

Pharmazeutische Zeitung, 21. Januar 2010

Arzneimittelversorgung

Pharmazeutischer Service inklusive

Von Brigitte M. Gensthaler, München / Arzneimittel plus pharmazeutischer Service: In diesem Paket sieht Professor Dr. Martin Schulz, ABDA-Geschäftsführer Arzneimittel, die Zukunft der Arzneimittelversorgung. Dabei setzt er auf die Zusammenarbeit von Apothekern und Ärzten.

Reine Distribution und Dumpingpreise seien nicht zukunftsweisend, sagte Schulz bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in München. Nach einer Untersuchung der ABDA träten bei fast jedem fünften Selbstmedikationswunsch arzneimittelbezogene Probleme (ABP) auf. Bei verordneten Medikamenten hätten die Apotheker bei nahezu jedem fünften Patienten ein ABP identifiziert, sagte Schulz. „Solche Probleme werden im Versandhandel weder erkannt noch gelöst.“ Dies gefährde die Arzneimittelsicherheit massiv.

Die Apotheker setzen ein mehrschichtiges Medikationsmanagement dagegen. Eine Medikationsdatei offenbare viele ABP, Doppelverordnungen und mangelnde Therapietreue, betonte Schulz. Dienstleistungen wie Blutdruck-, Blutzucker- oder Lipidmessung trügen dazu bei, Gesundheitsprobleme frühzeitig aufzudecken. Im direkten Kontakt mit dem Patienten könnten die Apotheker zudem die korrekte Arzneimittelanwendung und Fragen der Selbstmessung klären.

Was Apotheker in der Therapieoptimierung leisten können, zeige die neue Nationale Versorgungsleitlinie Asthma: Sie weist den Pharmazeuten die Aufgabe zu, den Patienten die korrekte Inhalationstechnik zu erklären und mit ihnen einzuüben.

Auch der anhaltende Trend, Arzneistoffe aus der Verschreibungspflicht zu entlassen, wird den Beratungsbedarf steigern, erwartet Schulz. Nach Naratriptan, Famotidin, Orlistat und Pantoprazol werde der Switch auch bei Simvastatin, Sildenafil oder Alendronat diskutiert. Problem aus deutscher Sicht: In Staaten, die keine Apothekenpflicht kennen, landen die Produkte im Supermarkt. „Wir brauchen eine uneingeschränkte Apothekenpflicht für Arzneimittel.“

Teure Fehler bei der Einnahme

Ein Sorgenkind der Therapieverantwortlichen sind Non-Adhärenz und -Persistenz der Patienten. So nehmen 40 bis 60 Prozent der Hypertoniker ihre Medikamente nicht so ein, dass Folgeereignisse vermieden werden. Nach drei Jahren ist nur noch jeder zweite „on drug“. Nicht eingenommene Medikamente und Komplikationen kosten viel Geld. „In der Verbesserung der Patientencompliance liegen die wahren Einsparpotenziale im Gesundheitswesen“, Professor Dr. Martin Schulz: „Wir brauchen eine uneingeschränkte Apothekenpflicht“, unterstrich denn auch Elisabeth Beck, Vorsitzende der IMS Health GmbH, in München. Durch Nichtbefolgung der Therapie entstünden jährliche Kosten von 10 bis 15 Milliarden Euro.

Verschärft stellt sich die Frage nach der Therapietreue bei innovativen hochpreisigen Peroralia, beispielsweise in der HIV- oder Krebstherapie. Landet eine Tablette im Wert von 100 bis über 200 Euro im Müll, ist nicht nur der Therapieerfolg gefährdet, sondern auch die Krankenversicherung geschädigt. Nach Schulz' Ansicht ist die Compliance bei Umstellung einer intravenösen auf eine perorale Krebstherapie nicht per se gesichert. Er erwartet vielmehr ähnliche Probleme, wie sie heute in der Hochdrucktherapie auftreten. Gemeinsam mit den Ärzten müssten die Apotheker diese Problemfelder angehen.

Deutsche Apotheker Zeitung, 21. Januar 2010

GRPG-Symposium

Chancen und Risiken für den Arzneimittelmarkt 2010

MÜNCHEN (rs). Wie wirkt sich die 15. AMG-Novelle aus? Welche Kostensteuerungsinstrumente - Rabattverträge, Festbeträge - werden überleben? Wie soll der angekündigte „Abbau von Überregulierung“ und die „Neuordnung des Marktes nach mittelstandsfreundlichen Maßstäben“ im Gesundheitssektor aussehen? Diese Fragen beschäftigte ein Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG). Für Apotheker besonders interessant: Wie entwickelt sich die Arzneimittelversorgung?

Kernziele der aktuellen Legislaturperiode erläuterte Dr. Rolf Koschorrek, MdB (CDU) und Mitglied des Ausschusses für Gesundheit. Als zielführende Maßnahmen zum Herunterfahren der Regulierungsdichte und für mehr Wettbewerb und Transparenz nannte der Parlamentarier: die Neugestaltung des Steuersystems, die Einführung der Kosten/Nutzen-Bewertung für Arzneimittel und neue Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen. Gerüchten um die Abschaffung des Systems der Rabattverträge erteilte Koschorrek eine Absage. Man werde grundsätzlich an Rabattverträgen festhalten, sie aber weiter modifizieren. Wie im Einzelnen, sei nicht „mikrofonreif“; er glaube nicht, dass das Rabattsystem weiter ausgebaut werde.

Ausdrücklich bekannte sich Koschorrek für die Regierungskoalition zum bestehenden Fremd- und Mehrbesitzverbot der Apotheken. Pläne zur Einschränkung des Versandhandels gebe es nicht; allerdings werde man „Auswüchse“ nicht akzeptieren, sondern, wo immer möglich, verbieten. Die Kontrolle des Versandhandels müsse jedoch dort gezielt verbessert werden, wo es um die alarmierende Verbreitung von Arzneimittelfälschungen gehe. Eine engere Zusammenarbeit der europäischen Behörden sei hier ebenso gefragt wie die Kontrolle der Handelsstufen und der Technologieeinsatz zum Erkennen von Falsifikaten.

Rabattverträge dominieren den Generikamarkt

Die Rabattverträge für generikafähige Arzneimittel nach § 130a Abs. 8 SGB V wurden auf dem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen, das der GRPG-Vorsitzende Prof. Dr. iur. Dr. med. Alexander Ehlers moderierte, unter verschiedenen Blickwinkeln kritisch beleuchtet. Aus Sicht der Apotheker nicht nur wegen der zeitweisen Lieferproblematik und dem innerbetrieblichen Aufwand bei der Umsetzung. Sondern auch, wie Magdalene Linz, Präsidentin der Apothekerkammer Niedersachsen, zu bedenken gab, weil trotz intensiver pharmazeutischer Betreuung Patienten durch Zwangsumstellungen häufig verunsichert würden. Die Compliance leide, in Einzelfällen komme es zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen bis hin zur Hospitalisierung. Ärzte beklagten die „unerträgliche“ Situation, in der Praxis mit Patienten über therapieferne Fragen der Arzneimittel-Umstellung diskutieren zu müssen. Kritisiert wurde auch Intransparenz bei der Höhe der Rabatte und bei den Ausschreibungen selbst, bei denen eine Vielzahl von Scheinunternehmen mitböten.

