

INHALT

- **Rabattverträge:** AOK erteilt Zuschläge für weitere Wirkstoffe
- **NordWest und Ost-West:** Zwei AOK-Fusionen beschlossen
- **Kölner Studie:** Längeres Leben verteuert Sozialsysteme
- **AOK-Analyse:** Verbesserungsbedarf in der Arzneimitteltherapie älterer Menschen
- **Blickpunkt Hintergrund:** Was die Politik im Arzneimittel-Neuordnungsgesetz plant

■ AOK zu Reformeckpunkten: Belastungen sind unerfreulich, aber notwendig

„Es ist gut für Versicherte und Beitragszahler, dass die Regierung jetzt für 2011 Kalkulationssicherheit schafft, auch wenn sich niemand über höhere Belastungen freut“. Mit diesen Worten hat der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman, das Vorhaben kommentiert, den einheitlichen **Beitragssatz** von 14,9 auf 15,5 Prozent anzuheben. Die schwarz-gelbe Koalition hatte sich in den vergangenen Tagen auf ein Konzept für eine Gesundheitsreform geeinigt, das einen wesentlichen Beitrag dazu leisten soll, das 2011 drohende Defizit der Krankenkassen in Höhe von elf Milliarden Euro abzuwenden. Es sieht vor, dass die Krankenkassen die Höhe des dann einkommensunabhängigen Zusatzbeitrages selbst bestimmen können. Dabei soll es einen Sozialausgleich für bedürftige Arbeitnehmer und Rentner geben, wenn der Zusatzbeitrag zwei Prozent ihres Einkommens übersteigt. Der AOK-Bundesverband zeigte sich enttäuscht, dass der Sparbeitrag von Ärzten und Krankenhäusern angesichts hoher Honorarzuwächse im Vorjahr nicht höher ausgefallen ist. Er mahnte ferner an, sicherzustellen, dass die Zusatzbeiträge auch wirklich bei den Krankenkassen ankämen. Derzeit drohten bereits Zahlungsausfälle von 30 Prozent, die dann wieder als höhere Zusatzbeiträge von anderen Versicherten bezahlt werden müssten.

Infos: www.aok-bv.de

■ Familienstudie: AOK will Vorbildfunktion der Eltern künftig stärker betonen

Deutschlands Eltern legen nach den Ergebnissen einer bisher einmaligen Repräsentativbefragung von Müttern und Vätern großen Wert auf gemeinsame Mahlzeiten, Familienrituale und gemeinsame Zeit mit ihren Kindern. Das geht aus der AOK-Familienstudie 2010 hervor. Die Studie zeige, dass es bei der Gesundheit der Kinder hauptsächlich auf die Einstellung der Eltern und auf deren Vorbild ankomme, sagte dazu der stellvertretende Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Jürgen Graalman. „Wir werden deshalb in unserer Präventionsarbeit und vor allem im Rahmen unserer Initiative ‚Gesunde Kinder – gesunde Zukunft‘ die Vorbildfunktion der Eltern stärker hervorheben“, erklärte er. Für die Studie 2010 hat die „Gesellschaft für angewandte Sozialforschung“ (GE-F-A-S) im Auftrag des AOK-Bundesverbandes zwischen Februar und April 2010 bundesweit mehr als 2.000 Mütter und Väter zum Alltag mit ihren vier- bis 14-jährigen Kindern befragt.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



Heinz-Günter Wolf, Präsident der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände, ist zum nächsten Präsidenten des Zusammenschlusses der Apotheker in der Europäischen Union gewählt worden. Die einjährige Amtszeit beginnt am 1. Januar 2011.



Norbert Kaufhold, Vorstandsvorsitzender der AOK Bremen/Bremerhaven, ist vorzeitig vom Verwaltungsrat bis Ende Februar 2015 wiedergewählt worden. Die neue Amtsperiode beginnt im August 2011.

