich eine Anpassung der Vergütungssysteme, um den Anreiz zur stationären Aufnahme und Behandlung durch die Leistungserbringer zu beseitigen.

Diese Feststellungen würden insbesondere dadurch an Bedeutung gewinnen, dass die realen Investitions- und Betriebskosten der zur Versorgung notwendigen Ambulanten Operationszentren von den Krankenkassen in keiner Form bezahlt werden. Eine Förderung des Ambulanten Operierens könne insbesondere durch Fallpauschalen erfolgen, die mit der Systematik und der Höhe der DRG-Entgelte von Krankenhäusern direkt vergleichbar seien.

Weitere Informationen stehen auf der Internetseite der KBV unter www.kbv.de unter der Rubrik Praxis/Qualität/Qualitätsprogramme.

2. Arzneimittelversorgung: Analyse bei Privatversicherten

Bei Privatversicherten spielen nichtverschreibungspflichtige Medikamente eine größere Rolle als in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wo sie vielfach nicht mehr erstattet werden. Mehr als ein Drittel (36,6 %) aller Verordnungen entfallen auf derartige Präparate. Aufgrund der unterdurchschnittlichen Preise dieser Medikamente tragen sie aber nur 14,8 % zu den Arzneimittelausgaben der privaten Krankenversicherung (PKV) bei.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 6 von 16

Das geht aus einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) hervor. Untersucht wurde die Arzneimittelversorgung von Privatversicherten im Jahr 2008. Damit wurde erstmals umfassend einer der am stärksten wachsenden Ausgabenbereiche in der PKV untersucht.

Nach der Studie erhalten Privatversicherte im Vergleich zu gesetzlich Versicherten anteilig wesentlich häufiger das Original statt eines Nachahmerpräparats (Generikum). Die Generikaquote bei den 100 umsatzstärksten patentfreien Wirkstoffen lag im Jahr 2008 bei 51,4 % (nach Verordnungen), während in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fast 90 % erreicht wurden. Es lasse sich jedoch auch bei der PKV ein Trend zu vermehrten Generikaverordnungen ausmachen. Im Jahr 2007 lag die Generikaquote noch bei 46,4 %.

Die Studie des WIP bestätigt zudem frühere Untersuchungen, wonach Privatversicherte anteilig häufiger innovative Medikamente erhalten als gesetzlich Versicherte. Umsatzstärkstes Medikament in der PKV ist der Cholesterinsenker Sortis, der in der GKV aufgrund der dort vom Patienten zu entrichtenden Zuzahlungen keine größere Bedeutung mehr hat. Die meisten Verordnungen entfallen auf Voltaren. Die größten Verordnungszuwächse ließen sich für Pantozol feststellen.

Die Arzneimittelausgaben in der PKV weisen jährlich nicht nur höhere Steigerungsraten als in der GKV auf, sondern steigen regelmäßig auch stärker im Vergleich zu anderen Leistungsbereichen. Im Jahr 2008 lagen die Arzneimittelausgaben der PKV-Unternehmen bei 2,22 Mrd. Euro. Damit nehmen sie einen Anteil von 11,4 % an den Leistungsausgaben in der PKV ein. Im Vergleich zum letzten Jahr stiegen die Arzneimittelausgaben pro Versicherten um 7,5 %.

Die Berechnung einer gesamtmarktbezogenen und indikationsbezogenen Innovationsquote erbrachte, dass Privatversicherte anteilig etwas häufiger neue Medikamente erhalten als GKV-Versicherte. Vor allem aufgrund der um 38 % gesunkenen Umsätze von Gardasil, des Impfstoffes zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs, musste für die PKV aber ein Rückgang der Innovationsquoten gegenüber dem Vorjahr registriert werden.

Datengrundlage der Untersuchung waren Arzneimittelverordnungsdaten aus dem Jahr 2008 von neun PKV-Unternehmen, bei denen zusammen 57 % aller Privatversicherten versichert sind.

Die Studie steht unter: www.wip-pkv.de im Internet.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 7 von 16

3. Gesundheitsministerkonferenz: Weitgehende Forderungen an den Bund

Schwerpunkthema der 83. Gesundheitsministerkonferenz der Bundesländer am 30. Juni 2010 wird die Forderung an den Bundesgesetzgeber sein, die Bundesländer an der Entwicklung gesetzgeberischer Maßnahmen im Gesundheitswesen zu beteiligen.