Dass Rabattverträge der Königsweg der Kostensteuerung sind, bezweifelte auch Elisabeth Beck, IMS-Health, Frankfurt. Es dürfe nicht zu einer Marktmacht der Kassen kommen, die den pharmazeutischen Unternehmer in eine ruinöse Situation treibe, meinte die Vorsitzende der Geschäftsführung des Gesundheitsinformationsunternehmens. Gefragt sei eine neue Partnerschaft zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen.

Was nun: Festbeträge, Rabattverträge, Kooperation?

Ganz divergente Standpunkte wurden zu der Frage sichtbar, welche Instrumente künftig zur Kostensteuerung eingesetzt werden sollten, und ob sie miteinander harmonisieren. Die „vertraulichen“ Rabattverhandlungen verhindern einen sinnvollen Ausbau des transparenten und bewährten Festbetragssystems, war einerseits zu hören. Erst die Rabattverträge hätten eine spürbare Absenkung des Preisniveaus bei Generika nach sich gezogen, hielt Dr. Christopher Hermann dagegen, „spiritus rector“ der

Rabattverträge bei der AOK Baden-Württemberg. Beispielsweise hätten bei Bisoprolol einige Generikaanbieter mit zuvor unbedeutendem Marktanteil im Jahr 2007 die „Großen“ drastisch unterboten und die Marktführerschaft übernommen. Das jährliche Sparpotenzial durch Rabattverträge bei Generika sieht Hermann bei rund zwei Mrd. Euro.

Nach Meinung von Dr. Peter Blee, Director Market Access bei Merck Serono, Darmstadt, muss die Politik künftig zwischen Festbeträgen als regulativem System und wettbewerbsorientiertem Rabattsystem wählen: „Ein Miteinander dieser Alternativen ist undenkbar“, ist Blee überzeugt. Der Industrievertreter favorisierte „mehrdimensionale Kooperationsverträge“ mit den Kassen. Sie könnten zu mehr Wirtschaftlichkeit und einer wirklichen Verbesserung der Versorgung der Patienten führen. Mit den Rabattverträgen sei es keineswegs gelungen, mehr Wettbewerb zu etablieren - weder zwischen den Krankenkassen noch zwischen den Herstellern. Mit der Ausschreibungspflicht hätten Krankenkassen Bieterverbände mit enormer Nachfragemacht gegenüber der Pharmaindustrie gebildet.

Um dem vorzubeugen, müsse das Kartell- und Wettbewerbsrecht auch für Rabattverträge Anwendung finden. Zu befürchten sei jedoch, dass sich Rabatt-Ausschreibungen auf patentgeschützte Arzneimittel ausdehnen würden.

Zukunftsfragen der Apotheke

Mit einer langen Liste von alten und neuen Herausforderungen sieht Prof. Dr. Martin Schulz, Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA, die Apothekerschaft konfrontiert. Stichworte sind GKV-Erstattung, Festbeträge und Rabatte, Reimporte, Fälschungen, neue Versorgungswege (Medizinische Versorgungszentren, Integrierte Versorgung, Disease Management-Programme), Wandel der Altersstruktur, Non-Persistenz, Apothekerkooperationen, Medikationskataloge, individualisierte Therapie, elektronische Patientenakten und ihre Sicherheit, Zuzahlungen, Zusatzprämien und und und ...

Die Herausforderungen der Zukunft werde am ehesten der Apotheker als freier und unabhängiger Heilberufler meistern, der über die sichere Arzneimittelversorgung hinaus unabhängige Beratung und Empfehlung und qualitätsgesicherte pharmazeutische Dienstleistungen („Service“) biete. Damit seien nicht bloß die Früherkennung von erhöhtem Blutdruck und Blutzucker gemeint. Eine innovative Leistung mit Potenzial zur Optimierung der Arzneimitteltherapie biete z. B. das aktive Medikationsmanagement. In der Apotheke eingeschriebene Patienten könnten mit den Mitteln der Kundenkarte und rechnergestützter Medikationsdateien vor arzneimittelbezogenen Problemen wie Doppelverordnungen geschützt werden, erläuterte Schulz.

Gleichzeitig würden Folgeverordnungen unterstützt, somit die Compliance und Persistenz der Medikation gefördert. Die zukünftige bessere Einbindung der Apotheke komme vor allem chronisch kranken und multimorbiden Patienten zugute.

Welchen Rahmen für die Arzneimittelversorgung?

Schulz forderte, kollektivvertragliche Regelungen zu Arzneimittelversorgung und preisunabhängiger apothekerlicher Vergütung weiterzuentwickeln, und zwar mit einheitlicher Geltung für alle Apotheken. Kassenindividuelle Positivlisten lehnte er ab. Die Verantwortung für die Arzneimittelpreise liege bei den Geschäftspartnern Hersteller und Krankenkassen.

Der Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA forderte, die uneingeschränkte Apothekenpflicht für alle Arzneimittel (wieder) sicherzustellen. Arzneimittel seien ein beratungsbedürftiges, risikobehaftetes Gut. Bestrebungen zur Trivialisierung, beispielsweise durch Versandhandel, Pick-up-Stellen oder zeitgebundene Schnäppchen für Großpackungen müsse entschieden entgegengewirkt werden.

Apotheke löst arzneimittelbezogene Probleme (oder?)

Die Apotheke sei dabei prädestiniert, „arzneimittelbezogene Probleme“ zu lösen. Dieser Terminus bezeichne alle Umstände, die tatsächlich oder potenziell das Erreichen angestrebter Therapieziele verhindern und die Effektivität und Sicherheit der Therapie

mindern könnten. Interaktionen, falsches Präparat oder Unkenntnis der Dosis, ergeben sich bei jedem fünften Selbstmedikationswunsch, hochgerechnet rund 350.000 Mal pro Tag in Deutschland. 90% der Probleme würden in der Apotheke gelöst, betonte Schulz. („Wie wollen Sie das bei Schlecker lösen?“) Auch bei jeder neunten Verordnung auf Rezept ergebe sich ein arzneimittelbezogenes Problem. Die Fokussierung auf Kostenfragen werde diesen realen Problemen der Patienten nicht gerecht.

Bei grundsätzlicher Akzeptanz der Institution Apotheke erntete Schulzes Darstellung auch kritische Einwendungen: Ob dieses „Job Enrichment“ die Vorbereitung für eine Erhöhung der Taxierung der Apotheker und somit kostentreibend statt -sparend sei? Ob die Apotheken tatsächlich willens und in der Lage seien, die beschriebenen qualitativ hochwertigen Leistungen zu erbringen? Ob die Apotheke bei der Arzneimittelauswahl zu sehr ihre Gewinnspanne im Blick habe? Zweifel und Vorurteile, die zeigen, dass beharrlich Aufklärungsarbeit zu leisten ist und die Qualifizierungstools praxisnah weiterentwickelt werden müssen, wie auch Schulz einräumte.

