

report sachsen-anhalt

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek)

Dez. 2010

ersatzkassen

Das GKV-Finanzstärkungsgesetz und seine Folgen

Am 12.11.2010 hat der Gesetzgeber das „Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-FinG) beschlossen. Absehbar ist, dass aufgrund fehlender finanzieller Steuerung bei den Leistungserbringern ab 2012 vermehrt Zusatzbeiträge auf unsere Versicherten zukommen. Mehrausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung entstehen im Krankenhausbereich durch die Finanzierungspflicht von etwa 70 Prozent der Mehrleistungen bei Budgetüberschreitungen. Im Arztbereich kosten die Verträge zur sogenannten hausarztzentrierten Versorgung Millionen. Hinzu kommen die Vergütungszuschläge aus der „asymmetrischen Honorarangleichung“, die in Sachsen-Anhalt zu einem Honorarzuwachs von insgesamt knapp fünf Prozent führen. Die avisierten Einsparungen aus dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) sind dagegen noch mit vielen Fragezeichen versehen.

Durch das Anheben des Beitragssatzes von 14,9 auf 15,5 Prozent wird es der schwarz-gelben Koalition in Berlin weitestgehend gelingen, die 2011 anstehenden Landtagswahlen ohne wesentliche negative Impulse aus dem Gesundheitssektor für die Wählerschaft zu überstehen. Finanzielle Nachhaltigkeit ist danach allerdings nicht gegeben, da

In dieser Ausgabe:

- GKV-Finanzstärkungsgesetz und die Folgen
- integra-Abend
- Arzneimittel-Innovationen aus Deutschland
- Arzthonorare und ärztliche Versorgung 2011
- Krankenhausplan 2011

die Krankenkassen zum einen auf der Ausgaben- seite außerordentliche Steigerungen in den Abrechnungen der Leistungserbringer zu bedienen haben und zum anderen auf der Einnahmenseite eine Summe von negativen Entwicklungen ins Haus stehen:

Der Steuerzuschuss des Bundes wird ab 2012 von aktuell 15,7 auf 14 Milliarden Euro zurückgefahren. Dieser Prozess wird politisch kaum aufzuhalten sein, da auch Deutschland sich an die Maastricht-Kriterien zu halten hat und sich selbst ab 2016 den Verzicht auf Neuverschuldung in das Grundgesetz geschrieben hat.

Arbeitgeberseitig werden die Einnahmen nicht mehr über den Beitragssatz steigen. Und die Arbeitnehmer hängen an der Konjunktur. Fraglich ist zudem, wie lange der Nachholeffekt aus der Finanzkrise 2009 anhält, der zurzeit die Wirtschaft beflügelt.

Es ist abzusehen, dass der steigende Finanzierungsbedarf nur noch über das „Ventil“ der Zusatzbeiträge zu regulieren ist und man damit sehr schnell, quasi durch die Hintertür, bei Kopfpauschalen landet. Die Betroffenen werden dann in der Hauptsache die finanziell am schlechtesten gestellten Mitglieder unserer (Noch)-Solidargemeinschaft sein.

Vor diesem Hintergrund legen die Grünen – die „Konzeptpartei“ – ihre Vorstellungen für die grüne Bürgerversicherung vor, die gegen den allgemeinen politischen Mainstream die Grundprinzipien des Solidarsystems konsequent weiterentwickeln. Hier-nach sollen grundsätzlich alle Bürger nach demselben Prinzip versichert werden. Es werden alle Einkommen – auch solche aus Kapitalanlagen, Vermietung und Verpachtung sowie Gewinne – berücksichtigt und in eine paritätische Finanzierung von Arbeitgebern und Arbeitnehmern einbezogen. Die Krankenversicherung soll ihren Charakter als selbst verwaltetes Sozialversicherungssystem bewahren. Der Einheitsbeitrag zur GKV soll abgeschafft werden, um mithilfe von Beitragssatzautonomie Wettbewerb und Kostendämpfung zu erreichen. Die pri-

vate Krankenversicherung (PKV) soll denselben gesetzlichen Vorgaben und Regeln unterworfen werden. Instrumente, mit denen die Krankenversicherungen die bestehende Kostendynamik wirksam einfangen können, benennt dieses Konzept der grünen Bürgerversicherung allerdings (noch) nicht.