Die Gesundheitsministerkonferenz hatte zuletzt am 25. Juni 2009 getagt und eine Expertenrunde beauftragt, die Kompetenzen der Länder zu analysieren und ihre Gestaltungsmöglichkeiten zu stabilisieren bzw. weiterzuentwickeln. Nach intensiven Vorgesprächen steht jetzt ein weitreichender Entschließungsantrag zur Diskussion.

Die Bundesländer setzen sich dafür ein, in der Gesundheitspolitik bei allen Sachfragen beteiligt zu werden, bei denen die Länderinteressen tangiert sind. Besonders brisant ist der Vorschlag, die Krankenkassen zu verpflichten, einen Spitzenverband Land zu bilden, der als Rechtsperson verantwortlich die (einheitlich und gemeinsam auszuübenden) Aufgaben der Krankenkassen im jeweiligen Land wahrnimmt. Mit Blick auf die aktuelle Diskussion zur Bekämpfung des Ärztemangels in ländlichen Regionen wird vorgeschlagen, die Länder an den Beratungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu beteiligen.

4. Apothekenmarkt: Steigerung im ersten Quartal um 300 Millionen Euro

Der Umsatz auf dem deutschen Apothekenmarkt ist in den ersten 3 Monaten 2010 gegenüber dem Vergleichszeitraum des letzten Jahres um 330 Mio. Euro auf knapp 6,3 Mrd. Euro zu Abgabepreisen der pharmazeutischen Unternehmer (ApU) gestiegen.

Allerdings setzte das Umsatzwachstum auf einem vergleichsweise schwachen ersten Quartal 2009 auf. Seinerzeit lag der deutsche Apothekenmarkt gegenüber dem ersten Quartal 2008 mit einem Umsatzplus von 1,8 % nur unwesentlich über dem Vorjahresniveau. Darauf weist INSIGHT Health in aktuell veröffentlichten Daten hin.

Im Unterschied zum Umsatz sei die Menge der abgegebenen Packungen um 7,7 % auf rund 402 Mio. Packungen zurückgegangen. Dieser Rückgang sei zu einem großen Teil auf einen Anstieg des Anteils der Großpackungen (N3: + 5,5 %) zurückzuführen.

Das Umsatzwachstum ist – wie schon im vergangenen Jahr – auf die verschreibungspflichtigen Arzneimittel zurückzuführen. Sie stiegen im ersten Quartal um 8,1 % auf gut 5,1 Mrd. Euro zu ApU. Damit erhöhte sich ihr Anteil am Gesamtumsatz auf dem deutschen Apothekenmarkt auf nahezu 82 %.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 8 von 16

Rückläufig ist dagegen weiterhin die Entwicklung bei den apothekenpflichtigen Arzneimitteln. Der Umsatz dieser Präparate, die nicht vom Arzt verordnet werden müssen, aber nur über die Apotheke abgegeben werden dürfen, sank in den ersten 3 Monaten um 7,7 % auf gut 750 Mio. Euro zu ApU.

INSIGHT Health weist beim Blick in den Teilmarkt der verschreibungspflichtigen Arzneimittel auf zwei Aspekte hin: Zum einen hätten sich vor allem die patentgeschützten Arzneimittel dynamisch entwickelt; ihr Umsatz sei im ersten Quartal – verglichen mit dem Vorjahreszeitraum – um knapp 18 % auf 2,2 Mrd. Euro zu ApU gestiegen. Zum anderen hätten die reimportierten Arzneimittel in den ersten 3 Monaten dieses Jahres mit einem Umsatzzuwachs von 26 % deutlich über dem Markt zugelegt. Mit mehr als 710 Mio. Euro zu ApU stünden sie inzwischen für fast 14 % des Umsatzes bei den verschreibungspflichtigen Präparaten.

Die Reimporteure konzentrieren sich nach der Untersuchung überwiegend auf die höherpreisigen patentgeschützten Arzneimittel. Dies belege ein Blick auf die Entwicklung bei der eingekauften Menge. Von den insgesamt knapp 180 Mio. im ersten Quartal eingekauften Packungen mit verschreibungspflichtigen Präparaten seien gerade einmal 7,7 Mio. auf Reimporte entfallen. Das entspreche einem Anteil von lediglich 4,3 %.

