

## INHALT

- Studie: Ausgaben für Pflege unabhängig von Altersstruktur eines Landes
- Neuer Sachverständigenrat nimmt Arbeit auf
- Packungsgrößenverordnung für Arzneimittel soll überarbeitet werden
- Monopolkommission macht Vorschläge für mehr Wettbewerb
- Blickpunkt Hintergrund: Wie sich Arzneimittelpreise zusammensetzen

## ■ Vielfältige Kritik an Kartellrechtsplänen

Das **Bundesversicherungsamt** (BVA) und das Bundessozialgericht (BSG) haben sich gegen die Regierungspläne ausgesprochen, das Kartellrecht in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Anwendung zu bringen. Eine Übertragung von Befugnissen auf das Bundeskartellamt ist nach Ansicht von BVA-Präsident Dr. Maximilian Gaßner nicht notwendig und würde zu mehr Bürokratie führen. Die bisherigen Regelungen reichten völlig aus. Dr. Ernst Hauck, Richter beim BSG, warnte, die Einführung des Kartellrechts bedeute für die Kassen, dass in Zukunft zwei Rechtsquellen – das Sozialrecht und das Wettbewerbsrecht – in Konkurrenz zueinander wirkten. Die Kritik von BVA und BSG bestätigt ein **Rechtsgutachten** des Kartellrechtlers Prof. Rainer Bechtold im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Nach dessen Meinung verstößt die Anwendung des Kartellrechts in der GKV gegen das europäische Wettbewerbsrecht, ist verfassungswidrig und wird schwerwiegende Folgen für das System der GKV haben.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Honorare: SPD unterstützt Hausärzteverband

Im Streit um die Honorierung der Hausärzte hat sich die SPD auf die Seite der Hausärzte gestellt. Wie der gesundheitspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Prof. Karl Lauterbach, in einem Brief an seine Fraktionskollegen schreibt, unterstützt die SPD eine Kampagne des **Deutschen Hausärzteverbandes** gegen Absichten der Regierung, die Honorarzuwächse der Hausärzte zu begrenzen. Im Rahmen von Hausarztverträgen soll, so die Regierungspläne, die Vergütung künftig nicht höher sein als in der über **Kassenärztliche Vereinigungen** organisierten Regelversorgung. Die schwarz-gelbe Koalition will auf diese Weise im kommenden Jahr 500 Millionen Euro sparen. Lauterbach ist der Ansicht, dass die geplante Maßnahme eine „teure Fehlentwicklung“ einleite. Eberhard Mehl, Hauptgeschäftsführer des Hausärzteverbandes, behauptet, die geplante Zuwachsbegrenzung bei den Honoraren werde dramatische Konsequenzen vor allem in ländlichen Regionen haben. Derweil gab die AOK Baden-Württemberg bekannt, sie habe mit ihrem Hausarztvertrag die Behandlungsqualität ohne zusätzliche Kosten verbessern können. Sie hatte als erste Krankenkasse die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt. Aktuell nehmen laut Hausärzteverband 20.000 von 45.000 Hausärzten und 3,9 Millionen Versicherte an 300 Hausarztverträgen teil.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ZUR PERSON I



**Arnd Longrée** ist neuer Sprecher der Bundesarbeitsgemeinschaft der Heilmittelverbände. Er löst Dr. Monika Rausch ab. Longrée ist ebenfalls Vorsitzender des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten.



**Dr. Hans-Jürgen Seitz**, Hauptgeschäftsführer der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, wird am 28. Februar 2011 auf eigenen Wunsch aus der ABDA ausscheiden. Ein Nachfolger steht noch nicht fest.