■ Rabattverträge: AOK erteilt Zuschlag für weitere elf Wirkstoffe

Die AOK hat **Arzneimittelrabattverträge** für elf weitere Wirkstoffe abgeschlossen. Sie treten zum 1. Oktober 2010 in Kraft und laufen über zwei Jahre. Umsatzstärkster neuer Vertragswirkstoff ist der Blutgerinnungshemmer Clopidogrel. Der AOK-Verhandlungsführer für die Verträge, Dr. Christopher Hermann, warnte, die Rabattverträge seien durch das geplante Arzneimittel-Neuordnungsgesetz in Gefahr, denn der Gesetzgeber plane, die Zuständigkeit von Sozial- auf Zivilgerichte zu übertragen und die Bindungswirkung bisheriger Gerichtsentscheidungen aufzuheben. Diese Maßnahmen würden eine Flut von Klagen auslösen. Den Krankenkassen drohe dadurch ab 2011 eine Jahre andauernde neue juristische Blockade von Rabattverträgen, bis letztlich der Europäische Gerichtshof oder das Bundesverfassungsgericht geurteilt hätten. Hermann wies darauf hin, dass das Vorhaben der Regierung, das Kartellrecht statt des Vergaberechts für die Krankenkassen gelten zu lassen, den rechtlichen Vorgaben der Europäischen Union widerspreche. Dank der Rabattverträge spart allein die AOK-Gemeinschaft im laufenden Jahr 520 Millionen Euro ein. Nimmt man die ersten Verträge seit 2007 hinzu, summiert sich die Entlastung bis Jahresende auf rund eine Milliarde Euro.

Infos: www.aok-bv.de

■ Herstellerabschlag und feste Arzneipreise: Bundestag stimmt zu

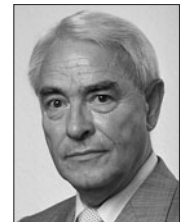
Zum 1. August treten zwei neue Regelungen im Medikamentensektor in Kraft. Dies ist zum einen der erhöhte Herstellerabschlag für **festbetragsfreie** Arzneimittel; er steigt von sechs auf 16 Prozent. Zum anderen werden die Medikamentenpreise bis Ende 2013 auf dem Niveau von August 2009 festgeschrieben. Das sieht das GKV-Änderungsgesetz vor, das der Deutsche Bundestag im Juni beschlossen hat. 1,5 Milliarden Euro möchte die Bundesregierung so pro Jahr einsparen. Nach Darstellung von Johannes Singhammer (CSU) wird durch die Eingriffe in den Arzneimittelmarkt jeder GKV-Versicherte um 30 Euro entlastet. Das Gesetz lässt bei der Erhöhung des Herstellerrabatts einige wenige Ausnahmen zu. So können Pharmaunternehmen auf Antrag von der Anhebung des Herstellerabschlags befreit werden, wenn durch die finanzielle Belastung ihre Existenz gefährdet wird. Außerdem bleibt es beim bisherigen Herstellerabschlag von sechs Prozent für Arzneimittel, für die Hersteller einen Rabattvertrag mit Krankenkassen abgeschlossen haben. Neben diesen kurzfristig wirksamen Sparmaßnahmen plant die Bundesregierung ein Arzneimittel-Neuordnungsgesetz, dessen Entwurf das Bundeskabinett bereits beschlossen hat. Die erste Lesung ist für den 9. Juli vorgesehen. Das Gesetz soll strukturelle Reformen des Medikamentenmarktes enthalten, darunter eine frühe Nutzenbewertung von neuen Medikamenten als Grundlage für Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Krankenkassen. Siehe Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de/politik/gesetze/index_o2o66.html

ZUR PERSON II



Dr. Michael Sereny ist erneut zum Präsidenten der Zahnärztekammer Niedersachsen gewählt worden. Er und die anderen bisherigen Vorstandsmitglieder wurden für weitere fünf Jahre in ihren Ämtern bestätigt.



Peter Kirch ist gestorben. Er war bis 2002 Verwaltungsratsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes. 1994 trat er den Posten erstmals an, der vor der Umgestaltung der Selbstverwaltungsgremien der gesetzlichen Krankenkassen noch Vorstandsvorsitz hieß. Kirch war seit 1980 Vorstandsmitglied des AOK-Bundesverbandes gewesen.

