

ersatzkasse report.



IN DIESER AUSGABE ARZNEIMITTELAUSGABEN in Zeiten der Nutzenbewertung | INTERVIEW mit Vizepräsident der ABDA | NEUE VERTRÄGE bei der ambulanten Versorgung

SACHSEN-ANHALT

VERBAND DER ERSATZKASSEN . FEBRUAR 2013

PRÄVENTION

Im Interesse der Gesundheit

GRAFIK 0058



In einem „Letter of Intent“ haben sich der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) und der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) auf gemeinsame Ziele und verstärkte Kooperation im Rahmen der Primärprävention gemäß § 20 Abs. 1 SGB V verständigt.

Beide Partner unterstreichen die Notwendigkeit von Bewegung als wichtige Voraussetzung, um gesund zu bleiben. Daher betrachten sie die Motivation der Menschen zu einem bewegten und gesundheitsbewussten Lebensstil – auch vor dem Hintergrund steigender Kosten im Gesundheitswesen – als ein bedeutsames gesellschaftliches Zukunftsthema. Mit dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ werden jene angesprochen, die gezielt etwas für ihre Gesundheit tun wollen. Seit mehreren Jahren arbeiten die Ersatzkassen mit dem LSB in Sachsen-Anhalt unter diesem Qualitätssiegel bereits eng zusammen.

ARZNEIMITTEL

Arzneimittelausgaben und das Arzneimarktneuordnungsgesetz

Das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) bringt ökonomisches Kalkül in das Zulassungsverfahren für neue Medikamente. Die gesetzliche Krankenversicherung soll den Pharmaherstellern nun auf Augenhöhe bei der Bewertung und der Preisgestaltung begegnen. Die aktuellen Einsparungen im Arzneimittelbereich haben mit diesen neuen Regeln allerdings noch nichts zu tun.

Die Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind erstmalig seit 2004 rückläufig. Das geht aus dem vom Bundesministerium für Gesundheit veröffentlichten Jahresbericht 2011 hervor. Demnach reduzierten sich die Ausgaben gegenüber dem Vorjahr um 1,17 Mrd. auf 30,87 Mrd. Euro (vgl. Grafik Seite 2).

Nach dem seit 1985 jährlich erscheinenden Arzneverordnungs-Report könnte diese Ausgabensenkung bei Arzneimitteln allerdings noch deutlicher ausfallen. Allein bei Generika, Analogpräparaten und umstrittenen Arzneimitteln beziffert man weitere Einsparmöglichkeiten von mehr als 3,1 Mrd. Euro, das wären immerhin rund 10 Prozent des derzeitigen Ausgabenbereiches.

Die oben genannte Kostensenkung ist auf einen massiven Eingriff des Gesetzgebers auf die Arzneimittelpreise zurückzuführen. Mit dem GKV-Änderungsgesetz wurden die gesetzlichen Abschläge bei Nichtfestbetragsarzneimitteln für die Zeit

vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 von 6 auf 16 Prozent erhöht und zusätzlich ein Preisstopp eingeführt. Daraus folgt jedoch keine Nachhaltigkeit in der Kostendämpfung.

Bereits erste Hochrechnungen von einzelnen Ersatzkassen für die ersten drei Quartale 2012 beschreiben die „erfreulichen“ Ergebnisse aus dem Jahr 2011 lediglich als kurzfristiges Phänomen. Auch deshalb sollte nach Ansicht der Ersatzkassen die Nutzenbewertung von patentgeschützten Arzneimitteln, die sich bereits im Markt befinden, deutlich forciert werden.

Die AMNOG – Ziele und Instrumente

Die Erwartungen an das Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG) sind hoch: Die frühe Nutzenbewertung bei neuen Arzneimitteln soll nachhaltig zur Senkung der deutschen Arzneimittelpreise im patentgeschützten Marktsegment beitragen. Der Gemeinsame Bundesausschuss