Die Gesundheitspolitik der schwarz-gelben Koalition führt dagegen nun zu einem einheitlichen Beitragssatz in Höhe von 15,5 Prozent. Der Arbeitgeberbeitrag wurde auf 7,3 Prozent festgeschrieben, sodass die Differenz, wie auch die künftige Kostendynamik über die Zusatzbeiträge/Kopfpauschalen, allein von den Arbeitnehmern zu tragen sein wird. Sich daraus ergebende übermäßige finanzielle Belastungen sollen durch einen Sozialausgleich gemildert werden. Dieser Sozialausgleich wird gezahlt, wenn der durchschnittliche Zusatzbeitrag über die gesamte GKV zwei Prozent des individuellen sozialversicherungspflichtigen Einkommens übersteigt. Kostendämpfungsmaßnahmen sind auch hier nicht zu erkennen – ganz im Gegenteil: Ausgabenprogramme wie hausarztzentrierte Versorgung, asymmetrische Honoraranhebung bei den niedergelassenen Ärzten und Konvergenz des landesweiten Basisfallwertes bei den Krankenhäusern belasten unsere Versicherten zusätzlich.

Die Berliner Koalition schwächt das Solidarsystem durch die Erleichterung des Wechsels zur PKV wei-

DER KOMMENTAR

Zeit der Entscheidungen

Der gesundheitspolitische Zug in Schwarz-Rot-Gold nimmt weiter an Fahrt auf. Die rote Vorlage von Ulla Schmidt – der Weg in die sozialistische Einheitskasse – wird von der FDP verfeinert und durch Geschenke an die PKV garniert. Deren schwarzer Genosse trägt das ganze Verfahren – wie schon zuvor in der großen Koalition – zustimmend mit. Dabei bleiben für den Wähler allerdings viele Fragen offen: Warum steigen die Behandlungskosten trotz neuer Gesundheitsreform und ohne Qualitätsverbesserung in der Versorgung immer weiter? Wer ist für diese Kostenentwicklung verantwortlich zu machen? Warum gibt es eigentlich trotz immer mehr Geld nur unzufriedene Gesichter bei Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern? Und warum geht die Gesundheitspolitik überhaupt diesen Weg? Gibt es dafür irgendwelche Argumente, die für den Bürger zählen?

Vor diesem Hintergrund bietet die aktuelle Vorlage der Grünen zur Weiterentwicklung des Solidarsystems eine erfrischende Besinnung auf Werte, die die Sozialpolitik in der Bundesrepublik Deutschland einmal ausgezeichnet haben: Solidarität, Subsidiarität und Gerechtigkeit. Dieser Vorlage ist die Erkenntnis zu entnehmen, dass finanzielle Verantwortung nur in Verbindung mit entsprechenden Kompetenzen wahrgenommen wird, die eine Organisation im Interesse ihrer Mitglieder hat und nutzen kann. Die gesetzlichen Krankenversicherungen sind die Bürgerversicherungen, die die Menschen in diesem Land kennen und mit denen sie sich vielfach auch individuell identifizieren. Deren Beitragssatz und deren Leistungsspektrum allein könnte das Paket an Preisen und Dienstleistungen sein, das die gesundheitspolitische Bewertung der Bürger bestimmt. Es wäre schön, wenn sich diese Erkenntnis und Rückbesinnung auch bei den bürgerlichen Parteien breitmacht. Die Grünen haben auf jeden Fall einmal mehr einen Anstoß zum Nachdenken gegeben.



Dr. Klaus Holst,
Leiter der vdek-
Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

ter, wie schon durch die Entlassung der Arbeitgeber aus der Kostendynamik des Systems.

Von einem fairen Wettbewerb zwischen gesetzlicher Krankenversicherung (GKV) und PKV kann so nicht die Rede sein. Es ist davon auszugehen, dass die GKV durch die Verkürzung der Wartezeit für einen Wechsel in die PKV, finanziell und in ihrer Marktposition deutlich geschwächt wird. Die

Ersatzkassen gehen von über 500 Millionen Euro aus, die der GKV 2011 allein an Finanzmitteln verloren gehen.