Bei einer ersten Analyse der Entwicklung in den verschiedenen Indikationsgruppen zeige sich, dass ein Großteil des Umsatzwachstums auf Mittel zur Behandlung von Krebserkrankungen (+ 22,4 % oder 177 Mio. Euro zu ApU) und zur Behandlung von Erkrankungen des Nervensystems (+ 9,2 % oder 92 Mio. Euro zu ApU) entfalle.

Die Auswirkungen der Rabattvertragsdynamik sei bei den vorgelegten Zahlen unberücksichtigt geblieben.

5. Abrechnungsbetrug: Geldrückflüsse steigen bei der DAK um 19 Prozent

Die Ermittler der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) haben in den vergangenen zwei Jahren einen Schaden von 2,7 Mio. Euro aufgedeckt. Im Vergleich zu den Vorjahren wurden die Geldrückflüsse um 19 % gesteigert. Aktuell arbeiten die DAK-Experten an 2.000 Fällen. Die Zahl neuer Hinweise stieg um 15 %.

Der Ermittlungsreport 2008/2009 zeige, dass in allen Leistungsbereichen Abrechnungen manipuliert würden. Die erkannten Fälle seien aber nur die Spitze des Eisbergs. Das werde bei Sonderprüfungen in einzelnen Bereichen sichtbar, weil in solchen Fällen die Fallzahlen sprunghaft angestiegen seien.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 9 von 16

So seien beispielsweise im Bereich Heilmittel durch eine bundesweite Datenanalyse über 700 Betrugsfälle aufgedeckt worden. Auch in anderen Bereichen seien in nächster Zeit gesonderte Ermittlungen geplant.

Das meiste Geld holte sich die DAK bei den Arzneimitteln zurück. Die Rückforderungen von insgesamt 2,7 Mio. Euro entfallen zu 40 % auf diesen Bereich. So sei zum Beispiel in Zusammenarbeit mit anderen Kassen ein Fall aufgedeckt, in dem bundesweit 60 Apotheken bei der Abrechnung von teuren Krebsmedikamenten betrogen hätten.

Dabei wurden die Präparate illegal aus verschiedenen Ländern zu geringen Preisen importiert und zu den höheren, in Deutschland üblichen Preisen mit den Krankenkassen abgerechnet. Der Schaden für die Kassen belaufe sich auf mehrere Mio. Euro. Die staatsanwaltlichen Ermittlungen dauerten noch an, so die DAK weiter.

Bei den Rückzahlungen folgten die Heilmittel mit 20 % sowie Zahnärzte und Zahnersatz mit 10 %. Die Ärzte landeten mit weniger als 3 % auf dem 6. Platz. Zu den Fällen des Betrugsreports gehörten sowohl solche, bei denen es sich um vorsätzlichen Abrechnungsbetrug mit kriminellem Hintergrund handele, als auch Fälle, bei denen aufgrund von vertragswidrigem Verhalten Vertragsstrafen verhängt worden seien. Bei Krankenhausrechnungen habe man allein 2009 fehlerhafte Forderungen in Höhe von rund 100 Mio. Euro gefunden.

Die DAK hat die Ermittlungsgruppe aufgestockt und verfolgt aus der Hamburger Zentrale alle Verdachtsfälle. Hierbei arbeite man eng mit anderen Kassen, den Vereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte sowie der Kriminalpolizei und den Staatsanwaltschaften zusammen. Versicherte könnten Verdachtsfälle unmittelbar an ihr DAK-Servicezentrum melden.

6. MedTech-Branche: Investitionen trotz Krise

Trotz der Auswirkungen der Wirtschaftskrise bleibt die MedTech-Branche ein Innovations- und Jobmotor. Das belegt der Jahresbericht 2009/2010 des Bundesverbandes Medizintechnologie (BVMed). Drei Viertel der Mitgliedsunternehmen haben demnach im vergangenen Jahr Arbeitsplätze erhalten und sogar neue Stellen geschaffen.

Insgesamt arbeiten derzeit 170.000 Menschen in Deutschland in der MedTech-Branche. Die Unternehmen investieren rund neun Prozent ihres Umsatzes in Forschung und Entwicklung. Aus Sicht des BVMed-Vorstandsvorsitzenden Dr. Meinrad Lugan könnte die Branche noch „mehr Dynamik durch mehr Wettbewerb und Wahlfreiheit“ in der Gesundheitswirtschaft gebrauchen.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 10 von 16

Für die Branche benötige man in Zukunft „ein innovationsfreundliches Umfeld, mehr wettbewerbliche Elemente und mehr Deregulierung“. Ein Blick in die Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung zeige, dass die wettbewerblichen Elemente und die Wahlfreiheit der Versicherten gestärkt werden sollen. Die Unternehmen würde dies zuversichtlich stimmen. Allerdings erwarte man, dass die positiven Ansätze aus der Koalitionsvereinbarung auch tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden.