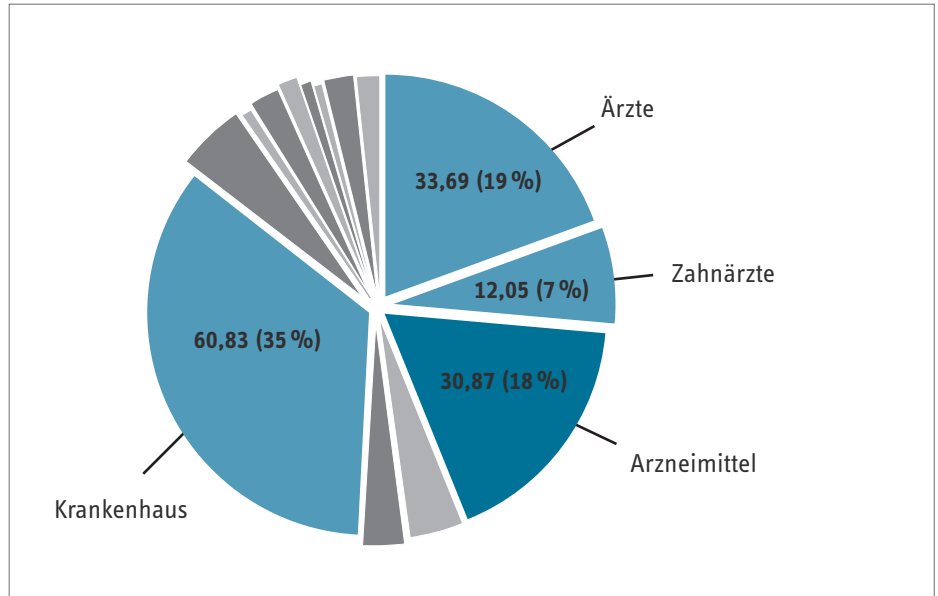


Recht und Gerechtigkeit



von
DR. KLAUS HOLST
Leiter der
vdek-Landesvertretung
Sachsen-Anhalt

Die gesetzliche Krankenversicherung möchte ihren Versicherten die bestmögliche Versorgung mit Gesundheitsdienstleistungen bieten. Dieses Anliegen steht im Einklang mit den Zielen der Leistungserbringer, denen das Patientenwohl genauso am Herzen liegt, zum Beispiel auch den Apotheken und Pharmaherstellern. Diese bestmögliche Versorgung kann allerdings nur in dem Umfang bezahlt werden, wie Geld von den Mitgliedern der Krankenversicherungen zur Verfügung steht. Die rechtlichen Regelungen sehen vor, dass die Mittelverwendung wirtschaftlich zu erfolgen hat. Konkret schreibt etwa das AMNOG vor, dass neue Medikamente einen echten Zusatznutzen aufweisen müssen und das deren Vergütung daraufhin von Herstellern und dem Spitzenverband auszuhandeln ist. Eine einseitige Preisvorgabe seitens der Hersteller gibt es nicht mehr. Das kann man als ungerecht empfinden, denn mancher Forschungsaufwand, manches Medikament und Teile aus den Folgen risikoreicher Finanzentscheidungen werden nun nicht mehr kostendeckend bezahlt. Andererseits bringt das neue Recht die Beteiligten in eine größere finanzielle Verantwortung, sodass künftig ein verantwortlicherer Umgang mit den knappen finanziellen Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu erwarten ist.



QUELLE: BMG, eigenen Berechnungen; Angaben in Milliarden EURO bzw. Prozent

(G-BA) und das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sind für die Umsetzung dieses Teils des 2011 in Kraft getretenen Gesetzes verantwortlich. Der G-BA bewertet innerhalb von drei Monaten nach Marktzulassung eines neuen Arzneimittels, ob ein Zusatznutzen gegenüber einer zweckmäßigen Vergleichstherapie anerkannt werden kann. Seitens des Herstellers ist ein aussagefähiges Dossier (enthält alle Zulassungsunterlagen sowie alle Studien zu dem Arzneimittel, die einen Zusatznutzen des Medikaments im Vergleich zu einer vom G-BA bestimmten zweckmäßigen Vergleichstherapie belegen müssen) dem G-BA vorzulegen. Dieser kann das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) oder Dritte mit der Nutzenbewertung beauftragen. Nach weiteren drei Monaten trifft der G-BA einen Beschluss auf Basis der Nutzenbewertung und der eingegangenen Stellungnahmen, der vor allem Aussagen über

- das Ausmaß des Zusatznutzens;
- über die zur Behandlung in Frage kommenden Patientengruppen;
- über Anforderungen an eine qualitätsgesicherte Anwendung und
- über die Therapiekosten des Arzneimittels enthält.

Mit diesem Beschluss, entscheidet der G-BA damit auch über das weitere Verfahren zur Preisfindung für das neue Medikament:

- Bei Arzneimitteln mit erwiesenem Zusatznutzen verhandeln der GKV-Spitzenverband und das jeweilige pharmazeutische Unternehmen innerhalb von sechs Monaten einen Erstattungsbetrag für die gesetzliche Krankenversicherung als Rabatt auf den ursprünglichen, durch das Unternehmen selbst festgelegten Abgabepreis. Kommt es im oben genannten Zeitraum zu keiner Einigung in der Verhandlung, muss eine Schiedskommission den Erstattungsbetrag festsetzen. Maßstab soll dabei das europäische Preisniveau sein.
- Bei Arzneimitteln, die gegenüber der zweckmäßigen Vergleichstherapie, keinen Zusatznutzen aufweisen, werden nach Markteinführung innerhalb von sechs Monaten in das Festbetragsystem überführt.
- Bei Arzneimitteln ohne Zusatznutzen, die keiner Festbetragsgruppe zugeordnet werden können, wird ebenfalls ein Erstattungsbetrag vereinbart, bei dem die Jahrestherapiekosten jedoch nicht höher sind als bei der zweckmäßigen Vergleichstherapie.

AMNOG – Erste Erfahrungen

Seit Einführung wurden über 50 Bewertungsverfahren eröffnet und mit Stand Ende Januar 2013 29 fristgerecht abgeschlossen. Insgesamt wurde für 8 Arzneimittel kein Zusatznutzen ermittelt. Vier Präparate wurden daraufhin wieder vom deutschen Markt genommen.