Absehbar ist darüber hinaus, dass unsere Versicherungsgemeinschaft in der Pflegeversicherung bald mit einer privaten Zwangs-Kapitalversicherung rechnen muss.

integra-Abend

integra – neue Wege zur Gesundheit in Berlin



Dr. Cornelius Erbe (DAK), während seines Vortrages

„integra – neue Wege zur Gesundheit“ ist seit 2002 das Erfolgsprojekt der Ersatzkassen zur integrierten Versorgung in Sachsen-Anhalt. Gemeinsam mit den Partnern, der Klinik St. Marienstift in Magdeburg, dem Diakoniekrankenhaus Halle, dem Diakonissenkrankenhaus Dessau und der Rehabilitationsklinik Eisenmoorbad Bad Schmiedeburg erprobt integra in einem ver-

gleichsweise übersichtlichen Rahmen Vertragskonstellationen der Zukunft.

Insgesamt haben in den acht Jahren weit mehr als 27.000 Ersatzkassenpatienten die Vorzüge einer sektorübergreifenden, integrierten Versorgung erfahren. Eine von den Ersatzkassen in Auftrag gegebene Studie zur wissenschaftlichen Evaluierung von „integra – neue Wege zur Gesundheit“ – bescheinigt dieser Versorgung unter anderem eine hohe Patientenzufriedenheit und eine ausgezeichnete Versorgungsqualität.

Für die Krankenkassen ergeben sich zudem auch erhebliche Einsparungen. Mit einem Kostenvorteil von durchschnittlich rund 1.700 Euro pro Fall ist der Spareffekt auf insgesamt mehr als 45 Millionen Euro angewachsen. Die Ersatzkassen tragen mit ihrem integra-Projekt wesentlich dazu bei, dass Sachsen-Anhalt im Bereich der integrierten Versorgung zur Bundesspitze gehört. Noch im Jahr 2010 wird der 28.000ste Patient behandelt werden.

Auf dem integra-Abend stand neben dieser Erfolgsgeschichte auch die zukünftige Ausrichtung der integrierten Versorgung im Fokus der Redebeiträge.

Cornelius Erbe (DAK) erklärte das Spannungsfeld zwischen Innovationsneigung und dem Kostendruck, dem die Kassen unter dem Gesundheitsfonds ausgesetzt sind. Der Gesundheitsfonds zwingt die Krankenkassen zur rigider und kurzfristiger Finanzverteilung. Trotzdem verfolgt die DAK die Ziele Kundenzufriedenheit, Qualität und Kosteneffizienz. Aus Sicht

der DAK ist integra ein zukunftsfähiges Vorbild für qualitätsgesicherte kundenorientierte Versorgungsop-
timierung.

Stefan Felder von der Ruhr-Universität Duisburg-Essen erläuterte die Ergebnisse des Gutachtens zur wirtschaftlichen Untersuchung der integra-Fälle. Weiterhin ging er auf den zusätzlichen Patientennutzen und die positiven Umfrageergebnisse ein.

Andreas Eckmann beschrieb anschaulich die Umsetzung der integrierten Versorgung am Beispiel des Diakonie-Krankenhauses Dessau, sowie die Weiterentwicklung der Leistungskataloge in vertrauensvoller Zusammenarbeit der beteiligten Vertragspartner.

Diskutiert wurde die Bedeutung der Patienteninformation und die Wichtigkeit der positiven Außendarstellung der Ergebnisse und Leistungen.

Fazit aus der Diskussion: Unsere Mitglieder wollen die bessere, aufeinander abgestimmte Versorgung in Anspruch nehmen. Der integra-Vertrag hat der medizinischen Versorgung im Land einen spürbaren Aufwind beschert. „integra – neue Wege zur Gesundheit“ ist ein wesentlicher Baustein zur Verbesserung der Versorgung im Land.

(Die Vorträge sind unter <http://www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Termine/index.htm> herunterzuladen)



Ort des integra-Abends – die Landesvertretung Sachsen-Anhalt in Berlin. Der vdek griff den Vorschlag des präsenten MdB Ulrich Petzold auf, für integrierte Versorgung in der Hauptstadt zu werben.

Ersatzkassensymposium 2010 – im Brennpunkt: Arzneimittel-Innovationen aus Deutschland

Der Bundestag hat in seiner Sitzung am 11.11.2010 das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) in zweiter/dritter Lesung beschlossen. Der 2. Durchgang im Bundesrat des ebenfalls zustimmungsfreien Gesetzes wird am 17.12.2010 erfolgen, sodass das Gesetz zum 1.1.2011 in Kraft treten wird. Nach dem Gesetz soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Zusatznutzen von Innovationen bewerten. Wenn dieser vorhanden ist, treten der GKV-Spitzenverband und das Pharmaunternehmen in Preisverhandlungen ein. Von den vereinbarten Erstattungsbeträgen soll auch die private Krankenversicherung profitieren.