Redaktionsschluss  
dieser Ausgabe:  
5. August 2010

## ■ WIP-Ländervergleich: Pflegeausgaben sind unabhängig von der Altersstruktur

Wie viel Geld ein Staat gemessen am Bruttonationalprodukt (BIP) für Pflege ausgibt, ist unabhängig von seiner Altersstruktur. Das hat eine Studie des Wissenschaftlichen Instituts der privaten Krankenversicherung (WIP) ergeben. So hat Deutschland, verglichen mit zwölf anderen Industrienationen, zwar die älteste Bevölkerung, aber zusammen mit Großbritannien und Spanien die niedrigsten Pflegeausgaben. In Schweden und den Niederlanden ist der Anteil der Pflegeausgaben am BIP fast viermal höher als in Deutschland. Da trotz einer zunehmenden Zahl an Pflegebedürftigen die Neigung der Bevölkerung gering ist, private Pflegeversicherungen abzuschließen, haben viele Länder inzwischen reagiert und ihr soziales Sicherheitsnetz in den Bereich Pflege ausgedehnt. Japan, Luxemburg und Spanien orientierten sich dabei am 1995 eingeführten **deutschen Modell**. Andernorts sind Pflegeleistungen jedoch gewöhnlich in das Krankenversicherungssystem integriert. Dies ist vor allem in den Niederlanden, der Schweiz und in Großbritannien der Fall. Gründe für die unterschiedlichen Pflegeausgaben sind laut Studienautor Dr. Frank Wild der gesellschaftliche Stellenwert der Versorgung von Pflegebedürftigen, aber auch die Erwartungen, die an das Engagement der Familie geknüpft werden.

Infos: [www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)

## ■ Neuer Sachverständigenrat nimmt Arbeit auf

Prof. Eberhard Wille (Lehrstuhl für Volkswirtschaftslehre, Universität Mannheim) ist für zwei Jahre zum Vorsitzenden des neuen **Sachverständigenrates** zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gewählt worden. Sein Stellvertreter während dieser Zeit ist Prof. Matthias Schrappe (Institut für Patientensicherheit, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn). Das hat der Sachverständigenrat in seiner konstituierenden Sitzung beschlossen. Die Mitglieder hatte Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler im Juli ernannt. Dem Sachverständigenrat gehören weiterhin an: Prof. Ferdinand M. Gerlach (Institut für Allgemeinmedizin, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt am Main), Prof. Wolfgang Greiner (Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement, Universität Bielefeld), Prof. Marion Haubitz (Abteilung Nephrologie, Medizinische Hochschule Hannover), Prof. Doris Schaeffer (Lehrstuhl für Versorgungsforschung und Pflegewissenschaft, Universität Bielefeld) und Prof. Gregor Thüsing (Harvard). Greiner, Schaeffer und Thüsing sind neu im Sachverständigenrat, der in seiner jetzigen Zusammensetzung bis zum 14. Juli 2014 berufen ist. Nicht mehr dabei sind Prof. Adelheid Kuhlmeier, Prof. Gerd Glaeske und Prof. Rolf Rosenbrock. Den Sachverständigenrat gibt es seit 1985. Zu seinen Hauptaufgaben gehört es, alle zwei Jahre ein Gutachten vorzulegen. Dieses soll Vorschläge enthalten, wie Versorgungsdefizite und Überkapazitäten abzubauen sind.

Infos: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## ■ Novelle der Packungsgrößenverordnung: AOK begrüßt Regierungspläne

Der AOK-Bundesverband begrüßt das Vorhaben der **Bundesregierung**, die **Packungsgrößenverordnung** für Arzneimittel zu überarbeiten. „Es wird höchste Zeit, dass der Wildwuchs mit 49, 56, 98 oder 100 Tabletten in einer Packung geregelt und die therapeutische Gleichwertigkeit dieser Packungen klargestellt werden“, erklärte dazu der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg und Verhandlungsführer der AOK-Gemeinschaft für die **Arzneimittelrabattverträge**, Dr. Christopher Hermann. Die Regierung möchte im Arzneimittel-Neuordnungsgesetz festlegen, dass sich die Packungsgrößen N1, N2 und N3 künftig an einer Reichdauer von 10, 30 beziehungsweise 100 Tagen orientieren sollen. Maßstab für die Austauschbarkeit von Medikamenten soll nicht mehr die identische Anzahl der Tabletten sein, sondern die Zuordnung zur selben Größenklasse.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