Die Ausdehnung der Nutzenbewertung auf den Bestandsmarkt erfolgte, als der G-BA eine erste Arzneimittelgruppe für die Nutzenbewertung aufgerufen hatte. Es handelt sich um die Gliptine zur Behandlung des Diabetes mit Nettokosten von 368 Mio. Euro, die im Wettbewerb mit dem bereits bewerteten Linagliptin (Trajenta®) stehen.

Folgen der Ökonomisierung

Der Gesetzgeber verschärft mit dem AMNOG die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Platzierung innovativer Arzneimittel auf dem deutschen Markt. Das AMNOG „erschwert“ den Marktzugang bzw. sorgt durch eine stringente Nutzenbewertung an Referenzprodukten zudem für einen gerechteren Marktzugang. Ursächlich

dafür ist die Tatsache, dass die Produktqualität bzw. die Produktinnovation nach einem transparenten Verfahren bestimmt wird und erwartete Gewinne aus Patentmonopolen sich in Relation zum Mehrwert für den Patienten ausrichten. Die Möglichkeit, dass die gesetzlichen Krankenkassen mit der Pharmaindustrie über den Einführungspreis des betreffenden Medikamentes verhandeln können, sei nochmals positiv hervorgehoben.

Eine Güterabwägung

Es gibt aber auch innerhalb der Nutzenbewertung gewisse Unschärfen: Zurzeit „tobt“ zum Beispiel bei der Nutzenbewertung der Gliptine zur Behandlung des Diabetes eine wissenschaftliche Grundsatzdiskussion mit noch offenem Ausgang (hier ist im Übrigen eine zweite Nutzenbewertung noch nicht abgeschlossen).

In diesem Fall kann es nun passieren, dass ausländische Märkte mit leichterem Zutritt und höheren Gewinnaussichten jetzt früher mit neuen Arzneimitteln beliefert werden und damit Patienten zuerst im Ausland von Innovationen aus Deutschland profitieren.

Die Frage ist, ob dieser Effekt die Einsparungen, die der Gesetzgeber mit dem AMNOG prognostiziert, überwiegt. Solche Einsparungen in Milliardenhöhe tragen dazu bei, dass Druck auf Zuzahlungen für Medikamente genommen wird. Wei-

»Erste Herstellerreaktionen zeigen, dass in diesen Fällen betroffene Produkte in Deutschland eher vom Markt genommen bzw. gar nicht erst eingeführt werden, als dass die Hersteller einen solchen Preisverfall akzeptieren würden.«

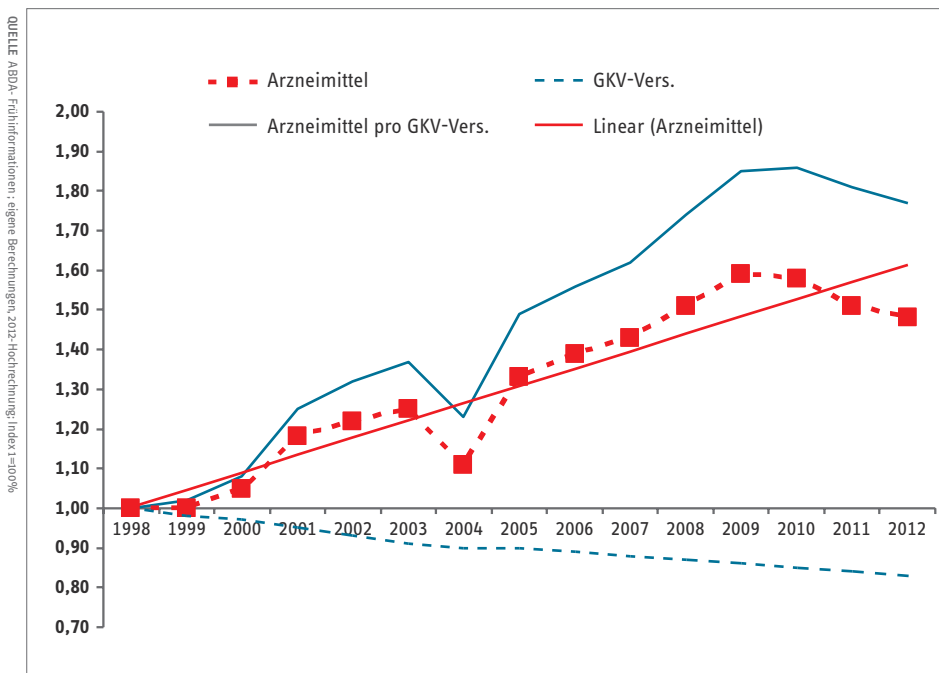
Hans-Holger Bleiß, IGES Institut

ter ist davon auszugehen, dass das neue Zulassungsverfahren signifikant mehr Produktsicherheit für die Versicherten in Deutschland bietet. Medikamente, die zunächst andernorts eingeführt werden, liefern Erfahrungen in der Anwendung, die in die Nutzenbewertung gem. AMNOG einfließen können.