■ Gesundheits-Boni und Prämien: AOK und GKV-Spitzenverband für Steuerfreiheit

Der AOK-Bundesverband und der GKV-Spitzenverband haben dagegen protestiert, dass künftig Prämien und Boni besteuert werden sollen, die gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten für gesundheitsbewusstes Verhalten, die Teilnahme an besonderen Versorgungsprogrammen oder an Selbstbehalttarifen gewähren. Das Bundesfinanzministerium (BMF) möchte Boni und Prämien als Beitragsrückerstattung werten. Sie sollen von den Krankenversicherungsbeiträgen abgezogen werden, die nach dem Bürgerentlastungsgesetz erstmals ab 2010 als Sonderausgaben geltend gemacht werden können. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hat inzwischen in einem Schreiben an das BMF den Krankenkassen den Rücken gestärkt: Auch BMG-Staatssekretär Stefan Kapferer ist gegen eine Besteuerung der gesundheitsbezogenen Prämien und Boni. Bei denen gehe es schließlich um eine Belohnung der Bevölkerung für die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Leistungen. Anders lägen die Dinge bei Prämien im Rahmen von Selbstbehalttarifen oder für nicht in Anspruch genommene Leistungen.

Infos: www.aok-bv.de

KOMMENTAR

Die Uhr tickt: Spätestens zum 28. Februar 2011 müssen die Krankenkassen der Zentralen Zulaufenstelle für Altersvermögen die Höhe der für ihre Mitglieder im Jahr 2010 gezahlten Beiträge melden. Wenn sie beispielsweise vorher noch die zu meist in Form von gesundheitsfördernden Sachprämien geleisteten Boni herausrechnen sollten, verursachte das schon aufgrund der hohen Teilnehmerzahlen an den Programmen enormen bürokratischen Aufwand. Der stünde in keinem Verhältnis zu den Effekten einer steuerlichen Berücksichtigung. Auch die Versicherten wären wohl kaum begeistert. Sie würden sich fragen, warum ihr gesundheitliches Engagement, etwa der Gang zur Vorsorgeuntersuchung, zunächst belohnt wird und im Nachhinein das Finanzamt wieder einen Teil des Bonus vereinnahmt. Ganz zu schweigen davon, dass ein solches Procedere die Möglichkeiten der Kassen, Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen, massiv beeinträchtigen oder sogar beseitigen würde. Das kann keiner wollen. (ink)

■ Versorgung von Früh- und Neugeborenen: GBA erhöht Qualitätsanforderungen

Ab dem 1. Januar 2011 muss ein Krankenhaus jährlich mindestens 30 Kinder mit einem Geburtsgewicht von unter 1.250 Gramm behandelt haben, um weiterhin Früh- und Neugeborene versorgen zu dürfen. Das hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) beschlossen. Für die Gewichtsklasse von 1.250 bis 1.499 Gramm gelten keine Mindestmengen mehr. Bisher hatten Krankenhäuser in beiden Bereichen 14 Behandlungsfälle pro Jahr nachweisen müssen. Das Thema Mindestmengen hatte den GBA drei Jahre lang beschäftigt. Die Entscheidung war dem Gremium nach Bekunden des Vorsitzenden, Dr. Rainer Hess, schwergefallen, weil die Erhöhung der geforderten Zahl zu einer Konzentration auf wenige Zentren führe. Man habe sich aber für eine Anhebung der Mindestmengen bei sehr leichten Kindern entschieden, um deren Überlebenschancen zu steigern. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WIdO) hatte errechnet, dass die Zahl der Todesfälle sinkt, wenn die Mindestmengen steigen.