### KOMMENTAR

Viel zu lange schon schwelt das Problem, was denn eigentlich eine identische Packungsgröße ist: nur eine mit derselben Stückzahl oder auch eine mit derselben Größenklasse. Insbesondere im Zusammenhang mit Rabattverträgen, aber auch mit der Aut-idem-Regelung waren Pharmaindustrie, Apotheker und Krankenkassen deswegen wiederholt aneinander geraten. Die Arzneimittelhersteller hatten kreativ ihre Präparate in immer neuen Stückzahlen auf den Markt gebracht, um eine Austauschbarkeit zu verhindern. Die Regierung will nun aufräumen, und das ist gut so. Dabei wird dann auch gleich klar gestellt: Die N1 dient dem Ein- und Ausschleichen sowie der Verträglichkeitsprüfung, die N2 ist die Monatsration und die N3 die Quartalsration und somit für die Langzeittherapie geeignet. Die Arzneimittelhersteller müssen sich nun einer stärkeren Vereinheitlichung beugen. Das nutzt den Versicherten und dem Gesundheitswesen. (ink)

## ■ Evaluation: Pflegenoten alternativlos

„Pflegenoten sind als Verbraucherinformation bisher ohne Alternativen.“ Das haben die Vereinbarungspartner der Pflegenoten anlässlich der Veröffentlichung des Berichts zur wissenschaftlichen Evaluation der Pflegenoten und der Pflege-Transparenzvereinbarung erklärt. Die Expertise macht konkrete Verbesserungsvorschläge für die Berechnung der Gesamtnote. Darunter sind kurzfristig realisierbare Ziele wie die Anforderung, immer eine ausreichende Anzahl von Pflegebedürftigen in eine Prüfung einzubeziehen, ebenso wie mittelfristige Maßnahmen, beispielsweise eine genauere Abbildung der Bewohner- und Kundenzufriedenheit. Aus Sicht des AOK-Bundesverbandes geht es jetzt vorrangig darum, kurzfristig Lösungen für eine stärkere Gewichtung von Risikofaktoren bei der Berechnung der Gesamtnoten zu finden. Die Gesundheitskasse setzt sich seit längerem dafür ein, dass wichtige pflegerische Aspekte wie die Dekubitusprophylaxe (Bereich „Pflege und medizinische Versorgung“) stärker berücksichtigt werden als beispielsweise ein gut lesbarer Speiseplan (Bereich „Wohnen und Verpflegung“). Die Dachorganisationen der Pflegekassen, der Sozialhilfe, der kommunalen Spitzenverbände und der Pflegeeinrichtungen hatten Anfang des Jahres die Erstellung einer Evaluation beschlossen.

Infos: [www.pflegenoten.de](http://www.pflegenoten.de)

## ■ Rückkehr zum Kerngeschäft: Neufassung der Apothekenbetriebsordnung geplant

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) arbeitet an einer Neufassung der **Apothekenbetriebsordnung**. Geplant ist, die Pflicht zur Information der Kunden zu verschärfen. Das Personal in der **Apothek**e müsse künftig eine Beratung anbieten, so der BMG-Entwurf. Außerdem sollen demnächst Apotheker die vom Kunden vorgelegten Rezepte prüfen, bevor die Medikamente ausgehändigt werden. Pharmazeutisch-technische Assistenten dürfen eine solche Prüfung nicht durchführen. Daher ist die Präsenz eines Apothekers künftig Pflicht. Für Drogerieprodukte wie Zahnbürsten und Kosmetika sollen bald nur noch maximal 30 Prozent der Verkaufsfläche genutzt werden dürfen. Mit derlei Artikeln erzielen die 21.500 deutschen Apotheker zwei Milliarden Euro jährlich (fünf Prozent des Umsatzes). Konkrete räumliche Vorschriften sind auch für die Größe des Labors für Eigenrezepturen und für den Abstand zwischen Bedienplätzen geplant. Ein Referentenentwurf für die neue Apothekenbetriebsordnung soll im Herbst kommen. Das Ministerium wartet derzeit auf Stellungnahmen der Verbände. Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände hat den Entwurf in Teilen bereits als „Quatsch und reine Willkür“ bezeichnet. Die Ursprungsversion der Apothekenbetriebsordnung stammt aus dem Jahr 1987 und ist zuletzt vor 15 Jahren geändert worden.