Bei einer stringenten Umsetzung des AMNOG prognostiziert der Gesetzgeber ein Einsparpotenzial von etwas mehr als 2 Mrd. Euro. Davon ist man zum jetzigen Zeitpunkt noch deutlich entfernt. Aus finanziellen und ökonomischen Gründen scheint es insofern sachgerecht, die Nutzenbewertung zielgerichtet und schnell auf den Bestandsmarkt auszudehnen.

Die für Deutschland ermittelte Kostensenkung im Arzneimittelsektor, die eingangs beschrieben wurde, wird durch das GKV-Änderungsgesetz leider nur befristet. Denn die gesetzlichen Abschläge bei Nichtfestbetragsarzneimitteln sind lediglich für die Zeit vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013 von 6 auf 16 Prozent erhöht und der genannte Preisstopp ist ebenfalls auf diesen Zeitraum begrenzt. Deshalb ist davon auszugehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung ab 2014 – wenigstens im Arzneimittelbereich – wieder finanziell schweren Zeiten entgegenseht. ■

TROTZ DER AUSGABENRÜCKGÄNGE AB 2010 – DER WACHSTUMSTREND IST EINDEUTIG!



DIE ENTWICKLUNG DER ARZNEIMITTELAUSGABEN in Sachsen-Anhalt von 1998 bis 2012

Mathias Arnold im Interview

Neues Führungsduo in der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA): Als Präsident wurde Friedemann Schmidt (Sachsen) gewählt, sein „Vize“ wurde Mathias Arnold, Apotheker aus Halle an der Saale.

vdek: Unsere Gratulation zur neuen, ehrenamtlichen Funktion. Worin sehen Sie Ihre Hauptaufgaben im neuen Amt?

Mathias Arnold: Vielen Dank für die guten Wünsche. Die Aufgaben, die vor uns Apothekern liegen, unterscheiden sich nicht grundsätzlich von denen der anderen Leistungserbringer im Gesundheitssystem. Die demografischen Entwicklungen werden einhergehen mit tiefeschürfenden Veränderungen bezüglich der altersmäßigen Zusammensetzung der Bevölkerung, aber auch mit der Häufigkeit von bestimmten Erkrankungen. Dazu kommen teilweise dramatische Veränderungen in der regionalen Bevölkerungsverteilung. Wir müssen Lösungen finden, wie es auch in Zukunft möglich sein wird, einen wohnartnahen und diskriminierungsfreien Zugang zu medizinischen Leistungen auf dem bisherigen hohen Niveau sicherzustellen – und dazu gehört selbstverständlich auch die Versorgung mit Arzneimitteln.

Natürlich darf man dabei auch die Effizienz der Arzneimitteltherapie nicht vergessen. Die Apotheken können hier sehr viel mehr Angebote machen als die Bevölkerung „nur“ mit Arzneimitteln zu versorgen. Leider werden die Möglichkeiten der Apotheken zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit noch unzureichend genutzt. Hier müssen alle Beteiligten nach neuen Wegen suchen, um die Vorteile des Arzneimittels als preiswerte und einfach anzuwendende Therapieform besser auszunutzen. Das von uns gemeinsam mit den Ärzten angedachte ABDA-KBV-Konzept weist hier in die richtige Richtung.

vdek: Herr Arnold, wir schätzen Sie als einen äußerst diskussionsfreudigen und konstruktiven Partner aus der Apothekerschaft. Wie ist ihre Position zur Kosten-Nutzenbewertung von Medikamenten? Was läuft richtig, was ist verbesserungswürdig?

MA: Die Kosten-Nutzenbewertung von Arzneimitteln ist ein äußerst komplexes Geschehen. Grundsätzlich ist es im Interesse sowohl der Patienten als auch der Ärzte und Apotheker, dass ein neues Arzneimittel genauestens geprüft und der Nutzen für den einzelnen Patienten mit den Kosten für die Solidargemeinschaft abgewogen wird. Kompliziert wird es immer dann, wenn keine ausreichenden Daten zur Verfügung stehen. Es ist durchaus nicht ungewöhnlich, dass ein neues Arzneimittel sein wahres Potential erst nach einem längeren Anwendungszeitraum zeigt. Das gilt leider im Guten wie im Schlechten, also in der positiven Wirkung genauso wie bei unerwünschten Nebenwirkungen.

Die größte Gefahr liegt in den bestehenden Interessenskonflikten. Die Industrie möchte Innovationen am Markt platzieren, um Forschungskosten auszugleichen und Gewinne zu realisieren. Andererseits möchten die Krankenkassen die Ausgaben für Arzneimittel möglichst gering halten. Dieser Konflikt gilt auch auf der Ebene der Patienten. Für den Einzelnen kann auch ein kleiner Fortschritt oder eine geringfügige Verbesserung der Nebenwirkungen eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität bedeuten, die man in Geld nicht ausdrücken kann. Die Gemeinschaft der Versicherten jedoch hat ein berechtigtes Interesse an möglichst niedrigen



FOTO ABDA

MATHIAS ARNOLD, Vizepräsident der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

Beiträgen und fordert somit eine restriktive Ausgabenpolitik.