Umstritten sind die Änderungen, die direkt auf eine Schwächung der Kompetenz des G-BA und damit der gemeinsamen Selbstverwaltung zielen:

So die Ermächtigungsgrundlage für das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Erstellung einer Verordnung zur Nutzenbewertung von Arzneimitteln (Grundlage für die Bewertung des Zusatznutzens) oder

die Einschränkungen der Richtlinienkompetenz des G-BA in Bezug auf die Arzneimittelrichtlinien (Verordnungsausschluss bzw. -einschränkung).

Mit dem Gesetz treten auch Neuregelungen für den Wettbewerb unter den Krankenkassen in Kraft. So unterliegen zukünftig die Selektivverträge (wie z. B. die Rabattverträge bei Arzneimitteln) dem Wettbewerbsgesetz. Der Gesetzgeber zielt hier vornehmlich auf die zwischen der „Industrie“ und den Krankenkassen umstrittenen Arzneimittel-Rabattverträge der AOK ab.

Welche Folgen wird dieses Gesetz haben? Muss der Kostendruck bei den Arzneimitteln so hoch sein?



Das Magdeburger Rathaus am Abend – Beigeordneter der Stadt Magdeburg Hans-Werner Brüning begrüßt die Teilnehmer des vdek-Symposiums anstelle des Oberbürgermeisters als Gastgeber der Veranstaltung.

Welche Alternativen haben wir? Das nunmehr 13. gesundheitspolitische Symposium des vdek stellte diese Fragen in den Mittelpunkt der Diskussion. Dabei ging es zunächst darum, die ökonomischen Aspekte von Innovationen des Arzneimittelsektors zu beleuchten: Produktinnovationen sollen Vorteile für unsere Patienten bringen. Prozessinnovationen sollen unsere Versichertengemeinschaft durch Kostenersparnis entlasten. Dabei sind es primär die forschenden Arzneimittelhersteller, deren Produkte im öffentlichen Interesse stehen. Im Hintergrund, abseits von Marketing und Lobbyarbeit, wirken dagegen neue Vertriebsformen, Ausschreibungen und Rabattverträge gegen den Kostendruck.

Iciar Dominguez Lacasa (Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH)) gelang es im Rahmen ihres Grundsatzerferates, Innovationen und den Innovationsprozess vorzustellen und mit Überlegungen zur Bewertung von Arzneimittelinnovationen auf den Vortrag von Herrn Dintsios vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) überzuleiten.

Innovation als Ergebnis des Durchsetzens neuer Kombinationen, das leistet auch der vdek, wie Volker Schmeichel am Beispiel von „integra – neue Wege zur Gesundheit“ aufzeigte. Es ist allerdings zu erwarten, dass die Innovationsneigung der Krankenkassen durch den Finanzdruck des Gesundheitsfonds sinken wird.

Charalabos-Markos Dintsios (IQWiG) bezog sich dann auch konkret auf das AMNOG, um effiziente Alternativen zur avisierten Nutzenbewertung durch den G-BA aus internationalen Vergleichen zu nennen. Die Einsparungen aus dem AMNOG werden dadurch geschmälert, dass die freie Preisfestsetzung durch den Anbieter für innovative Arzneimittel künftig erst ein Jahr nach Einführung in den Markt gestoppt wird. Neue Kombinationen (an Wirkstoffen) müssen künftig innerhalb dieses Jahres die Nutzenbewertung des gemeinsamen Bundesausschusses bestehen, um sich durchsetzen zu können.

Ob die vom Gesetzgeber geplanten 2,4 Milliarden Euro Einsparungen durch das AMNOG Realität werden können, dazu wollten sich weder Tim Husemann, MSD SHARP & DOHME GMBH (MSD) als Vertreter der Pharmaindustrie, noch Tim Steimle von der Krankenkassenseite (Techniker Krankenkasse TK) direkt äußern. Tim Steimle betonte die Vorreiterrolle der TK bei Rabattverträgen, die in jüngster Zeit auf wirkstoffbezogenen Ausschreibungen basieren. Tim Husemann stellte den Aufwand für Forschung und

Entwicklung von der Firma MSD heraus. Die Einführung des Wettbewerbsrechts bei Ausschreibungsverfahren wird den Wettbewerb unter den Leistungserbringern verschärfen. Beispielhaft wurde der Wettbewerbsdruck durch Ausschreibungsverfahren am Ende des Symposiums anhand der Ausführungen von Mathias Arnold (Landesapothekerverband Sachsen-Anhalt (LAV) und Heinrich Osmann deutlich, die sich

mit der jüngsten Ausschreibung der Krankenkassenverbände für die Grippeimpfstoffe im Land Sachsen-Anhalt auseinandersetzen.