Infos: www.g-ba.de/informationen/aktuell/pressemitteilungen/344/

■ AOK PLUS und AOK Hessen: Verwaltungsräte beschließen Vereinigung

Die AOK PLUS und die AOK Hessen fusionieren zum 1. Januar 2011. Das haben die jeweiligen Verwaltungsräte bei einer gemeinsamen außerordentlichen Sitzung in Weimar beschlossen. Der Name der neuen Krankenkasse lautet „AOK PLUS – Die Gesundheitskasse“. Sie wird ihren Hauptsitz in Dresden haben und zu den fünf größten Krankenkassen Deutschlands gehören. Der neuen AOK soll ab 2011 ein dreiköpfiger Vorstand vorstehen: Rolf Steinbronn als Vorsitzender, Fritz Müller als zweiter Vorsitzender und Frank Storsberg als Mitglied des Vorstandes. Die Kasse wird dann 4,2 Millionen Versicherte haben und 8.500 Mitarbeiter beschäftigen. Die Fusionspläne bedürfen noch der Zustimmung der Aufsichtsbehörden.

Infos: www.aok.de/aokplus/tool/pressedb_p/ansicht01.php?ID=1020

■ PKV-Analyse: Kopfpauschale im Ausland unwirksam gegen Ausgabendynamik

Die Einführung einer Kopfpauschale löst nicht das zentrale Problem der Gesundheitssysteme: die wachsende Ausgabendynamik. Zu diesem Schluss kommt eine Studie des Verbandes der **privaten Krankenversicherung** (PKV). Danach stiegen in den Niederlanden die Gesundheitsausgaben nach Einführung einer Kopfpauschale im Jahr 2006 stärker als in Deutschland. Insgesamt betrug der Zuwachs im Nachbarland von 2000 bis 2010 pro Kopf 55,3 Prozent im Vergleich zu 31,6 Prozent in Deutschland. In der Schweiz, wo die Pauschale 1996 eingeführt wurde, liegen laut PKV-Analyse die Pro-Kopf-Ausgaben für Gesundheit um 23 Prozent höher als in Deutschland. In beiden Ländern sei der Steueranteil an der Finanzierung deutlich gewachsen.

Infos: www.bestellungen.pkv.de

■ AOK Schleswig-Holstein und AOK Westfalen-Lippe werden zur AOK NordWest

Zum 1. Oktober 2010 wollen die AOK Schleswig-Holstein und die AOK Westfalen-Lippe ihre Kräfte bündeln und fusionieren. Das haben die jeweiligen Verwaltungsräte beschlossen. „AOK NordWest – Die Gesundheitskasse.“ lautet künftig der gemeinsame Name. Sitz der neuen AOK mit 7.600 Mitarbeitern wird Dortmund sein, Sitz der Landesdirektion Schleswig-Holstein wird Kiel. Mit 2,8 Millionen Versicherten wird die AOK NordWest künftig die achtgrößte gesetzliche Krankenkasse in Deutschland sein. Das engmaschige Servicenetz bleibt in beiden Ländern erhalten. Die Aufsichtsbehörden werden sich nun mit den Fusionsplänen befassen.

Infos: www.aok.de/wl/tool/pressedb/ansicht01.php?ID=70

■ Kölner Studie: Längeres Leben verteuert Sozialsysteme

Die Lebenserwartung in Deutschland steigt und damit auch die Kosten für die Sozialsysteme. Das geht aus einer Analyse des Kölner Statistik-Professors Eckart Bomsdorf hervor. Danach können Mädchen, die heute geboren werden, mit einer Lebenserwartung von 92,7 Jahren rechnen. Jedes vierte Mädchen wird sogar 100 Jahre oder älter. Die Lebenserwartung von Jungen des Jahrgangs 2010 liegt inzwischen bei 87,6 Jahren. Doch mit zunehmendem Durchschnittsalter wird auch die Zahl der Pflegebedürftigen steigen. Wie Bomsdorf errechnete, wird sie im Jahr 2050 wahrscheinlich 4,5 Millionen betragen. Derzeit sind 2,2 Millionen Menschen pflegebedürftig. Da die Bevölkerung insgesamt schrumpfe, werde auch der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung von 2,6 Prozent heute auf mehr als sechs Prozent im Jahr 2050 steigen, so der Kölner Wissenschaftler. Bomsdorf geht davon aus, dass „die höhere Lebenserwartung zu einer großen Belastung der Sozialsysteme führen wird, deren Höhe heute vielfach immer noch unterschätzt wird.“ Verantwortlich für die Langlebigkeit sei vor allem der medizinische Fortschritt.