Der BVMed-Jahresbericht 2009/2010 enthält neben einem Marktüberblick der Med-Tech-Branche umfassende Informationen über die Entwicklungen und Trends der Medizintechnologie. Vorgestellt werden zudem Neuigkeiten und Arbeitsweisen der BVMed-Referate Gesundheitssystem, Krankenversicherung, Homecare, Medizinproduktrecht, Verbraucherschutz und Kommunikation.

Der 24-seitige Jahresbericht ist in deutscher und englischer Sprache erschienen und kann kostenlos beim BVMed angefordert werden. Er steht unter www.bvmed.de (Publikationen) im Internet.

7. Zahntechniker: Warnung vor Auslandsprodukten

Der neue „Rapid Alert System for non-food consumer products“ (Rapex)-Report der Europäischen Union, ein Schnellwarnsystem für nicht essbare Konsumgüter, hat den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) veranlasst, vor im Ausland gefertigtem Zahnersatz zu warnen.

Nach dem Rapex-Report ist die Zahl gesundheitsgefährdender Produkte, darunter ein Großteil aus China, deutlich angestiegen. Aus Sicht des VDZI ist eine intensive Beobachtung der Qualität und Sicherheit der Produkte, die im nichteuropäischen Ausland produziert und weltweit exportiert werden, erforderlich.

Es sei nicht vertretbar, das in Sonderanfertigung hergestellte Medizinprodukt Zahnersatz gegenüber Patienten als praktisch risikolos handelbares Produkt darzustellen. Zahnprothesen seien individuelle, einzelfertigte Medizinprodukte, die ohne medizinische Folgerisiken jahrzehntelang im Munde des Patienten funktionieren müssten. Sie bestünden aus komplexen Metalllegierungen, Keramiken und Kunststoffen sowie Kombinationen davon, die in unterschiedlichen chemischen und physikalischen Verfahren beim Zahnersatz verwendet würden.

Beim Zahnersatz sei die Transparenz hinsichtlich der Materialien und des Herkunftsortes eine wichtige Voraussetzung zur Gewährleistung der Patientensicherheit, so der VDZI. Eine oberflächliche Einspardiskussion bei zahntechnischen Leistungen sei daher nicht angebracht.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 11 von 16

Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte in Deutschland, kontrollierbare Regeln für hohen Arbeits- und Gesundheitsschutz, berufliche und rechtliche Zuweisung der konkreten Haftungsverantwortung und die direkte persönliche unternehmerische Verantwortung für die Herstellungsprozesse seien dauerhaft hohe Qualitätsstandards, so VDZI-Präsident Jürgen Schwichtenberg.

8. Honorarreform Ärzte: Klage gegen den Bewertungsausschuss als ultima ratio

Mit der „Reform der Reform“ im ärztlichen Vergütungssystem sind die Probleme noch längst nicht für alle Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) gelöst. Die KV Nordrhein (KVNo) spricht weiterhin von einer „eklatanten Benachteiligung“ der Vertragsärzte in ihrem Bereich. Der Vorstand zeigt sich zuversichtlich, Nachbesserungen zu erreichen.

Der Vorstand der KVNo hat in der jüngsten Ausgabe von „KVNO aktuell“ Bewegung bei den nordrhein-westfälischen Honorarproblemen verzeichnet. Die ersten Weichenstellungen hätten bereits stattgefunden. Die Ärzte werden vom Gesundheitsminister des Landes Nordrhein-Westfalen, Karl-Josef Laumann, unterstützt (siehe Schütze-Brief Nr. 20/2010).

Am 9. Mai 2010 findet eine Sondersitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) statt. Bei einer erneuten Änderung der Vergütungssystematik wären alle KVen mit im Boot. Die KVNo erwartet von dieser Sitzung mehr als nur „Worte des Mitgefühls“, nämlich konkrete Beschlüsse an die Adresse des Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen. Als ultima ratio prüft die KVNo auch, so heißt es, eine Klage gegen den Erweiterten Bewertungsausschuss „als Urheber der ganzen Misere“.