Arzneimittelmarkt: Status Quo und Ausblick

Der Apothekenmarkt sei im Jahr 2009 moderat um 3,5% auf 23 Milliarden Euro gewachsen, GKV- und OTC-Umsätze eingeschlossen, berichtete Elisabeth Beck. Der Gesamtumsatz zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen, bewertet zu realen Apothekenverkaufspreisen, gerechnet ohne Nachlässe durch Rabattverträge und Zwangsrabatte, stieg moderat um 4,9%. „Rechnet man die Rabatte heraus, liegt das Wachstum aber nur noch bei ein bis zwei Prozent“, erläuterte Beck. Im Zusammenhang mit der AMG-Novelle legten Parallelimporte nach Deutschland in 2009 von gut 10 Prozent in den Vorjahren auf 12,3% zu. Das Direktgeschäft mit den Herstellern ging auf 18,4% im November 2009 zurück. Schlüsselrends, die sich fortsetzen, sind die Kostensteigerung bei innovativen, patentgeschützten Präparaten und demgegenüber ein Wertverfall vieler patentfreier Arzneimittel. Die rückwirkende Anpassung des Apothekenrabattes von 2,30 Euro auf 1,75 Euro lässt das Aufkommen aus diesem Zwangsabschlag in 2009 um 22% auf 957 Millionen Euro (1-11/2009) sinken, rechnete Beck vor.

Mit einem Plus von 5,2% (1-11/2009) schlugen Generika in der Mengenerwicklung den Gesamtmarkt (+1,8% 1-11/2009). Den Generikamarkt wiederum dominierten mittlerweile mit 59% Anteil die rabattierten Präparate. Rabattverträge hätten in kurzer Zeit den Markt umgekrempelt, betonte Beck. Für die Unternehmen habe die Rabattierung gegenüber der Preissenkung den Vorteil, dass im Ausland weiterhin ein höherer Listenpreis für ihre Arzneimittel gelte, während sie im Inland GKV-Marktzugang besäßen. Andererseits hänge bei einigen Generikafirmen über 80% des Umsatzes an befristeten Rabattverträgen. Für 2010 hätten Kassenverbände für rund eine Milliarde Euro neue Rabattverträge ausgeschrieben. Zunehmend schlossen Kassen auch Rabattverträge über patentgeschützte Originale.

Ärzte Zeitung, 22. Januar 2010

AOK hält Rabatte als Instrument für noch nicht ausgereizt

MÜNCHEN (sto). Die Einsparpotenziale der Rabattverträge werden längst nicht vollständig ausgeschöpft. Darauf hat Dr. Christopher Hermann, Mitglied des Vorstandes der AOK Baden-Württemberg, hingewiesen.

Für den verordnenden Arzt bestehe nach wie vor die Therapiefreiheit, „auch wenn sie defacto nicht immer wahrgenommen wird“, erklärte Hermann bei einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in München. „Wir zahlen weiterhin die höheren Preise für alle anderen Produkte, für die es keine Rabattverträge gibt“, sagte er. Auch die Kassen hätten einen Versorgungsauftrag für ihre Versicherten. Dazu gehöre, dass auch Arzneimittel erstattet werden, die außerhalb von Rabattverträgen, aus welchen Gründen auch immer, verordnet werden, sagte Hermann.

Die Rabattverträge, die die AOK zum 1. Juni 2009 für insgesamt 63 Wirkstoffe geschlossen hat, umfassen nach Hermanns Angaben ein Volumen von 2,2 Milliarden Euro auf der Basis des Apothekenverkaufspreises. Das Einsparpotenzial liege bei 512 Millionen Euro pro Jahr. Noch höher liege die Rabattierung bei den jetzt geschlossenen Verträgen für 87 Wirkstoffe mit bisher 78 Zuschlägen, die ein Volumen von 1,3 Milliarden Euro und ein Einsparpotenzial von 350 Millionen Euro haben.

Zugleich widersprach er dem Eindruck, die Hersteller würden „kaputtgespart“. Nach dem Vergaberecht seien die Krankenkassen verpflichtet, die „Auskömmlichkeit der Angebote für die Unternehmen“ zu prüfen. Aus diesem Grund habe die AOK auch einige Firmen aus dem Bieterverfahren ausgeschlossen, weil sie nicht in der Lage gewesen seien, nachzuweisen, dass ihre Angebote nicht unter den Herstellkosten lagen, erläuterte Hermann.

Weil die Potenziale der Rabattverträge aus Sicht der AOK „nicht annähernd zu hundert Prozent ausgeschöpft werden“, so Hermann, seien die Festbeträge als Rahmen nach wie vor erforderlich. Anders wäre die Situation, wenn es kassenindividuelle Arzneimittellisten gäbe und die Kassen außerhalb solcher Listen nichts mehr erstatten, erklärte Hermann: „Das wäre dann ein echter Wettbewerb im Arzneimittelmarkt“. So gesehen seien Rabattverträge lediglich eine Übergangssituation.

OPG – Operation Gesundheitswesen, Der gesundheitspolitische Infodienst, 26. Januar 2010

Arzneimittelmarkt in verändertem Umfeld

Was folgt auf die derzeitige Generation von Rabattverträgen?

Berlin (opg) – Die neue Koalition weckt bei den Beteiligten am Arzneimittelmarkt neue Hoffnungen. Die Ziele sind vage formuliert, die Wege und Instrumente noch nicht erkennbar. Mehr Wettbewerb scheint angesagt, aber nicht nur über den Preis, sondern in Zukunft auch über mehr Versorgungsqualität. CDU-Bundestagsabgeordneter Dr. Rolf Koschorrek ließ sich auf einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) am 15. Januar zu „Chancen und Risiken des Arzneimittelmarkts ab 2010“ in München nicht aus der Reserve locken. Er verwies auf die drei vordringlichen Bereiche im Arzneimittelsektor, deren Überprüfung sich die Koalition vorgenommen hat: die bisherigen Steuerungsinstrumente, die Vereinbarungen zwischen GKV und Pharma-Industrie über Innovationen sowie die Kosten-Nutzen-Bewertung durch das IQWiG. Das Steuerungsinstrument der Rabattverträge werde mit Sicherheit nicht abgeschafft werden, doch neben dem Preis müsse man dem Aspekt der Versorgungsqualität mehr Gewicht geben. Es bestehe durchaus die Gefahr neuer Monopolbildung. Er persönlich würde dem Ausbau von Festbetrags- und Festzuschuss-Systemen den Vorzug geben vor dem Rabattsystem. Auf jeden Fall habe die Koalition vor, die Regelungsdichte im Arzneimittelmarkt deutlich zurückzufahren: „Wir müssen durchforsten, entrümpeln und glatte Leitplanken ziehen.“

Bessere Compliance reduziert Kosten

Die Rabattverträge haben den Arzneimittelmarkt in Deutschland verändert, konstatiert Elisabeth Beck, Geschäftsführerin der IMS Health. Der Generika-Markt wächst mit 5,2 Prozent (Januar bis November 2009) stärker als der Gesamtarzneimittelmarkt (+1,8 Prozent). Der Trend zur generischen Verordnung hält unvermindert an.