Die Vorträge sind im Internet unter: <http://www.vdek.com/LVen/SAH/Presse/Termine/index.htm> abrufbar

Das Interview – Charalabos-Markos Dintsios (IQWiG)



Dr. Charalabos-Markos Dintsios, Apotheker, Ökonom, MA, MPH Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen - IQWiG -

▼ **Wir haben das AMNOG im Gesetzesentwurf als Hoffnungsträger für Kostendämpfung in der GKV in den Fokus des jüngsten vdek-Symposiums gestellt. Der Gesetzgeber hat nun das Gesetz mit Änderungen verabschiedet. Denken Sie, dass das verabschiedete Gesetz tatsächlich zu wesentlichen Einsparungen führen wird?**

▲ Mit Verabschiedung des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) im November 2010 kommt es zu einem Paradigmenwechsel in Deutschland hinsichtlich der Bewertung von Arzneimitteln. Während vor dem AMNOG durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) einzelne Arzneimittel (Neue als auch für die Versorgung bedeutsame) einer Nutzenbewertung und im Anschluss darauf erneut auf Verlangen des G-BA einer Kosten-Nutzen-Bewertung zur Bestimmung eines Höchstbetrags – derzeit laufen im IQWiG zwei solche Aufträge zu ausgewählten Thrombozytenaggregationshemmern und zu Antidepressiva – überführt werden konnten, sieht das AMNOG einen Automatismus für neue Arzneimittel bzw. für Arzneimittel, deren Indikationsgebiet erweitert wird vor, im Rahmen dessen sich diese Arzneimittel nach Zulassung einer frühen Nutzenbewertung zur Verhandlung eines Erstattungsbetrags (Rabatt auf Herstellerpreis) zwischen GKV-Spitzenverband und Herstellern unterziehen müssen. Der verhandelte Erstat-

tungsbetrag gilt erst nach dem ersten Jahr ab Markteintritt. Mit anderen Worten werden zumindest alle neuen Arzneimittel – eine Ausnahme stellen sogenannte „Orphan Drugs“ mit einem Marktanteil von weniger als 50 Millionen Euro dar – hinsichtlich ihres patientenrelevanten (Zusatz-)Nutzens vom IQWiG oder Dritten im Auftrag des G-BA bewertet. Ob das verabschiedete Gesetz tatsächlich zu Einsparungen bzw. zu einer Ausgabeneindämmung in der Arzneimittelversorgung führen wird, hängt letztendlich davon ab, wie die Verhandlungspartner (GKV-Spitzenverband und Hersteller) die Rabattverhandlungen gestalten werden. Zumindest für Arzneimittel ohne belegten Zusatznutzen ist davon auszugehen, dass Einsparungen erzielt werden können.

▼ **Was kritisieren Sie hauptsächlich am AMNOG? Welche der letzten Änderungen am Gesetzesentwurf hätte der Gesetzgeber vermeiden sollen?**

▲ An der Grundidee des Gesetzes, neue Arzneimittel hinsichtlich des Vorliegens eines Zusatznutzens im Vergleich zu zweckmäßigen Therapiealternativen zu untersuchen, gibt es nichts auszusetzen. Es sind eher Fragen der technischen Umsetzung, die einer kritischen Würdigung bedürfen. Da aber bei Konstatierung eines Zusatznutzens Verhandlungen zwischen Kostenträgern und den Herstellern vorgesehen sind, bleiben zumindest aus gesundheitsökonomischer Perspektive meiner persönlichen Einschätzung nach einige Fragen offen, die auch im kursierenden Entwurf zu der das AMNOG begleitenden Rechtsverordnung nicht aufgegriffen wurden. Beispielsweise äußert sich das Gesetz nicht dazu, wie die Vertragspartner die Ergebnisse einer frühen Nutzenbewertung im Rahmen von Rabattverhandlungen umsetzen wollen, wenn keine eindeutige Referenzgröße zur Wirtschaftlichkeit vorliegt. Arzneimittelkosten alleine können zumindest aus gesundheitsökonomischer Sicht diesbezüglich nicht hinreichend als Referenzgröße verwertet werden, fallen in der realen Versorgung auch unterschiedliche Kosten durch