Insgesamt sollte die Bewertung immer ergebnisoffen und ideologiefrei erfolgen. Das IQWiG hat hier eine gewaltige Verantwortung zu tragen und darf nicht in dem einen oder anderen Sinne interessengeleitet agieren. Allein eine Formulierung wie „pharmakritisch“ steht einer solchen Einrichtung deshalb nicht gut zu Gesicht. Auch hier sollte die Wissenschaft auf ihrer Unabhängigkeit bestehen und sie auch verteidigen.

vdek: Werden größere Zulassungsprobleme in Deutschland erwartet? Was müsste an Rahmenbedingungen verbessert werden, um neue Produkte in Deutschland schneller zu etablieren?

MA: Die Entwicklung neuer Wirkstoffe, deren Zulassung und Markteinführung sind das originäre Aufgabengebiet der pharmazeutischen Unternehmen und naturgemäß sind dabei Interessenskonflikte mit Zulassungsbehörden möglich. Die öffentlichen Apotheken haben keine Verantwortung in diesem Prozess übernommen, deshalb will ich nicht darüber spekulieren. ■

Gemeinsame Mission erfüllt: Prüfvereinbarung neu justiert

Die Prüfvereinbarung, die Grundlage für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung ist, ist am 1.1.2013 in Kraft getreten. Sie löst die bisherige Prüfvereinbarung ab, die durch zwischenzeitliche Änderungen in Gesetzgebung und Rechtsprechung veraltet war.

Vorangegangen waren langjährige Verhandlungen zwischen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung, an deren Ende man sich nur über einen einzigen Punkt nicht einigen konnte. Über diesen Punkt, die Frage der Praxisbesonderheiten, entschied kurz vor Jahresende das Schiedsamt. Jetzt wird als Praxisbesonderheit, dies sind Mehrkosten, die etwa durch ein atypisches Patientenkontingent bedingt sind, nur noch dasjenige anerkannt und vor der Prüfung aus dem Verordnungsvolumen herausgerechnet, was den Durchschnitt der vergleichbaren Fachgruppe übersteigt. Im Gegenzug wurden dafür Richtgrößen und Ausgabenobergrenzen, die den Umfang der ärztlichen Verordnungen begrenzen sollen, um insgesamt 10 Prozent erhöht.

Mit der neuen Prüfvereinbarung wird auch eine neue Prüfform, die nach Wirkstoffauswahl und -menge, eingeführt. Bei dieser Prüfform trägt der Arzt die Verantwortung für die von ihm im jeweiligen Anwendungsgebiet verordneten Wirkstoffe samt Menge, nicht aber für den Preis. Beibehalten wird die Prüfung der Behandlungs- und Verordnungsweise des Arztes nach Durchschnittswerten.

Aufgrund der neuen Prüfvereinbarung ergeben sich auch geänderte Zuständigkeiten. So wird die Prüfungsstelle künftig die ärztliche Verordnung des Sprechstundenbedarfs, also etwa von Spritzen und Pflastern, prüfen. Die Prüfungsstelle wird in Zukunft auch die Prüfung des sogenannten sonstigen Schadens, dieser entsteht zum Beispiel durch die unzulässige

Verordnung von Leistungen außerhalb der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, übernehmen.

Im Gegenzug übernimmt die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt den Einzug von Regressen aus der Überschreitung individueller Richtgrößen ab dem Prüffahr 2012. Damit haben sie sich darum zu kümmern, dass der Arzt, der seine individuell vereinbarte Richtgröße überschreitet, den darüber hinausgehenden Mehraufwand erstattet. Nicht mehr kümmern wird sich die Kassenärztliche Vereinigung hingegen um die Vollstreckung von Regressen, wenn für den Arzt bei ihr kein Honorarkonto geführt wird. Dies ist zum

Beispiel bei Rentnern oder Ärzten in medizinischen Versorgungszentren der Fall. Die Vollstreckung obliegt nunmehr den Krankenkassen selbst.

Schließlich hatten sich die Vertragspartner darauf verständigt, dass Regresse aus der Prüfung der ärztlichen Behandlungsweise an die Kassenärztliche Vereinigung fließen und nicht den Krankenkassen zugeführt werden.

Mit der neuen Prüfvereinbarung liegt ab dem 1. Januar 2013 eine aktuelle Vereinbarung vor, die zwischenzeitlichen Änderungen in der Gesetzgebung und der Rechtsprechung entsprechend Rechnung trägt. ■

Einigung bei Arzneimittelvereinbarung

Es geht auch ohne Schiedsamt, denn die Arzneimittelvereinbarung 2013 konnte unter den Vertragspartnern auf dem Verhandlungsweg konsentiert werden.

Grundlage dafür war allerdings der Schiedsspruch zur Prüfvereinbarung Wirtschaftlichkeitsprüfung, welcher die Steigerungsraten für die Arzneimittelausgabenobergrenze und die Richtgrößen 2013 vorgab.

Auch für 2013 wurden wieder Verordnungszielquoten vereinbart, bei deren Erreichung die Ärzte von der Wirtschaftlichkeitsprüfung Arzneimittel 2013 befreit werden. Die

Praxisbesonderheiten Arzneimittel wurden ebenfalls im Rahmen des Schiedsamtes zur Prüfvereinbarung Wirtschaftlichkeitsprüfung von den Vertragspartnern überarbeitet und gelten als Anlage 5 und 6 zur Prüfvereinbarung.