Infos: [www.gesetze-im-internet.de](http://www.gesetze-im-internet.de)

## ■ Monopolkommission macht Vorschläge für mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

Die Übertragung der Abrechnung der erbrachten Leistungen soll von den Kassenärztlichen Vereinigungen auf die Krankenkassen verlagert werden, und **selektivvertragliche** Leistungsbereiche sind auszuweiten. Das sind zwei der Vorschläge, die die Monopolkommission der Bundesregierung in ihrem aktuellen Hauptgutachten macht. Die Autoren stellen fest, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung seit einigen Jahren zwar Grundlagen für ein aktives Wettbewerbsgeschehen geschaffen worden sind, andererseits aber an verschiedenen Stellen noch schwerwiegende Hindernisse bestehen. Die Autoren regen die vollständige Anwendung des Wettbewerbsrechts in den Beziehungen der Krankenkassen zu den Versicherten, zu den **Leistungserbringern** und untereinander an. Außerdem plädieren sie dafür, den Sonderbeitrag von 0,9 Prozent in die pauschal zu erhebenden Zusatzbeiträge zu überführen. Die Monopolkommission hat den gesetzlichen Auftrag, alle zwei Jahre Stand und Entwicklung der Unternehmenskonzentration zu beurteilen, die kartellrechtliche Entscheidungspraxis zu würdigen und zu sonstigen wettbewerbspolitischen Fragen Stellung zu nehmen.

Infos: [www.monopolkommission.de](http://www.monopolkommission.de)

## ■ DKG plädiert für Neuordnung der ambulanten Versorgung

Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** (DKG) hat ein Reformkonzept zur Neuordnung der ambulanten Versorgung vorgelegt. Kernpunkt ist die Forderung, dass sich die Kliniken umfassend für die ambulante Leistungserbringung öffnen dürfen. Die ambulante ärztliche Versorgung soll dafür in eine haus- und fachärztliche „Grundversorgung“ einerseits und in eine „spezialärztliche Versorgung“ andererseits geteilt werden. Für die ambulante haus- und fachärztliche Grundversorgung ist nach den Vorstellungen der DKG die Bedarfsplanung mit flexiblen Zulassungsmöglichkeiten auszustatten. Der AOK-Bundesverband begrüßt den Vorstoß der DKG, die medizinische Versorgung aufzuteilen, Strukturdefizite abzubauen und zu einer Deregulierung beizutragen.

Infos: [www.dkgev.de](http://www.dkgev.de)