Die Rabattverträge dominieren den Generika-Markt. 59 Prozent des generikafähigen GKV-Markts sind bereits durch Rabattverträge erfasst. Nur 10 Prozent der niedergelassenen Ärzte machten von dem Substitutionsverbot durch Ankreuzen des Aut-idem-Felds Gebrauch, die anderen überließen die Entscheidung über das abzugebende Arzneimittel dem Apotheker. Auch patentgeschützte Originale würden für die Krankenkassen mehr und mehr zur Vertragsoption. Beck ist überzeugt, dass sich künftig Versorgungsverträge unter der Regie von Krankenkassen in Kooperation mit Leistungserbringern und Pharma-Unternehmen herausbilden werden. Die Krankenkassen müssten sich ihrer Ansicht nach anders aufstellen als bisher. Zwar blieben ihnen der Anpassungsdruck und die Behauptung im Wettbewerb erhalten, doch müssten sie stärker überlegen, wie sie sich differenzieren und wie sie mit dem Geld der Versicherten umgingen. Beck: „Bereits heute bestehen große regionale Unterschiede in der Versorgung.“ In einer verbesserten Patienten-Compliance sieht Beck die wahren Potenziale für Ausgabenreduktion. Schätzungsweise 10 bis 15 Milliarden Euro jährliche Kosten entstünden durch Non-Compliance der Patienten. Je mehr Tabletten einem Patienten verordnet würden, desto schlechter sei dessen Therapietreue. Für Beck ist eine De-Regulierung im Arzneimittelmarkt dringend erforderlich, nach dem Motto: Bewährtes erhalten, Überflüssiges streichen, Neues wagen.

Rabattverträge: Die Perspektive bestimmt ob vor- oder nachteilig

Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg und spiritus rector der Rabattverträge, denkt bereits an die nächsten Schritte. Nach seinen Worten bieten sich die 73b- und 73c-Verträge (Selektivverträge mit Haus- bzw. Fachärzten) geradezu dafür an, den Pharmakotherapiebereich mit einzubeziehen. Eine spezielle Vertragssoftware, wie sie bereits in den abgeschlossenen Verträgen eingesetzt wird, unterstützt eine gewünschte rationale und hochwertige Pharmakotherapie, betonte er. Die Pharma-Unternehmen erkennen zunehmend die Chance, patentgeschützte Arzneimittel über

Verträge nach 73b und 73c in den Markt zu bekommen. Wenn sich immer mehr Menschen in solche Verträge einschreiben, würden sie auch für Pharma-Hersteller wichtiger, weil sie wirtschaftliche Vorteile bieten.

Skeptischer beurteilt Dr. Peter Blee, Direktor Gesundheitspolitik von Merck Pharma, Darmstadt, das Instrument der Rabattverträge. Die Hersteller sähen sich einer höchst einseitigen Marktmacht der Krankenkassen gegenüber, die aufgrund des Vergaberechts nur mehr wirkstoffspezifische Rabattverträge ausschreiben, die kaum noch Spielraum für den erhofften Wettbewerb um bessere Versorgungskonzepte bei der Arzneimitteltherapie ließen. Die Nachfrageseite gebe, wie im Fall der AOK, als Nachfragemacht den Ton an. Die Ausschreibungsbedingungen würden immer ruinöser für die Arzneimittelhersteller. Es stehe zu befürchten, dass auch im patentgeschützten Bereich das Vergaberecht als zwingend anwendungspflichtig bestätigt werde. Damit würden auch in diesem Bereich innovative Versorgungskonzepte blockiert, deren Zielsetzung nicht primär in plumper Kostendämpfung, sondern in Verbesserungen der Versorgungsqualität bestehen. Sein Fazit: Rabattverträge sind zumindest zur Stimulierung des Qualitätswettbewerbs heute eher hinderlich als förderlich.

Arzneimittel Zeitung, 28. Januar 2010

Hermann: Festbeträge sind weiterhin nötig

MÜNCHEN (sto). Bei einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) bezeichnete Dr. Christopher Hermann, AOK-Vize in Baden-Württemberg, Rabattverträge als eine Übergangslösung und lies durchblicken, wie er dieses Instrument gerne noch verschärfen würde.

Die Einsparpotenziale der Rabattverträge würden „nicht annähernd zu hundert Prozent ausgeschöpft“, erklärte Hermann. „Wir zahlen weiterhin die höheren Preise für alle anderen Produkte, für die es keine Rabattverträge gibt“, sagte er. Nach wie vor würden auch alle Arzneimittel erstattet, die außerhalb von Rabattverträgen verordnet werden, beklagte Hermann. Daher seien die „Festbeträge als Rahmen“ nach wie vor nötig. Anders wäre die Situation, so Hermann, gäbe es kassenindividuelle Arzneimittellisten und die Kassen würden außerhalb solcher Listen nichts mehr erstatten. Hermann: „Das wäre dann ein echter Wettbewerb im Arzneimittelmarkt“. So gesehen seien Rabattverträge lediglich eine Übergangslösung.

Die Rabattverträge, die die AOK vergangenes Jahr bundesweit abgeschlossen hat, umfassen 150 Wirkstoffe mit einem Marktvolumen von 3,5 Milliarden Euro auf Basis des Apothekenverkaufspreises. Das Einsparpotenzial der Verträge bezifferte Hermann in der Summe mit rund 860 Millionen Euro pro Jahr.

Hermann widersprach in seinem Referat auch dem Eindruck, die Hersteller würden „kaputtgespart“. Nach dem Vergaberecht seien die Krankenkassen verpflichtet, die „Auskömmlichkeit der Angebote für die Unternehmen“ zu prüfen. Aus diesem Grund habe die AOK auch einige Firmen aus dem Bieterverfahren ausgeschlossen, weil sie nicht in der Lage gewesen seien, nachzuweisen, dass ihre Angebote nicht unter den Herstellkosten lagen, versicherte Hermann.

Medical Tribune, 5. Februar 2010

Entwickeln sich die Rabattabkommen zu qualitätssteigernden Managed-Care-Modellen?

73er-Verträge der Kassen sind für Arzneihersteller interessant

MÜNCHEN – Durch die Rabattverträge sind die Vertragsärzte zumindest für den generikafähigen Arzneimittelmarkt aus der wirtschaftlichen Verantwortung für die Medikation weitgehend entlassen worden.

60 % dieses Marktes sind bereits durch Rabattverträge erfasst, erklärte Dr. Christopher Hermann, Vizevorstand der AOK Baden-Württemberg, in München auf einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zum Arzneimittelmarkt ab 2010. Nur 10 % der Vertragsärzte machten vom Substitutionsverbot durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes Gebrauch.

Auch Hersteller von Originalen interessieren sich allmählich für Verträge mit Leistungserbringern und Kassen. Selektivverträge nach den §§ 73b und 73c SGB V sind dafür eine ideale Voraussetzung, meint Dr. Hermann. Hersteller erhielten so die Chance, ihre patentgeschützten Präparate in den Markt zu bekommen. Je mehr Versicherte sich in die Verträge einschrieben, desto wichtiger würden sie für Pharma-Anbieter. Eine spezielle Vertragssoftware, wie sie in Baden-Württemberg eingesetzt werde, unterstütze eine rationale, hochwertige Verordnung.