9. Bundesversicherungsamt: Anpassung der Verträge zur Hautkrebsvorsorge

Das Bundesversicherungsamt (BVA) hat die bundesunmittelbaren Krankenkassen in einem Rundschreiben aufgefordert, die auf der Grundlage des § 73c SGB V abgeschlossenen Verträge zur Hautkrebsvorsorge an die geltende Rechtslage anzupassen.

Mit seiner Aufforderung wendet sich das BVA gegen vertragliche Vereinbarungen zur Erbringung von Vorsorgeleistungen, die über den vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) festgelegten Untersuchungsrahmen hinausgehen.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 12 von 16

Nach der letzten Änderung der Krebs-Früherkennungs-Richtlinien des G-BA haben die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem 35. Lebensjahr Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von Hautkrebs. Vor dieser Änderung hatte nach den Feststellungen des BVA „eine Vielzahl“ von bundesunmittelbaren Krankenkassen in Verträgen nach § 73c SGB V (in der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung) ihren Versicherten Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen mit einer niedrigeren Altersgrenze ermöglicht.

Mit dieser großzügigen Regelung soll nach Meinung des BVA Schluss gemacht werden. Eine über die vertragsärztliche Leistung hinausgehende Versorgung könne nur dann erbracht werden, wenn sie z.B. der besonderen ambulanten Versorgung im Sinne des neuen § 73c SGB V oder der Integrierten Versorgung nach § 140 Abs. 3 SGB V zuzuordnen seien.

Vor diesem Hintergrund besteht aus Sicht des BVA für sämtliche der noch auf der früheren gesetzlichen Grundlage geschlossenen Verträge Anpassungsbedarf. Die bundesunmittelbaren Krankenkassen wurden aufgefordert, kurzfristig das BVA über den Stand der Vertragsanpassung zu informieren.

Ein Punkt könnte für die betroffenen von besonderem Interesse sein: Die nicht der Aufsicht dieser Behörde unterstehenden Krankenkassen sind nicht daran gehindert, ihren Versicherten weiterhin die erweiterten Leistungen anzubieten.

10. Bundesrechnungshof: Kritik an Abfindungen für Kassenvorstände

Der Bundesrechnungshof (BRH) hat ergänzend zu seinem Prüfungsbericht für 2009 weitere Prüfungsergebnisse vorgestellt, die sich zum Teil auf die Haushaltsführung von gesetzlichen Krankenkassen beziehen.

Mangelnde Aufsichts- und Kontrollrechte führten immer wieder zu Fehlentwicklungen und unverhältnismäßigen Ausgaben, kritisiert der BRH. Als Beispiel aus dem Bereich der Krankenkassen wird der Vorwurf zu hoher Vergütungen von Vorstandsvorsitzenden großer Kassen wiederholt. 90 % der Verträge sähen Zahlungen vor, die über der von den Sozialpartnern empfohlenen Grenze von 130.000 Euro lägen. Ein wichtiger Schritt wäre es, wenn Vorstandsverträge künftig vor ihrem Abschluss den Aufsichtsbehörden vorgelegt werden müssten.

Im Mittelpunkt der weiteren Prüffeststellungen der obersten Bundesbehörde stehen unverhältnismäßige Abfindungen für ausscheidende Krankenkassenvorstände.

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 13 von 16

Eine Fusion von vier Krankenkassen zu einer Krankenkasse habe dazu geführt, dass drei Vorstandsmitglieder aus ihren Ämtern ausgeschieden seien. Die neue Krankenkasse habe mit allen drei Vorständen neue Verträge abgeschlossen, sie für wenige Monate als Geschäftsstellenleiter eingesetzt und danach für bis zu sechs Jahre unter Fortzahlung ihrer vollen Vorstandsvergütungen freigestellt.

Anstatt einer Abfindung von 156.000 Euro habe beispielsweise ein ehemaliger Vorstand 610.000 Euro erhalten. Bis zum Ende der Freistellungen werde die Krankenkasse über 1,6 Mio. Euro an die ehemaligen Vorstände zahlen.

Nach Auffassung des BRH müssen solche zweifelhaften Vertragsgestaltungen sowie unangemessene Vergütungs- und Abfindungspraktiken, die in krassem Missverhältnis zu den vereinbarten Leistungen stehen, ausgeschlossen werden.