## ■ IGES-Studie: Selektivverträge sind sinnvoll, wenn die Regeln stimmen

**Selektivverträge** sind grundsätzlich geeignet, das Gesundheitswesen effizienter zu steuern, allerdings müssen Regulierungen Grenzen setzen. Zu diesem Schluss kommt eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag der gewerkschaftsnahen Hans-Böckler-Stiftung. Die Autoren nahmen dafür den **Krankenhaus-** und den **Arzneimittelmarkt** unter die Lupe. Da es im Kliniksektor bislang noch keine Selektivverträge gibt, erarbeiteten die Wissenschaftler zunächst Kriterien zur Beurteilung der Qualität. Sie stellten fest, dass die Rangfolge der Kliniken sich mit der Auswahl der Qualitätskriterien änderte. Einige Krankenhäuser gehörten aber immer zu den besten. Wenn eine Krankenkasse Selektivverträge mit der Hälfte der Kliniken in der Region schliesse, hätten die Patienten 1,7-mal längere Wege zurückzulegen. Um zu lange Anfahrten auf dem Land zu verhindern, schlugen die Wissenschaftler eine Entfernungsobergrenze vor. Bei der Analyse des Arzneimittelmarktes untersuchten die Autoren die Austauschbarkeit von Medikamenten als Grundlage von Selektivverträgen. Da ihrer Ansicht nach nur wenige Medikamente problemlos substituierbar sind, bräuchten Ärzte die Freiheit, gegebenenfalls ein anderes Medikament zu verschreiben, schlussfolgerten die Autoren.

Infos: [www.boecklerimpuls.de](http://www.boecklerimpuls.de)

## ■ Wirtschaftswachstum: BDI warnt vor Euphorie

Der Bundesverband der Deutschen Industrie (BDI) bleibt bei seiner Einschätzung, dass 2010 ein Wirtschaftswachstum von zwei Prozent möglich sei. Das geht aus dem Konjunkturreport 3/2010 hervor. Zeitgleich warnte der BDI vor zu viel Euphorie. Der jetzige Aufschwung sei nicht unbedingt nachhaltig.

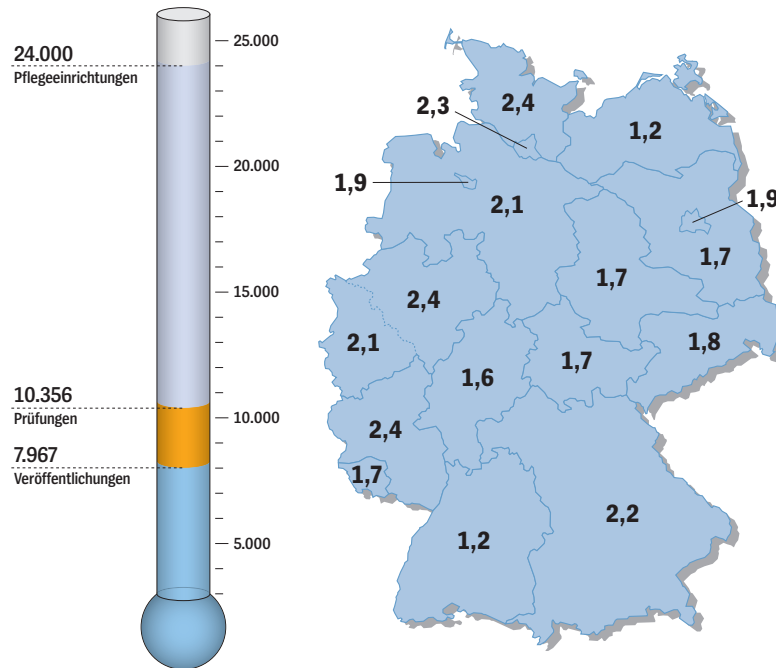
Infos: [www.bdi.eu](http://www.bdi.eu)

## Vorschau

### Ausgabe 9/2010

Die nächste Ausgabe des politischen Magazins *Gesundheit und Gesellschaft* erscheint Mitte September.