die entsprechenden Arzneimitteltherapien an, die durchaus "Off-sets" in unterschiedlichen Sektoren beinhalten können, welche im vorgesehenen Vorgehen nicht ohne Weiteres identifiziert und quantifiziert werden. Eine dementsprechende Kostenanalyse würde die Verhandlungen sicherlich einfacher gestalten und einen gewissen Makel spekulativer Annahmen bzw. einer ausschließlich an den Arzneimittelkosten ausgerichteten Erstattungsfindung mit all ihren impliziten Fallstricken ausmerzen.

▼ **Hätte nicht aber ein Nebeneinander von Zulassungsverfahren gem. Arzneimittelgesetz und Nutzenbewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss möglicherweise zu komplizierte Kompetenzüberschreitungen geführt?**

▲ Ein solches Nebeneinander ist eigentlich nirgendwo in Europa vorgesehen, da selbst Systeme mit einer sogenannten vierten Hürde ihre Erstattungsentscheidungen von der Zulassung entkoppeln. Was aber durchaus für die frühe Nutzenbewertung von Wichtigkeit sein könnte, ist die Berücksichtigung patientenrelevanter Endpunkte bereits in den Zulassungsstudien, da sie zeitlich der Zulassung in kurzem Abstand folgt. Ferner sollte bedacht werden, dass der Zusatznutzen von der Wirksamkeit im Rahmen der Zulassung begrifflich abgegrenzt werden muss, sodass es bezüglich des Erkenntnisgegenstands eigentlich nicht zu komplizierten Kompetenzüberschreitungen kommen kann.

▼ **Wenn man internationale Vergleiche an der Preisbildung und Zulassung innovativer Arzneimittel heranzieht – von welchem Land könnten wir am meisten lernen?**

▲ Jedes nationale Gesundheitssystem kennt seine Besonderheiten und somit lassen sich hinsichtlich

der Preisbildung innovativer Arzneimittel Konzepte nicht eins zu eins auf Deutschland übertragen. Am fairsten scheinen aber diejenigen Länder bei der Preisgestaltung neuer Arzneimittel mit den Herstellern umzugehen, die einen dem Zusatznutzen entsprechenden Preis erstatten, auf Neudeutsch sogenannten value-based-pricing Prinzipien folgen. Australien und Kanada böten sich sicherlich als Länder an, die einen fairen Preisbildungsweg versuchen zu gehen. Zwangsrabatte, willkürliche Kürzungen, Rabattverträge und Mischkonstellationen aus all diesen Instrumenten können zwar erfolgreich das Kostengeschehen kurzfristig kontrollieren, auf lange Sicht sind sie aber schwierig durchzuhalten und ihre Wirkung wird antizipativ von den Herstellern herausgefordert.

▼ **Wie sieht Ihr Ausblick auf die künftige Preisstruktur bei Arzneimitteln (Generika und Innovationen – Rabatte) unter dem AMNOG aus? Welche Veränderungen erwarten Sie?**

▲ Für Arzneimittel ohne Zusatznutzen wird ein Festbetrag in Höhe des Preises der zweckmäßigen Therapiealternative gesetzt werden, sodass sich hier sicherlich ein Preiskorrektiv nach unten auswirken wird. Letztendlich handelt es sich in solchen Fällen um keine richtigen Innovationen. Bei Innovationen mit konstatiertem Zusatznutzen liegt es an den Verhandlungspartnern, ihrem Geschick und ihrer „Marktmacht“ wie sich die Preisstruktur gestalten wird. Eine eindeutige Prognose ist zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Bei den Generika wird sich das AMNOG nicht direkt auf die Preisstruktur auswirken, vielmehr wird der rabattierte Originalpräparatpreis den Orientierungspunkt für die Preisfindung der Generikahersteller etwas nach unten bewegen, nachdem die entsprechenden Originalpatente ablaufen. Wie groß dieser Effekt sein wird, bleibt abzuwarten.

Sozialwahl 2011

Bei allen Sozialversicherungsträgern werden die Mitglieder der Selbstverwaltungsorgane alle sechs Jahre in freien und geheimen Wahlen neu bestimmt.