Elisabeth Beck, Geschäftsführerin des Marktforschungsunternehmens IMS Health, bestätigt diese Entwicklung. Sie sieht die Rabattverträge auf dem Weg zu Managed Care. Es entstünden neue Partnerschaften zwischen Pharmafirmen und Krankenkassen. Die sehr unterschiedlichen Verträge hätten vielfach erst Pilotcharakter. Langfristig werde es darum gehen, Effizienz und Qualität der Versorgung zu erhöhen.

Beck erwartet, dass sich regionale Versorgungsverträge unter der Regie der Kassen in Kooperation mit Leistungserbringern und Arznei-Herstellern herausbilden werden. Es sei auch wichtig, die Ärzte bei der Verbesserung der Patientencompliance zu unterstützen. Hier lägen erhebliche Einsparpotenziale angesichts geschätzter volkswirtschaftlicher Kosten von jährlich 10 bis 15 Mrd. Euro durch Non-Compliance. *KS*

Der Kassenarzt, Februar 2010

Die Zukunft der Arzneimittelversorgung

Therapiefreiheit war mal

Die neue Koalition hat sich für den Arzneimittelmarkt 2010 viel vorgenommen: Abbau von Überregulierung, mehr Wettbewerb, hohe Versorgungsqualität. Die Akteure sollen sich stärker als bisher als souveräne und selbstständige Marktteilnehmer beteiligen können. Wie das konkret aussehen wird, ist momentan jedoch noch unklar.

von Klaus Schmidt

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. Rolf Koschorrek, Mitglied im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, äußerte sich über die nächsten politischen Schritte auf einer Tagung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) zurückhaltend: „Wir müssen durchforsten, entrümpeln und glatte Leitplanken ziehen.“ Nur so viel wurde klar: Die Rabattverträge, erfolgreiches Instrument zur Kostensenkung im letzten Jahr, werden wohl bleiben, wenn auch mit anderen Akzenten.. Neben dem Preis sollte der Aspekt der Versorgungsqualität mehr in den Vordergrund rücken, meinte der Politiker. Er persönlich würde dem Ausbau von Festbetrags- und Festzuschussystemen den Vorzug gegenüber einem Rabattsystem geben.

Kosten senken mit Rabattverträgen

Zweifellos haben die Rabattverträge den Arzneimittelmarkt in Deutschland stark verändert. Fast 60 Prozent des generikafähigen Markts sind bereits von Rabattverträgen erfasst, stellte Elisabeth Beck, Geschäftsführerin von IMS Health, fest. Der Generikamarkt wächst mit 5,2 Prozent (von Januar bis November 2009) stärker als der Gesamtmarkt (1,8 Prozent). Nach Becks Worten entwickeln sich die Rabattverträge in Zukunft mehr in Richtung Managed Care. Es werden neue Partnerschaften entstehen zwischen Pharmaunternehmen, Krankenkassen und Leistungserbringern. Kurzfristig wird es dabei um Kostensenkung durch Rabattverträge gehen, langfristig um die Steigerung von Effizienz und Qualität der Versorgung. Auch patentgeschützte Originale werden zunehmend von Verträgen erfasst, etwa durch regionale Versorgungsverträge unter der Regie von Krankenkassen mit bestimmten Leistungserbringern.

AOK als Freiheitsbringer

Dr. Christopher Hermann, stellvertretender Vorsitzender der AOK Baden-Württemberg und Spiritus Rector der Rabattverträge, denkt bereits an die nächsten Schritte. Nach seinen Worten bieten sich die 73-b- und 73-c-Verträge geradezu dafür an, den Pharmakotherapiebereich mit einzubeziehen. Eine spezielle Vertragssoftware, wie sie bereits in den abgeschlossenen Verträgen eingesetzt wird, unterstütze eine gewünschte rationale und hochwertige Pharmakotherapie, betonte er. Die Rabattverträge für Generika haben aus seiner Sicht für den Vertragsarzt einen großen Vorteil: Er werde von „therapiefernen“ Themen wie Preisverantwortung entlastet, sei nicht zu einer bevorzugten Verordnung verpflichtet und genieße volle Therapiefreiheit. Gerade einmal zehn Prozent der Vertragsärzte machten vom Substitutionsverbot durch Ankreuzen des Aut-idem-Feldes Gebrauch. Anders sei es bei den patentgeschützten Originalen. Hier stehe allein der verordnende Arzt im Zentrum. Das kann sich aber bald ändern.

Die Pharmaunternehmen erkennen zunehmend die Chance, patentgeschützte Arzneimittel über Verträge nach 73 b und 73 c in den Markt zu bekommen. Wenn sich immer mehr Menschen in solche Verträge einschreiben, würden sie auch für Pharmahersteller wichtiger, weil sie wirtschaftliche Vorteile bieten.

Professor Martin Schulz, Geschäftsführer des Bereichs Arzneimittel der ABDA, sprach sich dafür aus, die Kooperation zwischen Arzt und Apotheker vor Ort zu intensivieren und zu institutionalisieren. Auch sollten Apotheker stärker in die Betreuung chronisch Kranker beziehungsweise multimorbider Patienten im Rahmen eines Medikationsmanagements einbezogen werden.

Münchner ärztliche Anzeigen, 6. Februar 2010

Wissenschaftspreis im Gesundheitswesen

Die Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) hat sich die Förderung des interdisziplinären Austausches und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung auf den verschiedenen Gebieten des Gesundheits- und Sozialrechtes aber auch im Bereich der Gesundheits- und Sozialpolitik zum Ziel gesetzt. Durch eine Vertiefung rechtlicher, volkswirtschaftlicher, ethischer und medizinischer Gesichtspunkte will die GRPG zu einer Verbesserung des gegenseitigen Verständnisses im Gesundheitswesen beitragen.

Zu diesem Zweck hat die GRPG einen Jahrespreis in Höhe von 2 500 Euro für herausragende wissenschaftliche Arbeiten ausgeschrieben, der bevorzugt an Nachwuchswissenschaftler vergeben wird. Das Thema der Arbeit soll den Zielen der GRPG entsprechen. Die Annahme des Preises verpflichtet zur Erstpublikation der Arbeit oder deren Zusammenfassung in der Zeitschrift „Recht und Politik im Gesundheitswesen“. Sie darf in gleicher oder ähnlicher Form nicht bereits andernorts publiziert sein.

Die Arbeiten müssen beim Präsidium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG), Widenmayerstr. 29, 80538 München, bis spätestens zum 31. Mai des laufenden Jahres eingegangen sein.

GRPG

PharmaRundschau, März 2010

Rabattverträge - wie lange noch?

von Apothekerin Herta Bellenbaum

Mit dem GKV-WSG im Jahre 2007 schuf der Gesetzgeber den maßgeblichen Anreiz zum Abschluss von Rabattverträgen. Von diesem Zeitpunkt an mussten die Apotheken bevorzugt rabattierte Arzneimittel abgeben, seither boomen die Verträge.

Ob dies auch in den nächsten Jahren so bleiben wird, bezweifelte Dr. Peter Blees, Director Market Access & Gesundheitspolitik bei der Merck Pharma GmbH, Darmstadt, auf einem Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in München.