## So gut sind Pflegeheime im Durchschnitt



Quelle: Verbände der Kranken- und Pflegekassen, Stand: August 2010

*Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) nimmt zurzeit alle Pflegeeinrichtungen in Deutschland unter die Lupe. Die Ergebnisse werden veröffentlicht. Hat der MDK in einer Region mehr als 20 Prozent der Pflegeheime und -dienste geprüft, so werden auch die Durchschnittsnote bekannt gegeben. Diese liegen inzwischen in allen Regionen für die Heime vor. Das Pflegebarometer zeigt: Über 10.000 Einrichtungen (Heime und Dienste) sind bereits geprüft.*

Infos: [www.aok-gesundheitspartner.de](http://www.aok-gesundheitspartner.de)

## ■ Fehlzeiten-Report: Durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit liegt bei 17,3 Tagen

Krankheitsbedingte Fehlzeiten haben im Jahr 2009 erneut zugenommen. Das belegt der Fehlzeiten-Report 2010, den das Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) mit herausgibt. Bei den 9,7 Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmern stieg der Krankenstand im Vergleich zum Vorjahr von 4,6 auf 4,8 Prozent. Im Durchschnitt dauerte eine Arbeitsunfähigkeit 17,3 Tage. 2008 waren es noch 17 Tage, 2007 nur 16,3 Tage gewesen. Zwischen den Berufsgruppen zeigten sich deutliche Unterschiede: Viele Arbeitsunfähigkeitstage weisen Straßenreiner (28,8 Tage), Waldarbeiter (25,1 Tage) oder Helfer in der Krankenpflege (24,9 Tage) auf. Am anderen Ende mit vergleichsweise wenigen Fehlzeiten finden sich Hochschullehrer (4,9 Tage), Ingenieure (6,3 Tage) und Ärzte (7,1 Tage).

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## «BLICKPUNKT HINTERGRUND»

### ■ Wie sich Arzneimittelpreise zusammensetzen

**Es gibt Zuschläge für den Großhandel und die Apotheker, Abschläge der Apotheker und Hersteller für die Krankenkassen: Wie Arzneimittelpreise zustande kommen, ist nicht sehr leicht zu durchschauen. Hier sind die wesentlichen Komponenten der Preisbildung.**

Deutschland ist eines der wenigen Länder in Europa, in dem die pharmazeutischen Unternehmen die Preise, die sie für ihre Präparate erzielen wollen, selbst festlegen können. Großhandel und Apotheken schlagen auf diese Preise noch ihre – gesetzlich festgelegten – Margen auf. Für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) hat der Gesetzgeber darüber hinausgehend Abschläge auf die Preise bestimmt, die die GKV als Großkundin von den pharmazeutischen Unternehmen und den Apotheken erhält.

Ob Fertigarzneimittel oder in der Apotheke hergestelltes Präparat: In Deutschland ist die Preisbildung von **verschreibungspflichtigen** Arzneimitteln gesetzlich geregelt. Wesentliche Vorgaben finden sich in der **Arzneimittelpreisverordnung** (AMPreisV). Diese gibt es seit 1978. Sie schreibt nicht nur die Preisbildung für die Abgabe durch öffentliche Apotheken an Endverbraucher vor, sondern auch bei der Abgabe durch den pharmazeutischen Großhandel an die Apotheken. Von der AMPreisV nicht mehr geregelt ist die Preisbildung für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel. Dies war bis 2004 noch der Fall. Dann hat der Gesetzgeber beschlossen, einen freien Wettbewerb bei diesen Medikamenten einzuführen, und die ohne Rezept erhältlichen Arzneimittel aus der AMPreisV herausgenommen.

#### » Pharmafirmen legen ihre Abgabepreise fest, Großhandel erhält gestaffelte Zuschläge

Nach der Zulassung eines neuen Medikaments können die Pharmafirmen den Hersteller-Abgabepreis frei bestimmen. Von diesem ausgehend legt die AMPreisV Preisspannen für Aufschläge des pharmazeutischen Großhandels fest, der für die Beschaffung, Bevorratung und Verteilung der Medikamente an die Apotheken verantwortlich ist. Es gibt zehn Stufen, in denen teilweise bestimmte Prozentsätze, teilweise feste Eurobeträge gelten. Für **Fertigarzneimittel** mit einem Hersteller-Abgabepreis bis einschließlich 3,00 Euro (Stufe 1) beträgt der maximal zulässige Großhandelszuschlag 15 Prozent. Zwischen 3,01 Euro und 3,74 Euro (Stufe 2) hat der Zuschlag immer eine Höhe von 0,45 Euro. Bei einem Abgabepreis von über 26,83 Euro bis 1.200 Euro (Stufe 9) beträgt der Zuschlag sechs Prozent. Kostet ein Medikament mehr als 1.200 Euro (Stufe 10), ist der Zuschlag auf 72,00 Euro begrenzt.