Bezüglich der Heilmittelvereinbarung 2013 konnte noch keine Einigung unter den Vertragspartnern erzielt werden. Strittig ist insbesondere die Berechnung der Heilmittelrichtgrößen 2013, was sich auch in anderen Bundesländern als schwierig erweist. Es ist davon auszugehen, dass die Verhandlungen im Februar weitergeführt werden.

Krankenhausrahmenplanung 2013 kommt



FOTO: Tradidesign – Fotolia.com

Im Landeskrankenhausgesetz (2004) ist eine Überprüfung des Krankenhausplanes im zweijährigen Turnus festgeschrieben.

Grundlage für die Aktualisierung des Krankenhausplanes sind gemeinsam zwischen Leistungserbringern, Kostenträgern und dem Sozialministerium, fixierte Rahmenvorgaben bzw. -richtlinien. Gegenwärtig überprüft eine Arbeitsgruppe in Form eines Soll/Ist-Vergleiches die Rahmenvorgaben zur Krankenhausplanung aus dem Jahr 2010. Eine zentrale Aufgabe in den Rahmenvorgaben ist die Bedarfsanalyse anhand der Demografie. Grundlage hierfür ist weiterhin die 5. Bevölkerungsprognose. Aus der Entwicklung von 2008 (dem Basisjahr der Prognose) sind zu 2011 bereits einige Erkenntnisse ableitbar. Die 5. Bevölkerungsprognose des Statistischen Landesamtes Sachsen-Anhalt sagt bis 2025 weitere 350.000 bis 400.000 (ca. 15 Prozent) Einwohnerverluste voraus. Dieser Rückgang wird die Bevölkerungsgruppe der unter 65 Jährigen betreffen, wogegen die Gruppe der über 65 Jährigen zunimmt. Das Verhältnis der 20 bis 65 Jährigen zu dem Rest der Bevölkerung beträgt dann fast 1:1.

Bisher liegen für drei Jahre der Bevölkerungsprognose (2009, 2010 und 2011) bereits die Ist-Daten vor. Für einige Landkreise ist die Abweichung über 3 Jahre jedoch so gering, dass man von Punktlandung sprechen kann. Insgesamt ist die reale Bevölkerungsentwicklung leicht günstiger als erwartet. In Sachsen-Anhalt lebten 2011 demnach fast 10.000 Menschen mehr als prognostiziert. Angesichts der Einwohneranzahl von mehr als 2,3 Mio. Sachsen-Anhaltern ist dies jedoch eine verschwindend geringe Abweichung (0,41 Prozent). Diese Rechenbeispiele zeigen, dass die aktuelle 5. Bevölkerungsprognose eine gesicherte Aussage für die Entwicklungstendenz des Landes liefert. Die Überarbeitung bzw. Fixierung der Rahmenvorgaben kann voraussichtlich noch im ersten Quartal 2013 abgeschlossen werden.

Nach dem bisherigen Stand der Rahmenvorgaben werden nur wenige strukturelle Änderungen aufgenommen. Herauszuheben sind drei Versorgungsbereiche, die der Planungsausschuss besonders intensiv diskutiert: Psychiatrie, Frauen- und Geburten sowie Geriatrie. In der Psychiatrie beschreibt Sachsen-Anhalt – sowohl ambulant als auch stationär – eine Angleichung an das Versorgungsniveau in den alten Bundesländern. Die Versorgung der alten und multimorbiden Patienten ist eine spezielle Herausforderung für die Zukunft.

Die Einschätzungen über den Bedarf für die Versorgung der Hochbetagten gehen auseinander. Der These des letzten Lebensjahres in Krankheit steht der Auffassung von einer längeren Lebenszeit in Krankheit gegenüber. Im Bereich Frauen- und Geburten sind die Klinikbetreiber vor allem selbst gefordert, an Standorten mit weit weniger als 365 Geburten im Jahr einen wirtschaftlichen Betrieb sicherzustellen. ■

Neue Rehabilitationseinrichtung

Im November eröffnete in Sangerhausen eine Tagesklinik für Rehabilitation. In der reha Flex Rehabilitationsklinik Sangerhausen GmbH werden ab sofort Patienten der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Deutschen Rentenversicherung mit muskuloskeletalen Erkrankungen ambulant rehabilitiert. Daneben bietet die Einrichtung auch Leistungen der Physiotherapie und Ergotherapie an.

Honorar Zahnärzte

Die vdek-Landesvertretung konnte mit der kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZV-SA) für die Jahre 2011 und 2012 einen Vergütungsabschluss erzielen. Dabei ist es gelungen die Kosten für den Sprechstundenbedarf der Ersatzkassen in die zahnärztlichen Punktwerte zu implementieren. Durch die gesetzlich vorgegebene Nivellierung der zahnärztlichen Vergütung ab 2013 werden die Forderungen der Ersatzkassen für gleiche Wettbewerbsbedingungen zwischen Primär- und Ersatzkassen umgesetzt.