11. Pflegetransparenzberichte: GKV-Spitzenverband weist verfassungsrechtliche Bedenken zurück

Bei den Sozialgerichten liegt inzwischen eine Vielzahl von Anträgen einzelner Pflegeeinrichtungen gegen die Veröffentlichung von Pflegetransparenzberichten der Krankenkassen im einstweiligen Rechtsschutzverfahren vor. Eine Klärung der rechtlichen Voraussetzungen ist erst mit einer Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) zu erwarten.

Die Sozialgerichte München und Münster haben verfassungsrechtliche Bedenken gegen die Veröffentlichung von Pflegetransparenzberichten erhoben. In einem Argumentationspapier für die Krankenkassen weist der GKV-Spitzenverband diese Bedenken zurück.

Die von den Sozialgerichten geäußerten rechtlichen Bedenken greifen nach Meinung der Justitiare des GKV-Spitzenverbandes nicht. Die Regelung des § 115 Abs. 1a SGB XI sei verfassungsgemäß. Die auf Grundlage der Transparenzvereinbarungen vom 17. Dezember 2008 veröffentlichten Pflegetransparenzberichte entsprächen den gesetzlichen Anforderungen.

Der GKV-Spitzenverband ist der Auffassung, dass die Regelung des § 115 Abs. 1a SGB XI mit der Rechtsprechung des BSG und des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vereinbar sei. In diesem Zusammenhang wird auf das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) vom 24. Februar 2010 (Az.: L 1 P 1/10 B ER) verwiesen.

12. Sozialversicherung: Hohes Defizit im Jahr 2009

Die gesetzliche Sozialversicherung hatte im Jahr 2009 ein kassenmäßiges Finanzierungsdefizit von 14,7 Mrd. Euro. Im Jahr 2008 war noch ein Finanzierungsüberschuss von 3,8 Mrd. Euro erreicht worden. Die gesetzliche Sozialversicherung umfasst die gesetzliche Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung, die Alterssicherung für Landwirte sowie die Bundesagentur für Arbeit (einschließlich Versorgungsfonds).

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (Destatis) stiegen die Einnahmen im Jahr 2009 um 1,4 % auf 490,9 Mrd. Euro, die Ausgaben um 5,3 % auf 505,6 Mrd. Euro.

Die Einnahmen und die Ausgaben der *gesetzlichen Rentenversicherung* glichen sich nahezu aus, nachdem im Vorjahr ein Finanzierungsüberschuss von 3,7 Mrd. Euro erreicht wurde. Sowohl die Einnahmen als auch die Ausgaben betragen im Jahr 2009 rund 243,8 Mrd. Euro. Gegenüber dem Vorjahr erhöhten sich die Ausgaben um 2,4 %, die Einnahmen leicht um 0,8 %.

Die Einnahmen der *gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)*, die überwiegend aus Zuweisungen des zum 1. Januar 2009 eingeführten Gesundheitsfonds bestehen, beliefen sich im Jahr 2009 auf 170,0 Mrd. Euro. Die Zunahme um 4,5 % war insbesondere auf die ebenfalls zum Jahresbeginn geltende Festsetzung des GKV-Beitragssatzes auf einheitlich 15,5 % zurückzuführen.

Zum Ausgleich der Absenkung des Beitragssatzes zum 1. Juli 2009 um 0,6 Prozentpunkte auf 14,9 % wurde der bislang vorgesehene Zuschuss des Bundes im Zuge des ersten Nachtragshaushalts 2009 um 3,2 Mrd. auf 7,2 Mrd. Euro für das Jahr 2009 erhöht. Die Ausgaben lagen mit 171,4 Mrd. Euro um 5,9 % über denen des Vorjahres. Während die GKV im Jahr 2008 noch einen leichten Finanzierungsüberschuss von 0,7 Mrd. Euro erzielte, ergab sich für das Jahr 2009 ein Finanzierungsdefizit von 1,4 Mrd. Euro.

Deutlich sanken im Jahr 2009 die Einnahmen der *Bundesagentur für Arbeit* (einschließlich Versorgungsfonds). Sie fielen um 4,0 Mrd. Euro (- 10,4 %) auf 34,4 Mrd. Euro. Im Wesentlichen ist diese Entwicklung durch die Absenkung des Beitragssatzes zur gesetzlichen Arbeitslosenversicherung zum 1. Januar 2009 um 0,5 Prozentpunkte auf 2,8 % bedingt. Die Ausgaben erhöhten sich im Jahr 2009 hingegen kräftig um 9,2 Mrd. auf 48,7 Mrd. Euro. Dieser Anstieg um 23,4 % resultierte insbesondere aus der erheblichen Steigerung der Leistungen bei konjunktureller Kurzarbeit von 0,1 Mrd. Euro im Vorjahr auf 3,0 Mrd. Euro im Jahr 2009.