#### » Apotheker addieren drei Prozent plus Festzuschlag

Die **Apotheken** ihrerseits rechnen zum von ihnen gezahlten Einkaufspreis drei Prozent zuzüglich eines Festzuschlages von 8,10 Euro je Packung sowie die Mehrwertsteuer von 19 Prozent hinzu. Die drei Prozent sind als Bezahlung der kaufmännischen Tätigkeit der Apotheke zu verstehen, die 8,10 Euro

honorieren die pharmazeutische Dienstleistung. Insgesamt ergibt sich so für alle verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel aus den Regelungen der AMPreisV ein einheitlicher Apothekenabgabepreis.

#### » Großkundenrabatte für die GKV

Für die Kosten der GKV sind neben dem Preis des Arzneimittels noch zwei weitere Posten relevant: Als größte Abnehmerin erhält sie von den Apotheken und den pharmazeutischen Unternehmen jeweils Abschläge auf deren Preise. Paragraph 130 beziehungsweise 130a des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sehen nämlich vor, dass die Apotheken und die Hersteller den Krankenkassen einen Abschlag auf ihre Preise als Rabatt gewähren.

#### » Krankenkassen plädieren dafür, zu einem Abschlag von 2,30 Euro pro Packung zurückzukehren

Die Höhe des **Apothekenabschlags** für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel wurde 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz auf 2,30 Euro festgesetzt und sollte ab 2009 jährlich angepasst werden (Paragraph 130 SGB V). Da sich bei der ersten Anpassung 2009 Kassen und Apotheker nicht auf eine angemessene Höhe des Abschlags einigen konnten, hat eine Schiedsstelle die Entscheidung übernommen und den Abschlag auf 1,75 Euro je Packungseinheit gesenkt. Die Umsetzung dieser Entscheidung bedeutet Mehrausgaben für die Krankenkassen von mehreren hundert Millionen Euro. Der GKV-Spitzenverband, der sich gegen die Senkung ausgesprochen hatte, hat für die Krankenkassen Klage gegen den Schiedsspruch erhoben. Aktuell haben die Kassen an die Bundesregierung appelliert, in der anstehenden Gesundheitsreform auch von den Apotheken einen Beitrag zur Kostendämpfung zu fordern und den Apothekenabschlag gesetzlich rückwirkend ab 2010 erneut auf 2,30 Euro pro Packung festzulegen.

#### » Herstellerabschlag zur Kostendämpfung aktuell angehoben

Der Herstellerabschlag, der von den pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen abzuführen ist, wurde 2003 mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz eingeführt. Damals betrug er einheitlich sechs Prozent des Herstellerabgabepreises. Später differenzierte der Gesetzgeber unter anderem, ob es für die Medikamente **Festbeträge** (also Preisobergrenzen, bis zu denen die Krankenkassen die Mittel bezahlen) gab oder nicht. Zum 1. August 2010 traten zwei Neuerungen in Kraft. Zum einen wurde der Herstellerabschlag für festbetragsfreie Medikamente von sechs auf 16 Prozent erhöht. Zum anderen sind nun die Medikamentenpreise bis Ende 2013 auf dem Niveau von August 2009 eingefroren. Diese Kostendämpfungsmaßnahmen sollen helfen, ein 2011 drohendes Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung abzuwenden.

**Infos:** [www.reform-aktuell.de](http://www.reform-aktuell.de) (aktuelle Arzneimittelreform)

[www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema](http://www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema) (Arzneimittel-Glossar)