Infos: www.portal.uni-koeln.de/nachricht+M57595e56e26.html

■ IW-Analyse: Gesundheitsprämie von 250 Euro würde Staat entlasten

Mit der Einführung einer Gesundheitsprämie würde der Bund um rund 4,5 Milliarden Euro gegenüber dem Status quo entlastet. Das ist das Ergebnis von Berechnungen des Instituts der deutschen Wirtschaft (IW) in Köln. Um die derzeitigen Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zu decken, müsse die Gesundheitsprämie allerdings monatlich 250 Euro pro Kopf betragen. Der soziale Ausgleich könne erreicht werden, indem diejenigen Krankenversicherten einen steuerfinanzierten Zuschuss vom Staat erhalten, deren gesamte Prämie 16,5 Prozent des Einkommens überschreitet, so das IW.

Infos: www.iwkoeln.de

■ WIdO-Umfrage: Versicherte gegen Änderungen an der Praxisgebühr

Gut zwei Drittel der gesetzlich Versicherten plädieren dafür, an der seit 2004 geltenden **Praxisgebühr** von zehn Euro pro Quartal festzuhalten. Das zeigt eine aktuelle repräsentative Umfrage des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Vier von fünf Befragten lehnen Änderungen an der Praxisgebühr, wie sie derzeit diskutiert werden, ab. „Die Politik sollte im Hinblick auf einen möglichen Ausbau dieses Instruments äußerst vorsichtig sein“, sagte WIdO-Geschäftsführer Dr. Klaus Jacobs.

Infos: www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/index_04115.html


Vorschau

Ausgabe 7-8/2010

Gesundheit rund um den Globus

Trotz allem Unmut: Im Ausland entwickelt manch einer Sehnsucht nach den Kliniken, Ärzten und Krankenkassen seiner Heimat. Sieben Deutsche erzählen, was sie in der Ferne erlebt haben, als sie krank waren.

Gesund bleiben – wie geht das?

Welche Präventionsstrategien wirken, soll ein vom Bundesforschungsministerium gefördertes Projekt ermitteln. Details von Ulla Walter.

GKV-Finanzentwicklung – Vergleich 1. Quartal 2009/2010*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	4,8	7,4	2,5	7,9	2,2
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	2,8	3,1	3,4	4,3	2,0
Zahnersatz	3,1	3,1	4,9	7,3	1,7
Arzneimittel	3,9	2,0	4,9	4,6	5,1
– Summe Hilfsmittel	2,8	3,1	2,5	7,4	2,4
– Summe Heilmittel	6,8	5,4	5,4	13,2	7,6
Krankenhausbehandlung	5,3	3,9	6,2	10,3	6,4
Krankengeld	9,8	4,1	10,0	13,7	12,5
Fahrkosten	4,5	1,2	9,5	14,6	5,9
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	-3,5	-2,3	-2,7	4,2	-7,6
Soziale Dienste/ Prävention	-22,9	-40,4	3,4	-1,3	-27,4
Häusliche Krankenpflege	14,1	11,8	18,1	25,5	16,1
Ausgaben für Leistungen insgesamt	4,5	3,4	5,6	8,6	4,5
Netto-Verwaltungskosten	7,5	8,8	7,6	5,5	6,1

*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner in Prozent
(Quelle: GKV-Statistik BMG KV 45); EK= Ersatzkassen

Die gesetzlichen Krankenkassen verzeichneten im ersten Quartal dieses Jahres einen Überschuss von rund 235 Millionen Euro. Das hat das Bundesgesundheitsministerium bekanntgegeben. Im Vorjahresquartal hatte das Plus noch 1,1 Milliarden Euro betragen. Diesmal standen Einnahmen von 43,50 Milliarden Euro Ausgaben von 43,26 Milliarden Euro gegenüber. Für das Gesamtjahr 2010 wird mit einem Minus in Höhe von 3,1 Milliarden Euro gerechnet.