Landesbasisfallwert 2012 nachjustiert

Die gesetzlichen Krankenkassen und die Landeskrankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt einigten sich bei der Umsetzung der Tarifraten im Landesbasisfallwert 2012. Damit stehen den Krankenhäusern in Sachsen-Anhalt basiswirksam noch zusätzlich rund 9 Mio. Euro mehr zur Verfügung als im Februar 2012 ursprünglich vereinbart. Der neue Landesbasisfallwert gilt ab 1. Dezember 2012.

Verträge für die häusliche Krankenpflege

Gleiche Leistung - gleicher Preis. Unter diesem Motto finden seit Anfang des Jahres mit den Verbänden der Leistungserbringer Gespräche für einen neuen Rahmenvertrag zur häuslichen Krankenpflege (HKP) statt.

Der vdek hat mit der LIGA der freien Wohlfahrtspflege (ohne Diakonie) 2012 einen neuen Rahmenvertrag zur häuslichen Krankenpflege geschlossen. Nur die Landesarbeitsgemeinschaft der privaten Verbände in Sachsen-Anhalt (LAG) tut sich schwer mit dieser Neuregelung, die nicht nur Anforderungen beim Einsatz der Pflegekräfte, sondern auch eine einheitliche Vergütung für die Leistungserbringer im Land vorsieht. Dennoch sollten diese Verbesserungen in der Versorgungsqualität greifen: Durch den Beitritt von rund 10 Prozent der LAG-Mitglieder an den vdek-Vertrag mit der LIGA ist die Versorgung mit Leistungen der HKP in Sachsen-Anhalt schon heute gewährleistet.

Der alte Rahmenvertrag

Der vdek hatte den bisherigen Rahmenvertrag mit der LAG, der noch aus dem Jahr 2001 stammt, mit Wirkung zum 31.12.2012 gekündigt. Zuvor waren viele Einzelfallentscheidungen notwendig geworden, um den aktualisierten rechtlichen Bestimmungen überhaupt noch gerecht werden zu können. So waren etwa die Anerkennungsvoraussetzungen für die verantwortliche Pflegefachkraft (PDL) mit den Änderungen im Rahmen der Altenpflegeausbildung zu einen.

Die Abfolge der Verhandlungen

Die reformierte Altenpflegeausbildung machte Anpassungen in bestehenden Vereinbarungen erforderlich, nicht nur beim



Foto: Gina Sanders - Fotolia.com

vdek, sondern auch bei allen anderen Verbänden. Das Verhandlungsgeschehen im Bereich der häuslichen Krankenpflege hatte schon vor vielen Jahren zu einer Polarisierung unter den Kassenverbänden geführt. So hatten AOK Sachsen-Anhalt und IKK Gesundplus einen neuen Rahmenvertrag bereits gemeinsam verhandelt und eine Vereinbarung mit allen Verbänden der Leistungserbringer abgeschlossen. vdek, Knappschaft, BKK und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau haben sich zusammengetan, um auch Ihre Rahmenverträge einheitlich zu verhandeln. Sie konnten den angepassten Rahmenvertrag mit der LIGA bereits zum 01.01.2012 abschließen. Die LAG und die Diakonie-Mitteldeutschland meldeten dagegen einen Verhandlungsbedarf an, der bis heute offen ist.

Diese Situation ist wesentlich durch die Erwartung eines Preiswettbewerbes verursacht, die eine übergreifende Zusammenarbeit aller Kassenverbände verhindert

und die gleichzeitig die Gespräche mit der LAG so schwierig macht. Die Leistungen der HKP sind Bestandteil des SGB V, also Leistungen der Krankenversicherung. Bei einheitlichen Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds würden deshalb unterschiedliche Vergütungen zu Wettbewerbsverzerrungen zwischen den Kassenarten führen. Die Koalition aus vdek, Knappschaft, BKK und der Sozialversicherung für Landwirtschaft verfolgt vor diesem Hintergrund das Prinzip „gleiches Geld für gleiche Leistung“, um eine solche Preisdiskriminierung zu verhindern.

Dass es auch anders geht, zeigen Beispiele aus anderen Bundesländern: So wurden unter anderem in Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein Rahmenverträge für die Häusliche Krankenpflege kassenartenübergreifend verhandelt und abgeschlossen.

Ziele des vdek

Der vdek strebt an, mit dem neuen Rahmenvertrag die Voraussetzungen für die Zulassung und das Führen eines ambulanten Pflegedienstes sowie dessen Vergütung kassenartenübergreifend zu regeln. Dabei kann es nur um eine Vereinbarung von einheitlichen Versorgungs- und Qualitätskriterien gehen, die auch eine einheitliche Vergütung der Leistungserbringer vorsieht. Denn es handelt sich hier um Leistungen gem. SGB V, deren Finanzierung letztlich aus dem Gesundheitsfonds kommt. Und dieser Fonds kennt gegenüber den Kassenarten nur unterschiedliche Morbidität, aber keine unterschiedlichen Preise. ■

BÜCHER

Gesundheit im Alter

Der Versorgungsreport 2012 beleuchtet das Thema aus verschiedenen Perspektiven und untersucht, was für eine bedarfsgerechte medizinisch-pflegerische und präventive Versorgung im Alter notwendig ist. Die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der demografischen Entwicklung werden ebenso diskutiert wie deren Herausforderungen für die Versorgungsstrukturen. Statistikeil mit nützlichen Daten, zahlreiche Materialien im Internet-Portal zum Herunterladen. Ein umfangreicher Überblick über das brisante Thema Demografie und Gesundheit.