In seinem Vortrag ging er der Frage nach, ob Rabattverträge eine Wettbewerbsbremse oder ein Stück mehr Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt bedeuten. Und da das Instrument der Rabattverträge von seinem Vorredner Dr. Christopher Hermann, AOK Baden-Württemberg, Stuttgart, vehement verteidigt und als „*erster Schritt innovativer Gestaltung*“ gepriesen worden war, erwartete man die Ausführungen von Dr. Blees mit Spannung.

Eingeschränkter Wettbewerb

Zunächst ließ Dr. Blees die Anfänge der Rabattverträge Revue passieren. Diese waren zu Beginn fast ausschließlich für die Generikasperte abgeschlossen worden. Erst später folgten dann auch Verträge im patentgeschützten Arzneimittelbereich. Heute sind über 60 Prozent der Generika und 12 Prozent der patentgeschützten Arzneimittel - hier bevorzugt Insulinanaloge und Interferone - rabattiert.

Bald schon versuchten einige Krankenkassen, bei Rabattverträgen im generischen Bereich Vertragsgemeinschaften zu bilden, um von den Herstellern vorteilhaftere Konditionen zu erhalten. Besonders hervorzuheben hat sich dabei das AOK-System mit einem Marktanteil von über 35 Prozent im generikafähigen Arzneimittelsektor. Diese einseitige Marktmacht führte zu Gegenreaktionen von Seiten der Generikahersteller. Am Ende zahlreicher juristischer Klageverfahren wurde der gesamte generische Bereich im Sinne des öffentlichen Vergaberechts als ausschreibungspflichtig erklärt. Dadurch wurde die vom Gesetzgeber geplante Stärkung des Wettbewerbs zwischen Krankenkassen einerseits und Arzneimittelherstellern andererseits stark eingeschränkt.

Kaum noch Spielraum

Heute steht den Herstellern nach Auffassung von Dr. Blees eine sehr einseitige Marktmacht der Krankenkassen gegenüber, die aufgrund des Vergaberechts nur mehr wirkstoffspezifische Rabattverträge ausschreiben, die kaum noch Spielraum lassen für den erwünschten Wettbewerb um bessere Versorgungskonzepte bei der Arzneimitteltherapie.

Da der Gesetzgeber bisher die stringente Einführung des Kartell- und Wettbewerbsrechts in das Sozialgesetz abgelehnt hat, kann von einem Wettbewerb zu gleichen Bedingungen nicht die Rede sein. Die Nachfrageseite tritt als Nachfragemacht auf und somit werden die Ausschreibungsbedingungen für die Arzneimittelhersteller immer ruinöser. Daher fordern diese die uneingeschränkte Geltung des Kartell- und Wettbewerbsrechts bei Rabattverträgen für aut-idem-substitutionsfähige Arzneimittel.

Rabattverträge als Kooperationsverträge

Im patentgeschützten Arzneimittelsektor werden Rabattverträge zurzeit aufgrund widersprüchlicher Gerichtsurteile noch frei verhandelt. Dabei kommt es zu Kooperationsverträgen mit verschiedenartiger Ausgestaltung. Hier einige Beispiele: Cost-

Sharing-Verträge (Rabattverträge + Kosten-Kappungsgrenzen), Risk-Sharing-Verträge (Rabattverträge + Outcome), Benefit-Sharing-Verträge (Rabattverträge + Service), Value-Added-Verträge (Rabattverträge + Therapie-Supplement). Es gibt momentan also keinen Vertrag Arzneimittelhersteller/GKV ohne Rabatte.

Falls es zu einer Ausschreibungspflicht im patentgeschützten Bereich kommen sollte, so werden diese Kooperationsverträge zu reinen Rabattverträgen und damit die Chancen zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität vergeben. Eine Ausweitung der Festbetragsregelung auf patentgeschützte Arzneimittel würde ebenfalls das Aus für die Kooperationsverträge bedeuten.

Ein mögliches Ende

Das Fazit der Ausführungen von Dr. Blees lautet: Mit den direkten Verträgen nach § 130 a SGB V ist es nicht gelungen, einen Wettbewerb auf allen Ebenen zu gestalten. Die fehlende und bei großen Teilen der GKV auf Ablehnung stoßende Einführung des Wettbewerbs- und Kartellrechts in das Sozialgesetz erschwert einen echten Wettbewerb. Langfristig führen Tender zu Oligopolbildung auf Anbieterseite im generischen Segment. Das Nebeneinander von Rabattverträgen und gesetzlichen Regulativen, wie etwa die Festbetragsregelung, führt mittelfristig zur Abschaffung des einen oder anderen Modells. Anzunehmen ist, dass die Rabattverträge dabei auf der Strecke bleiben.

Im patentgeschützten Bereich wird es sehr schwer sein, Kooperationsverträge abzuschließen, die zu einer wirklichen Verbesserung der Versorgung führen. Es ist zu befürchten, dass solche Kooperationsverträge über kurz oder lang auch der Ausschreibungspflicht unterliegen werden und damit zu reinen Rabattverträgen „verkommen“. Damit ist wohl gemeint, dass das, was heute boomt und von den GKVen als Kosteneinsparmodell hoch gelobt wird, in absehbarer Zeit schon wieder verschwunden oder einem anderen Modellversuch gewichen sein kann.

Quelle: „Chancen und Risiken für den Arzneimittelmarkt ab 2010“, Wissenschaftliches Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. (GRPG), 15. Januar 2010, München

PharmaRundschau, März 2010

Wo liegen die Chancen? Kooperationen und ihre Angebote

von Apothekerin Barbara Frank

Anlässlich eines wissenschaftlichen Symposiums der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in München stand auch das Thema Apothekenkooperationen auf der Tagesordnung und zur Diskussion.

Im Rahmen der Betrachtungen über den Arzneimittelmarkt, seine Chancen und Risiken ab 2010, wurde auch ein Umbruch in der Arzneimitteldistribution als Zukunftsszenario angedacht und die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung aus Sicht der Apotheker thematisiert.

Veränderte Voraussetzungen

Durch die Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln wurde die Position der Einzelapotheke vor Ort geschwächt, die Aufhebung der Preisbindung bei OTC-Arzneimitteln tat ein Übriges. Trotz des weiterbestehenden Fremdbesitzverbotes und des auf vier Apotheken eingeschränkten Mehrbesitzes treten weitere Branchen wie Drogeriemärkte, Reformhäuser und Lebensmittelketten als Konkurrenz im Arzneimittelmarkt weiterhin in Erscheinung.

Die täglichen Einzelentscheidungen des Apothekeninhabers, betreffend Einkauf, Sortimentsgestaltung und Marketing, die Regulierung der Finanzen und aller innerbetrieblichen Abläufe, nehmen viel Zeit in Anspruch. Und so kam es zu ersten Zusammenschlüssen in Apothekenkooperationen, oft gegründet von Pharma-Großhandlungen.

Wie sich die Bilder gleichen

Die Angebote der verschiedenen, mittlerweile über 40 Apothekenkooperationen in Deutschland, beziehen sich meist auf Einkauf, Eigenmarken, Werbemaßnahmen, Kundenbindungsprogramme und Ähnliches. Diese Konzepte sind von außen betrachtet in der Regel austauschbar und unterscheiden sich nur unwesentlich voneinander.