Infos: www.bmg.bund.de

■ AOK-Studie: Verbesserungsbedarf bei der Arzneitherapie älterer Menschen

Deutschland hat Nachholbedarf bei der Pharmakotherapie für ältere Menschen. Das ergab eine Studie im Auftrag des AOK-Bundesverbandes. Danach werden in geriatrischen Kliniken häufig Patienten aufgenommen, bei denen es tatsächlich oder vermutlich zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen gekommen ist. Sehr oft muss dabei die medikamentöse Behandlung angepasst oder ganz umgestellt werden. Die im Rahmen des Gutachtens befragten Chefärzte geriatrischer Einrichtungen sprechen sich deshalb für altersbezogene Empfehlungen zur Arzneimitteltherapie aus. Für ihre Expertise haben die Mediziner und Wissenschaftler des Zentrums für Geriatrie und Gerontologie an der Universität Hamburg sowie des Instituts für Biomedizin des Alterns an der Universität Erlangen-Nürnberg die vorhandenen Forschungsarbeiten zum Thema analysiert.

Infos: www.aok-gesundheitspartner.de


Wissenschaft

Ausgabe 3/2010

„Arzneimittelmarktsteuerung“ ist der Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe der G+G-Wissenschaft. Dabei geht es um die neuen Schnellbewertungen, schottische Erfahrungen mit dem Thema sowie die Einführung neuer Arzneimittel in europäische Gesundheitssysteme.

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ AMNOG: Strukturreform mit Sprengstoff

Ein Gesetzespaket in Sachen Arzneimittel hat die Bundesregierung bereits geschnürt, nun folgt bald ein zweites. Beide sind laut AOK-Bundesverband nötig, um die Ausgaben im Medikamentensektor zu senken. Das zweite Maßnahmenbündel enthält mit der geplanten Aufnahme von Kartellrechtsbestimmungen aus Sicht der Gesundheitskasse jedoch erheblichen Sprengstoff für das System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

2009 hat die GKV rund 32,4 Milliarden Euro für **Arzneimittel** ausgegeben, so viel wie nie zuvor. 18 von 100 Euro wenden die Krankenkassen derzeit für Medikamente auf. Im Durchschnitt sind die Arzneimittelausgaben in den vergangenen zehn Jahren um fünf Prozent jährlich gestiegen – deutlich stärker als die Ausgaben für Ärzte oder Krankenhäuser. Angesichts des drohenden Finanzlochs bei den Krankenkassen von elf Milliarden Euro im kommenden Jahr hat die Bundesregierung auch den Medikamentensektor ins Visier genommen. Sie hat Gesetzentwürfe erarbeiten zu lassen, die finanzielle Entlastungen bringen sollen, ohne dass die Qualität der Arzneimittelversorgung leidet. Zunächst hat die Regierung kurzfristig wirksame Regelungen beschlossen, darunter einen erhöhten Herstellerabschlag für **festbetragsfreie** Arzneimittel und eine Festschreibung der Medikamentenpreise. Diese Maßnahmen fanden Eingang ins GKV-Änderungsgesetz und werden zum 1. August wirksam. Nun arbeitet die Regierung an einer strukturellen Reform. Diese soll in einem eigenen Arzneimittel-Neuordnungsgesetz (AMNOG) Mitte November vom Bundestag verabschiedet werden und am 1. Januar 2011 in Kraft treten. Das Bundeskabinett hat den Entwurf dazu bereits gebilligt.