Günster, Klose, Schmacke (Hsg.)
 Versorgungsreport 2012 –
 Schwerpunkt: Gesundheit im
 Alter
 2012, 415 S.,
 € 49,95, Schattauer GmbH,
 Verlag für Medizin und Natur-
 wissenschaften, Stuttgart

Hilfe für Pflegebedürftige

Die Broschüre informiert zum Thema Pflegebedürftigkeit. Wie kann man sich möglichst lange selbst versorgen? Was ist möglich, wenn man etwa nach einem Sturz oder Schlaganfall nicht mehr so viel kann wie vorher? Wenn man fremde Hilfe braucht – wie kann man dennoch eigenständig bleiben und seine Würde behalten? Wie schafft man es, als Pflegebedürftiger seine Angehörigen nicht zu sehr zu belasten? Was kostet die Pflege und wie kann sie finanziert werden? Der Ratgeber zeigt auf, was alles zur Pflege gehört und wo sie geleistet wird – zu Hause oder in einer Einrichtung.



Müller, Hesse und Wenzel
 Pflegebedürftig – Was tun?
 Ein Ratgeber für pflegebe-
 dürftige Menschen und ihre
 Angehörigen
 2011, 64 S., € 4,40
 Verlag C. H. Beck, München

STATISTIK I

Mitgliederzuwachs 2012

FOTO: Marmont Vision – Fotolia.com / vdek



Die Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt haben erneut deutlich an Mitgliedern gewonnen. Mit Stichtag 1.7.2012 wurden insgesamt 680.000 Menschen von den Ersatzkassen in Sachsen-Anhalt versichert. Rund 25.000 Einwohner Sachsen-Anhalts, das ist vergleichbar mit der Einwohnerzahl der alten Hansestadt Gardelegen, fanden im vergangenen Jahr den Weg zu einer der sechs Ersatzkassen. Damit profitiert jeder dritte Einwohner in Sachsen-Anhalt im Krankheitsfall von der erstklassigen Betreuung bei den Ersatzkassen. Im Übrigen: Alle Ersatzkassen konnten ihre Zahlen steigern, das ist umso bemerkenswerter, weil dies entgegen dem Trend rückläufiger Bevölkerungszahlen steht! Auch bundesweit bleiben die sechs Ersatzkassen in 2013 mitgliederstärkste Krankenkassenart. Zum 1. November 2012 waren demnach 25,8 Millionen Versicherte bei den Ersatzkassen versichert. Dies entspricht einem Marktanteil von 37,4 Prozent. Ulrike Elsner, die Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek), betonte auf der Neujahrs-Presskonferenz: „Die Ersatzkassen sind leistungsfähige und attraktive Krankenkassen für die Versicherten.“ Erfreulich ist auch der hohe Anteil an freiwillig versicherten Mitgliedern: 51,4 Prozent aller freiwilligen Mitglieder sind Mitglied in einer Ersatzkasse.

STATISTIK II

Basisdaten 2012/13

FOTO: vdek



Wie haben sich die Ausgaben im ambulanten und stationären Bereich in den letzten fünf Jahren entwickelt? Welche Zuzahlungsregelungen gibt es

2013? Wie viele Menschen erhalten Pflegeleistungen? Diese und viele weitere gesundheitspolitische Daten und Fakten sind der aktuellen Broschüre „vdek-Basisdaten des Gesundheitswesens 2012/2013“, zu entnehmen. In insgesamt fünf Kapiteln (Bevölkerung, Versicherte, Einnahmen/Ausgaben, Versorgung, soziale Pflegeversicherung) werden neben Finanz- und Versichertendaten auch die jeweiligen Leistungserbringerbereiche mit ausführlichen Strukturdaten beleuchtet. Ergänzt werden sie durch Angaben zur Bevölkerung und zum demografischen Wandel sowie durch weitere volkswirtschaftliche Daten.

Downloads: <http://www.vdek.com/presse/daten/index.htm>
 Bestellung der Broschüre unter basisdaten@vdek.com oder
 Fax: 030 / 2 69 31 - 29 15

IMPRESSUM

Herausgeber
 Landesvertretung Sachsen-Anhalt
 des vdek e.V.
 Schleinufer 12, 39104 Magdeburg
Telefon 03 91 / 5 65 16-0
Telefax 03 91 / 5 65 16-30
E-Mail LV_Sachsen-Anhalt@vdek.com
Redaktion Dr. Volker Schmeichel
Verantwortlich Dr. Klaus Holst
Druck Lausitzer Druckhaus GmbH
Gestaltung ressourcenmangel
Grafik schön und middelhaufe
ISSN-Nummer 2193-2174