Da ist nach Ansicht des Referenten, Apotheker Thomas von Künsberg Sarre, eine Dachmarke zur Differenzierung der einzelnen Kooperationskonzepte sehr hilfreich, zumal wenn sie einen gewissen Bekanntheitsgrad in der öffentlichen Wahrnehmung hat. Aus diesen Überlegungen heraus ist der Inhaber von vier Apotheken im Raum Stuttgart wohl auch seit Mitte 2009 verantwortlich für den Auf- und Ausbau des Vor-Ort-Geschäftes von DocMorris.

Dachmarkenkonzepte

Mit der Feststellung, dass die bekannteste Dachmarke in der Apothekenbranche das DocMorris-Konzept ist, hat von Künsberg Sarre sicher recht. Aber seine weiteren Ausführungen sind allzu sehr geprägt von der Überzeugung der Qualitäten dieses Konzeptes, das seiner Ansicht nach nicht nur gut, sondern hervorragend ist.

Wenn wir dies einmal dahingestellt sein lassen, so muss festgehalten werden, dass eine wie auch immer bekannt gewordene Dachmarke, die beim Verbraucher und Kunden einen hohen Wiedererkennungswert besitzt, von großem Vorteil ist. Dies gilt auch für die Dachmarke LINDA, die im Bewusstsein der Verbraucher an zweiter Stelle steht. Auch die easyApotheken sind auf dem Weg dorthin.

Eine Zusammenführung unabhängiger Apothekenkooperationen in einem Dachverband, wie dies der Bundesverband der Apotheken-Kooperationen BVDK versucht, wird dagegen in der Öffentlichkeit - zumindest bisher - kaum wahrgenommen.

Dass sich die Eigenschaften, die der Verbraucher den Apotheken zubilligt, wie Kompetenz in der Arzneimittelberatung und Vertrauen in den guten Service, auf die gesamte Dachmarke übertragen, ist unbestritten.

Die Kunden wählen die Apotheke

Nach Ansicht von Künsberg Sarre sind die Ansprüche und Erwartungen der Kunden durch einen besseren Informationsstand über Krankheiten und Arzneimittel gewachsen. Neben dem Preisvergleich rücken Serviceleistungen, wie etwa Lieferung von Arzneimitteln, gute Beratung, Dienstbereitschaft und anderes, sowie das Ambiente der Apotheken immer mehr ins Blickfeld. Eine bestmögliche Erfüllung der Kundenwünsche ist ein Baustein zum Erfolg einer Apotheke. Dass dies auch außerhalb von Apothekenkooperationen einer Individualapotheken gelingen kann, soll hier ausdrücklich betont werden. Es kommt auf die Entscheidung des Apothekers an, welches Konzept und welche Vertriebsform er für sich wählt.

Andere Sichtweise

Aus einem anderen Blickwinkel heraus sieht Prof. Dr. Martin-Schulz, Geschäftsführer Arzneimittel der ABDA, die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung. In seinem Vortrag benennt er die Herausforderungen der Zukunft aus Sicht der Apothekerschaft, so die steigenden Arzneimittelausgaben, bedingt durch eine immer älter werdende Bevölkerung, den Arzneimittel-Versandhandel mit all seinen Auswüchsen wie die Pick-up-Stellen und damit einhergehend eine Trivialisierung des Arzneimittels.

Neue Versorgungswege, ein zunehmender Switch von Verschreibungspflicht zu Apothekenpflicht und von dort zu weiteren Ebenen führt zu der Forderung, die uneingeschränkte Apothekenpflicht für alle Arzneimittel wieder sicherzustellen.

Prof. Schulz stellt fest, dass um die Apothekenkooperationen viel Wirbel veranstaltet wird, sodass es auch vorkomme, dass manche Apotheke sich nicht nur einer, sondern in zwei oder drei Kooperationen engagiere; aber eine Lösung der anstehenden Herausforderungen sei dadurch nicht gewährleistet.

Dagegen plädiert er dafür, die Arzt/Apotheker-Kooperationen vor Ort zu intensivieren und zu institutionalisieren. Er verweist auf die Notwendigkeit patientennaher pharmazeutischer Dienstleistungen durch den Apotheker, wodurch eine Erhöhung der Arzneimitteltherapiesicherheit möglich wird.

Für die Selbstmedikation verlangt Prof. Schulz, dass diese nicht über den Versandhandel, sondern durch „die Apotheke an der Ecke“ mit entsprechender Beratung durchgeführt wird. Dies liege allerdings in der Eigenverantwortung jedes Einzelnen, da ja diese Arzneimittel zu 100 Prozent aus eigener Tasche bezahlt werden.

Prof. Schulz weist noch einmal darauf hin, dass die Apotheker als freie Heilberufler in erster Linie dem Wohl ihrer Kunden und Patienten verpflichtet sind und sich in ihren Entscheidungen nicht von Dritten fremdbestimmen lassen dürfen. Diese Überlegung muss sich auch auf die Wahl eines Zusammenschlusses auswirken.

Quelle: „Chancen und Risiken für den Arzneimittelmarkt ab 2010“, Wissenschaftliches Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen e.V. (GRPG), 15. Januar 2010, München

Ärzte Zeitung, 1. Dezember 2010

Öffnungsklausel ist für PKV ein K.o.-Kriterium

An direkten Verträgen zwischen privaten Krankenversicherungen und Ärzten führt kein Weg vorbei, sagt DKV-Vorstand Dr. Hans Josef Pick. Doch diese Öffnungsklauseln sind bei der GOÄ-Reform heiß umstritten.

Von Ilse Schlingensiepen

KÖLN. Ohne eine Öffnungsklausel in den Gebührenordnungen für Ärzte und Zahnärzte haben die privaten Krankenversicherer zu wenig Möglichkeiten, die Versorgung ihrer Versicherten zu steuern und aktiv mitzugestalten. Davon geht Dr. Hans Josef Pick aus, Vorstand der Deutschen Krankenversicherung (DKV). „Direkte Verträge mit den Leistungserbringern sind für uns alternativlos“, sagte Pick auf einem wissenschaftlichen Symposium der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen in Köln.

Die Reform der GOÄ und der GOZ sei mehr als überfällig, sagte er. Ein Ziel müssten dabei freiwillige Vereinbarungen zwischen Leistungserbringern und Versicherern sein. „Wir wollen innovative Ansätze der medizinischen Versorgung kompatibel machen mit der ärztlichen Vergütung.“ Das solle möglichst im Konsens mit der Ärzteschaft erfolgen.