» Schnellbewertung sollen jährlich zwei Milliarden Euro sparen

Im Zentrum des AMNOG steht die Preissteuerung im Markt der **patentgeschützten** Arzneimittel. Dies soll insbesondere durch eine schnelle Nutzenbewertung erfolgen. Das Verfahren werden laut Kabinettsentwurf der **Gemeinsame Bundesausschuss** und das **Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen** organisieren. Als Basis für die Nutzenbewertung ist ein Dossier des Herstellers vorgesehen. In diesem Papier muss nicht nur die Wirksamkeit des Arzneimittels belegt werden, sondern auch der medizinische Zusatznutzen im Vergleich zum Therapiestandard beziehungsweise zu Therapiealternativen nachgewiesen werden. Besteht kein Zusatznutzen, wird das Präparat ins Festbetragsystem mit Rabattverträgen überführt. Besteht ein Zusatznutzen, sollen Kassen und Hersteller innerhalb eines Jahres nach Zulassung einen GKV-weiten einheitlichen Rabatt auf den vom Hersteller zunächst frei festgesetzten Preis vereinbaren. Kommt eine Einigung nicht zustande, hat eine Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten eine entsprechende Vereinbarung herbeizuführen. Von dieser Vereinbarung kann durch Verträge, die Kassen einzeln oder im Verbund mit Hersteller abschließen, abgewichen werden. Von dem neuen Verfahren erhofft sich die Bundesregierung ab 2010 Einsparungen in Höhe von jährlich zwei Milliarden Euro.

» Großhandelszuschläge: Neuregelung bringt 400 Millionen Euro

Zudem werden die Großhandelszuschläge neu geregelt. Der auf 400 Millionen Euro pro Jahr geschätzte Betrag soll zu 85 Prozent der GKV zugute kommen. Im Bereich der **Fertigarzneimittel** in parenteraler Zubereitung (also in einer Darreichung, bei der der Magen-Darm-Trakt umgangen werden kann) werden laut Kabinettsentwurf künftig 150 Millionen Euro pro Jahr eingespart. Eingeführt wird außerdem eine Veröffentlichungspflicht für alle klinischen Studien. Zur Verringerung der Regulierungsdichte bei patentgeschützten Arzneimitteln und bei Generika soll die 2006 eingeführte **Bonus-Malus-Regelung** fallen. Sie hatte zum Ziel, wirtschaftliches Ordnungsverhalten der Vertragsärzte zu belohnen und unwirtschaftliches Ordnungsverhalten finanziell abzustrafen. Da sie aber in der Praxis zu Schwierigkeiten führte, hatten sich bereits im Oktober 2007 die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung darauf geeinigt, die Regelung nicht mehr anzuwenden.

» Pick-up-Stellen bleiben, Patientenberatung wird Regelleistung

Vorgesehen ist ferner die Aufhebung einer Regelung zur **Zweitmeinung** bei Arzneimittelverordnungen sowie Änderungen bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Ein ursprünglich vorgesehenes Verbot von Pick-up-Stellen, also Abholmöglichkeiten in Drogerien für bei Versandapotheken bestellte Arzneimittel, musste aus dem Gesetzentwurf gestrichen werden, weil das Bundesinnenministerium und das Bundesfinanzministerium das Verbot in Stellungnahmen jeweils als verfassungswidrig eingestuft hatten. Aufnahme in den AMNOG-Entwurf fand dafür eine Regelung, die wenig mit Arzneimitteln zu tun hat: die Umwandlung der auslaufenden Modellphase zur Unabhängigen Verbraucher- und Patientenberatung in eine Regelleistung.

» Anwendung des Kartellrechts aus Sicht der AOK kontraproduktiv

Während die AOK die strukturellen Reformen im Arzneimittelbereich begrüßt, lehnt sie eine weitere geplante Regelungen kategorisch ab: die vorgesehene Anwendung des Kartellrechts und anderer kartellrechtlicher Vorschriften bei selektiven Verträgen. Das betrifft auch und insbesondere **Arzneimittelrabattverträge**, beispielsweise dadurch, dass bisherige Gerichtsentscheidungen nicht mehr bindend sein sollen. Die AOK befürchtet daher, dass das Kostendämpfungsinstrument der Rabattverträge künftig nicht mehr genutzt werden kann, wenn es bei der Formulierung im Kabinettsentwurf bleibt – und das, obwohl allein die AOK-Gemeinschaft in diesem Jahr mehr als eine halbe Milliarde Euro durch die Verträge ohne einen Verlust an Versorgungsqualität einsparen wird.

Infos: www.reform-aktuell.de (Arzneimittelreform)

www.aok-bv.de (Kartellrecht)