Die Sozialversicherungswahlen gehören neben den Bundestags- und Europawahlen, gemessen an der Zahl der Wahlberechtigten, zu den größten Wahlen in Deutschland. Die Kandidaten werden auf Vorschlag der Arbeitgeberverbände, der Gewerkschaften sowie deren Verbände und Vereinigungen gestellt.

Anders als bei Bundestags- oder Landtagswahlen stellen sich bei den Sozialwahlen keine politischen Parteien zur Wahl, sondern Vereinigungen der Sozialpartner. Das sind Gewerkschaften und andere

Arbeitnehmervereinigungen mit sozial- oder berufspolitischem Zweck sowie verschiedene Vereinigungen der Arbeitgeber. Arbeitgeber und Versicherte wählen ihre Vertreterinnen und Vertreter in getrennten Wahlgängen.



Arzthonorare und ärztliche Versorgung 2011

Das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) beschert Sachsen-Anhalts Ärzten ein dickes Gehaltsplus, obwohl es vor dem Hintergrund eines erwarteten Defizits in der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von elf Milliarden Euro eigentlich zur Stabilisierung gedacht war. So wird das ärztliche Gesamthonorar in Sachsen-Anhalt, das zentral auf Grundlage des Behandlungsbedarfes in den KV-Bezirken geplant wird, um 4,7 Prozent gesteigert. Dabei haben die Ärzte in Sachsen-Anhalt bereits im Zeitraum von 2007 bis 2009 einen Honorarzuwachs in Höhe von 19 Prozent verzeichnen können. Grund für diese Steigerungen ist vor allem der Ausgleich von unterschiedlichen Honoraren der verschiedenen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Gleichzeitig werden nach dem GKV-FinG Leistungen außerhalb der Regelversorgung in ihrem Ausgabenanstieg kaum begrenzt. Auch hier werden die Ärzte also mehr Geld aus dem System erhalten.

Ob und wie diese Honorarzuwächse bei den einzelnen Ärzten in Sachsen-Anhalt ankommen, regelt der Honorarverteilungsvertrag, dessen praktische Anwendung selbst den meisten Insidern verschlossen bleibt.

Die Krankenkassen zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung das Gesamthonorar mit befreiender Wirkung. Damit soll gem. Paragraph 85 SGB V der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung durch die KV gewährleistet werden. Tatsächlich wird jedoch dem Thema „Ärztmangel“ Jahr

für Jahr politisch größere Aufmerksamkeit gewidmet – ein Ausdruck dafür, dass die Sicherstellung für die KV ein Problem ist.

Steigen werden zudem auch weiter – trotz aller Sparsbemühungen – die Ausgaben für Arznei- und Heilmittel. Für Heilmittel soll die Ausgabenobergrenze im Jahr 2011 um immerhin 6,5 Prozent steigen, die der Arzneimittel um 1,0 Prozent. Die Richtgrößen für die „Arzneimittelbudgets“ der Ärzteschaft werden um 1,9 Prozent steigen. Auch hier stellt sich die Frage, ob den Ausgabensteigerungen ein adäquater Anstieg des Versorgungsbedarfs gegenübersteht.

Parallel hierzu erklärten 62 Prozent der befragten niedergelassenen Ärzte laut einer aktuellen Allensbach-Studie, sie hätten aus Kostengründen auf eine medizinisch notwendige Behandlung schon einmal verzichtet. Laut derselben Studie erklärten immerhin 41 Prozent der befragten Versicherten, dass Ärzte oft Medikamente verschreiben würden, die nicht nötig seien.

Mehr Geld im System ohne Verknüpfung mit Steuerungsmechanismen zur bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung trägt hiernach nicht dazu bei, wirtschaftliches Handeln zu fördern. Realwirtschaftliche Versorgungsprobleme lassen sich nicht monetär – mit Geld – lösen. Budgetierung und weitgefaste pauschale Vergütung oder aber floatende Punktwerte wären dagegen umgekehrt ein wirksamer Schutz unserer Mitglieder vor künftigem Kostendruck aus dem ambulanten Bereich.



Pecunia non olet. Mit Geld lassen sich allerdings keine Ärzte machen. Sachsen-Anhalt ist Vorreiter in den Aspekten, die eine stark schrumpfende Bevölkerung mit sich bringt.