Die den Arbeitgebern erstmals im Jahr 2009 von der Bundesagentur für Arbeit anteilig erstatteten Beiträge zur Sozialversicherung beliefen sich auf 1,6 Mrd. Euro. Die

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 15 von 16

Bundesagentur für Arbeit wies im Jahr 2009 ein Finanzierungsdefizit von 14,3 Mrd. Euro auf (13,2 Mrd. Euro höher als im Vorjahr) und trug somit maßgeblich zu dem hohen Defizit der Sozialversicherung insgesamt bei.

Die Einnahmen der *gesetzlichen Pflegeversicherung* summierten sich im Jahr 2009 auf 21,3 Mrd. Euro. Grund für den Einnahmenezuwachs um 7,8 % war die Erhöhung des Beitragssatzes von 1,7 % auf 1,95 % (für Kinderlose von 1,95 % auf 2,20 %) zum 1. Juli 2008. Dem stand ein geringerer Anstieg der Ausgaben um 6,2 % auf 20,3 Mrd. Euro gegenüber. Die gesetzliche Pflegeversicherung konnte damit im Jahr 2009 einen Finanzierungsüberschuss von 1,0 Mrd. Euro verzeichnen und übertraf den Überschuss des Vorjahres um 0,4 Mrd. Euro.

13. Personalien

Die Mitgliederversammlung des Bundesverbandes Medizintechnologie e.V. (BVMed) hat **Dr. Meinrad Lugan** (46) erneut für zwei Jahre als Vorstandsvorsitzenden des Medizintechnik-Verbandes gewählt. Er ist seit zehn Jahren Mitglied des Vorstandes der B. Braun Melsungen AG und übernahm im April 2007 erstmals den BVMed-Vorsitz.

Als stellv. Vorsitzender wurde **Stefan Widensohler**, geschäftsführender Gesellschafter der KRAUTH medical Unternehmensgruppe, bestätigt. Zum weiteren stellv. Vorstandsvorsitzenden wurde **Dieter Buschmann** (Paul Hartmann AG) gewählt.

Zu weiteren Vorstandsmitgliedern wurden gewählt: Christiane Döring (GHD Gesundheits GmbH Deutschland), Dr. Manfred Efff (Biotronik), Klaus Grunau (Hollister), Andreas Hogrefe (BSN medical), Dr. Alexander Rehm (Fresenius Kabi) und Georg Stadler (Lohmann & Rauscher). Zudem ist BVMed-Geschäftsführer Joachim M. Schmitt Mitglied des Vorstandes. Der neue BVMed-Vorstand wurde für zwei Jahre gewählt.

14. Veranstaltungshinweis

„Langzeitversorgung – Chancen für das Gesundheits- und Pflegemanagement“ ist das Thema des 9. Zwickauer Scheffelberg-Podiums, das am 7. Mai von 10.00 Uhr bis 17.00 Uhr in der Westsächsischen Hochschule Zwickau stattfindet. Die Tagung wird gemeinsam von der Westsächsischen Hochschule Zwickau (Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften) und der Techniker Krankenkasse (TK) veranstaltet. Neben Referaten zur Langzeitversorgung finden auch vier Workshops zu den Themen: Demografische Personalentwicklung, Nationale Expertenstandards und

19. April 2010

Nr. 30/2010 / Seite 16 von 16

ihre Chancen für die Praxis, Transparenzkriterien und ihre Umsetzung und Präventionsmaßnahmen aus der Sicht einer Krankenkasse statt.

Tagungsort: Westsächsische Hochschule Zwickau, Campus Scheffelstraße, Hörsaal 1.
Tagungsgebühren: Teilnehmer: 90 Euro, ab der 3. Person 20 Euro Nachlass; Absolventen der Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften 40 Euro, Mitarbeiter der WHZ und Studierende frei. Weitere Information: Tel. 0375-5363259, e-mail: Ina.Stephan@fh-zwickau.de.

Das Veranstaltungsprogramm ist diesem Schütze-Brief beigelegt.