Die DKV setze auf die Verzahnung von Versicherung und Versorgung, sagte Pick. Dies sei seit Mitte 1994 möglich, als die strenge Regulierung der Versicherungswirtschaft zu Ende ging. „Bis dahin haben die Versicherer lediglich versucht, die Kosten durch die Deckelung der GOÄ-Höchstsätze in den Griff zu bekommen.“

Als einen wichtigen Schritt der PKV weg vom reinen Kostenerstatter bezeichnete der DKV-Vorstand den ersten Hausarzttarif, den 1995 der Konkurrent Colonia Krankenversicherung - heute Axa Kranken - seinen Versicherten angeboten hatte. Damit habe es erstmals in der PKV eine indirekte Steuerung der Kunden gegeben. „Besser für die Versicherer wäre es, wenn sie die Versicherten direkt steuern könnten.“

Einen gewissen Einfluss auf die Versorgung könne die DKV bei der stationären Behandlung ihrer Kunden in den gemischten Anstalten nehmen. Bei Kliniken, die außer der Heilbehandlung auch Kuren oder Sanatoriumsleistungen anbieten, brauchen die Versicherten vorab eine Genehmigung. Hier kooperiert das Unternehmen mit einigen Häusern, ebenso mit Anbietern von Hilfsmitteln.

„Das funktioniert nur, wenn es um eine gute Qualität geht.“ Steht allein die Kostensenkung im Vordergrund, akzeptieren die Kunden die Steuerung durch den Versicherer nicht, berichtete Pick. Die DKV arbeitet auch bei der Psychotherapie mit einem Zusagevorbehalt. So stelle sie sicher, dass die Versicherten nur zu qualifizierten Therapeuten gehen, die anerkannte Richtlinienverfahren anbieten. „Dadurch wird das schwierige Feld der Psychotherapie für uns versicherungstechnisch beherrschbar“, so Pick.

Auch der Aufbau von Zahnarzt- und Arztnetzen ist für ihn ein wichtiges Element der von der DKV verfolgten Verzahnung von Versorgung und Versicherung. „Hier sehe ich für unser Haus noch weitere Ausbaumöglichkeiten“, erläuterte Pick. Dabei setze die DKV auf die Zusammenarbeit mit qualitätsorientierten Leistungsanbietern.

Medical Tribune, 3. Dezember 2010

Zumindest das BMG erwartet mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen

„Die Reform kommt leise, aber wirksam“

Köln – Stärken Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz und GKV-Finanzierungsgesetz den Wettbewerb im Gesundheitswesen? Der Hausärzteverband meint „Nein“ – und sieht Zustände wie bei Stuttgart 21 auf die Politik zukommen.

Zumindest der Wettbewerb der Bürokratie könnte künftig intensiver werden, spöttelte DR. MAXIMILIAN GASSNER, Chef des Bundesversicherungsamtes, auf einer Veranstaltung der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen (GRPG) in Köln. Denn ab 2011 wirft auch noch das Bundeskartellamt ein Auge auf die Krankenkassen. Es interessiert sich für Verstöße gegen das Verbot wettbewerbsbeschränkender Vereinbarungen. Das betrifft laut BVA-Chef Arzneimittelrabattverträge und die Ausschreibung von Hilfsmittelverträgen, nicht jedoch den Kollektivvertrag mit der KV oder die hausarztzentrierte Versorgung.

Dr. Gaßner gibt zu, dass das Bundeskartellamt schärfere Waffen als seine Behörde hat. Zu beachten sei allerdings, dass Krankenkassen in ihrem Rechtsverhältnis zu anderen Kassen, Versicherten und Leistungserbringern weiterhin keine Unternehmen im Sinne des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen seien und auch nicht dem europäischen Kartellrecht unterlägen. Das heißt: Verträge, zu denen Krankenkassen gesetzlich verpflichtet sind („öffentlicher Auftrag“), fallen nicht unter das allgemeine Kartellverbot und das Vergaberecht.

Zusatzbeiträge sollen als Preissignale wirken

„Diese Reform kommt leise, aber wirksam“, verspricht Christian Weber, seit Februar dieses Jahres BMG-Abteilungsleiter für Grundsatzfragen der Gesundheitspolitik, davor stellvertretender Verbandsdirektor des PKV-Verbandes. Er meint damit vor allem die Finanzierung der künftigen GKV-Ausgabenwüchse über Zusatzbeiträge, die zudem für Preiswettbewerb zwischen den gesetzlichen Kassen sorgen sollen. Jetzt fehlten noch weitere Gestaltungsmöglichkeiten für die Kassen, sich bei den Leistungen zu unterscheiden. Hier will die Regierung mit den weiteren Gesetzesänderungen nachlegen, kündigte Weber an.

Mehr Wettbewerb? Professor Dr. Klaus-Dieter Kossow kann das im Fall des § 73b SGB V nicht bestätigen. Der Ehrenpräsident des Deutschen Hausärzteverbandes nutzte die Gelegenheit bei der GRPG-Veranstaltung, aus dem Auditorium heraus die Referenten zur Rede zu stellen. Die Neuregelung des GKV-FinG, die Honorare in künftigen HzV-Verträgen auf KV-Niveau zu begrenzen, sofern nicht höhere Vergütungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen gegenfinanziert werden, störe den Vertragswettbewerb zwischen der KV und den Nicht-KVAnbietern wie Ärztenverbänden und Managementgesellschaften.

Es sei auch ungerecht, dass nun Kassen in den Vorteil des umformulierten § 73b kämen, die sich bei den Hausarztverträgen als Verzögerer betätigt hätten. Prof. Kossow erklärte, dass das BMG mit der Gesetzesänderung eine Radikalisierung von Leistungserbringern bewirke (siehe Ausstiegsszenario in Bayern auf S. 18). Er sieht eine Parallele zum Bahnprojekt Stuttgart 21, bei dem „Wutbürger“ nächstes Jahr vielleicht die Wiederwahl der schwarz-gelben Landesregierung verhindern.

Arzneimittelausgaben: PKV erhält auch Rabatt

Weber stimmte zwar zu, dass der § 73b kein Vorbild für Wettbewerb sei – meinte das aber ganz anders, nämlich in dem Sinne, dass sich die Krankenkassen weiterhin ihren HzV-Vertragspartner nicht aussuchen können, da die Vorgaben (Mandat von 50 % der Allgemeinärzte einer KV-Region) unverändert bleiben. Die Verpflichtung zum Vertrag (notfalls via Schiedsmann) sei kein Wettbewerb. Deshalb müssten sich die Hausarztverträge auch daran messen lassen, dass sie nicht teurer als alternative Versorgungsangebote (also die Regelversorgung) sind. Beim Thema Wettbewerb zwischen GKV und PKV hielt sich der BMG-Vertreter zurück. Die PKV profitiert von den beiden Gesetzen u.a. durch die Absenkung der Wartefrist von drei Jahren auf ein

Jahr, wenn freiwillig GKV-Versicherte in die PKV wechseln möchten. Sie kommt auch in den Genuss der künftigen Erstattungsbeträge für neue Wirkstoffe nach früher Nutzenbewertung. Bei den Wahlтарifen, mit denen die gesetzlichen Kassen Besserverdienende eventuell vor einem Wechsel abhalten konnten, wurde ebenfalls die Bindungsfrist von drei Jahre auf ein Jahr verkürzt (Ausnahmen: Krankengeld- und Selbstbehalttarife). Bei der Kooperation GKV/PKV – Stichwort: Zusatzversicherungen – sieht Weber noch Diskussionsbedarf. Und bei den Reformprojekten für die laufende Legislaturperiode zählte er u.a. die GOÄ auf. *Michael Reischmann*