Krankenhausplan 2011 – ein Schritt vor und drei zurück

Am letzten Tag im November hat das Kabinett den Krankenhausplan 2011 verabschiedet. Nach der Verabschiedung der Rahmenvorgaben für die Krankenhausplanung durch den Krankenhausplanungsausschuss im August keimte noch die Hoffnung auf Seiten der Krankenkassenverbände, dass die Landesregierung der zu erwarteten Bevölkerungsentwicklung nachhaltig Rechnung trägt. Ein verkürztes Antragsverfahren für die Krankenhausträger wurde vorgeschlagen, um Positionen aus dem Planungsausschuss an die Krankenhausträger weiterzugeben. In dem Bereich der Geburtshilfe wurden notwendige Kürzungen geplant. Die vorliegende Umsetzung ist allerdings ernüchternd. Kapazitätsreduzierungen in der Geburtshilfe bleiben teilweise in einer Beobachtungsaufgabe stecken, was bedeutet, dass die Beteiligten die Planung erst künftig durch aktives Zuwarten gestalten werden.

Statt Kapazitätsabbau und Leistungskonzentration gibt es den Aufbau von Außenstandorten für Tageskliniken in der Psychiatrie. Nicht, dass die Krankenkassen auch die besorgniserregende Leistungsentwicklungen in der Psychiatrie feststellen. Psychische Störungen verursachen immer mehr Behandlungstage (plus 53 Prozent und haben Krankheiten des Kreislaufsystems als häufigste Diagnosegruppe längst abgelöst). Mindestens ein Viertel der stationären Fälle aufgrund psychischer Erkrankungen ist alkohol-assoziiert. Der gesellschaftliche Kontext ist dabei unübersehbar und es kann nicht sein, dass die GKV hier zum alleinigen Finanzier gezwungen wird. Viele Bereiche der psychiatrischen Versorgung gehören zur Daseinsvorsorge und damit in die kommunale Verantwortung: Beratung als niedrigschwellig kostenlose Leistung (psychosoziale Beratung, Ehe- und Familienberatung, Erziehungsberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Suchtberatung, Schuldnerberatung), Kontakt- und Begeg-

nungsstätten, Sozialpsychiatrischer Dienst, Notfallseelsorge, Aufgaben nach dem Betreuungsgesetz, Aufgaben nach dem PsychKG LSA

Außerdem obliegen den Kommunen die Jugendhilfe- und die Altenhilfeplanung. Für jede einzelne Region in Sachsen-Anhalt lassen sich hier Lücken aufzeigen.

Statt dem, greift die Politik weiter in die Kasse der Krankenversicherung, um die gesellschaftlichen Probleme zu finanzieren. Eine Tagesklinik beruhigt das politische Gewissen, jedoch müssen auch die Anforderungen an die personelle Besetzung erfüllt und finanziert werden. Einerseits klagen die Einrichtungen (der jährliche Bericht des Psychiatrieausschusses zeigt es immer wieder), dass zu wenige Ärzte und Pflegepersonal in der Psychiatrie zur Verfügung stehen. Andererseits müssen zusätzliche Tageskliniken mit zusätzlichem Personal besetzt werden. Seit 2005 erhöhten sich die tagesklinischen Plätze in Sachsen-Anhalt um 27 Prozent, allein damit war eine Ausgabensteigerung für die GKV in Höhe von circa 6,6 Millionen Euro verbunden, die die Beitragszahler aufzubringen haben.

Das Statistische Bundesamt geht in dem Beitrag zum demografischen Wandel in Deutschland auf die Auswirkungen der Demografie auf zukünftige Behandlungsfälle in Krankenhäusern von einer Sondersituation in Sachsen-Anhalt aus. In überhaupt nur drei Bundesländern wird ein Rückgang der zukünftigen Krankenhaufälle erwartet. Sachsen-Anhalt führt diese Statistik mit minus 7,3 Prozent an. Statt der Schaffung von neuen tagesklinischen Strukturen sollten die bestehenden Kapazitäten, die mit den Investitionsmitteln der Bürger aufgebaut wurden, effektiv genutzt werden.



IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Sachsen-Anhalt des vdek

Schleierufer 12 · 39104 Magdeburg

Telefon: 03 91 / 5 65 16-0 · Telefax: 03 91 / 5 65 16-30

E-Mail: LV_sachsen-anhalt@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Klaus Holst · Redaktion: Dr. Volker Schmeichel