

Perspektive GKV

Ausgabe 01/2016

Stand der Dinge
GKV-Finanzierung

Schwerpunkt
Arzneimittel

Standpunkt
Hilfsmittelversorgung
KKH intern
Weaning-Programm unterstützt
Patienten / Zweitmeinungsangebote

Seite 1

Seite 2

Seite 3

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

die politische Sommerpause ist endlich vorbei und einige wichtige politische Weichenstellungen liegen direkt vor uns.

Mit dem Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV oder dem Hilfs- und Heilmittelstärkungsgesetz stehen hierbei zwei wichtige Versorgungsbereiche auf der politischen Reformagenda. Gerade die Versorgung mit Hilfsmitteln hat in der Vergangenheit immer wieder für negative Schlagzeilen gesorgt. Jede Reform, die versucht, Qualitätsaspekte stärker in den Blick zu rücken, verfolgt das richtige Ziel – obwohl der weit überwiegende Teil dieses Versorgungsbereiches bereits reibungslos und zur vollsten Zufriedenheit der Versicherten läuft. Unsere Beschwerdequoten belegen dies. Bei den Arzneimitteln muss hingegen darauf geachtet werden, dass den weiterhin galoppierenden Ausgabensteigerungen Einhalt geboten wird. Ob der Gesetzgeber diesen beiden Anliegen wirklich nachkommt, wird der weitere Gang der Gesetzgebungsverfahren zeigen.

Auch die nach wie vor nicht gelöste Problematik der Finanzierung des GKV-Systems lässt uns nicht los. Kurz vor der Sommerpause erlebten wir ein neues Kapitel, welches selbst langjährige Beobachter der Szene nur mit dem Kopf schütteln lässt. Ein praktisch von allen Akteuren akzeptierter, vom Koalitionsvertrag vorgegebener und durch das GKV-FQWG umgesetzter Interessensausgleich wurde zu Gunsten einer einzelnen Kasse aufgekündigt. Wir können nur hoffen, dass die handelnden Akteure die nun erfreulicherweise erneut eingebrachten Anträge im zweiten Anlauf auch umsetzen und somit mögliche Einzelinteressen in den Hintergrund rücken. Ich wünsche Ihnen jedenfalls eine spannende Lektüre.



Ingo Kailuweit, Vorstandsvorsitzender



Stand der Dinge GKV-Finanzierung

Es wird immer offensichtlicher. In der Finanzierungslogik der GKV stimmt etwas ganz gehörig nicht! Die Verteilungswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) haben in den letzten sieben Jahren vor allem regional aufgestellte Krankenkassen erheblich bevorteilt. Ein Blick in die entsprechenden Vergleichslisten belegt dies eindrucksvoll. Zudem zeigt der Blick auf die Wanderungsbewegungen der Versicherten überdeutlich, dass diese vor allem in den Bundesländern wechseln, in denen Regionalkassen weit unterdurchschnittliche Beitragsätze anbieten können. Der Preis wirkt also! Die Gründe für die ungleiche Verteilung sind hinlänglich bekannt. Auch sinnvolle Vorschläge für erste Gegenmaßnahmen, um diesem gefährlichen Trend entgegenzuwirken, liegen auf dem Tisch. Sie müssten nur einmal aufgegriffen werden. Da hilft es aber wenig, wenn sich die politisch Verantwortlichen wegducken und wie gerade in der Sommerpause geschehen, eine Gesamtevaluation des Finanzausgleiches vorschlagen. Das hilft nur den Kassen, die im Moment vom System profitieren. Ihr Vorteil wird damit über Jahre fortgeschrieben und wird sich weiter vergrößern. Das kann nicht im Sinne einer gerechten Wettbewerbsordnung sein. Die Politik müsste zumindest für die Übergangszeit sinnvolle kurzfristig wirksame Maßnahmen verabschieden!



Schwerpunkt

Arzneimittel

Streben nach allgemeinem oder individuellem Wohl - Wer schluckt die Pille?

Pharmaunternehmen fühlen sich benachteiligt, Kassen beklagen den Kostenanstieg. Es ist kein Leichtes hier einen Konsens zu finden. Eins steht fest: Wenn die Ausgaben für Medikamente für die GKV weiter so steigen wie in den letzten Jahren, ist letztendlich die gesamte Versorgung gefährdet. Die Kostenentwicklung droht das Gesundheitssystem langfristig zu sprengen.

In 2014 wurde in Deutschland so viel Geld für Arzneimittel ausgegeben wie nie zuvor. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen die Ausgaben um 10,3 Prozent auf 35,4 Milliarden Euro. Bei der KKH sind die Kosten zwischen 2007 und 2014 um ganze 32 Prozent angewachsen. Mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelneurechtsgesetz (AMNOG) zum 01.01.2011 wollte der Gesetzgeber die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zwar entlasten, aber die tatsächlichen Einsparungen blieben hinter den Erwartungen zurück. Angestrebt war, die Arzneimittelausgaben der GKV um 2 Mrd. Euro im Jahr zu verringern. Das Einsparvolumen der Kassen in 2014 betrug jedoch gerade einmal 443 Mio. Euro.

Basierend auf den Ergebnissen des Pharmadialogs hat das BMG einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG) verfasst. Die zukünftige Reform soll sich vielerlei neuer Instrumente

bedienen. Licht und Schatten wechseln sich ab:

1. Um die Profitmaximierung zu Lasten des Solidarsystems zu verringern, wird das bestehende Preismoratorium bis Ende 2022, einschließlich einer Inflationsbereinigung ab 2018, verlängert. Es verhindert zumindest im Moment bei den bereits im Markt befindlichen Arzneimitteln einen weiteren Preisanstieg. Ferner führt die Aufweichung der Regelung durch die Berücksichtigung der Inflationsrate im Vergleich zu heute zu Mehrausgaben in Höhe von ca. 150 bis 200 Millionen Euro. Was unnötig ist!
2. Es soll eine Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro eingeführt werden, die bei Überschreitung die freie Preisbildung im ersten Jahr begrenzt, indem der Erstattungspreis ab dem Folgemonat greift. Dem Problem der Etablierung von hohen Preisniveaus bei Markteintritt wird hier leider nicht begegnet. Die Schwelle ist zu hoch gewählt. Faktisch hat die Pharmaindustrie immer noch freie Hand bei ihren Preisforderungen. Ferner ist die Regelung zum Erstattungspreis eine rein kosmetische: Berechnungen haben ergeben, würde der verhandelte Preis von Anfang an gelten, wären z.B. allein in 2014 GKV-weit

Einsparungen von ca. 275 Mio. Euro möglich gewesen. Doch dieses Einsparpotential will der Gesetzgeber nicht nutzen.

3. Künftig soll der Erstattungsbetrag nur den Institutionen zugänglich gemacht werden, die ihn zur Erfüllung gesetzlicher Aufträge benötigen. Das BMG will zur konkreten Ausgestaltung der Regelung eine Rechtsverordnung erlassen, was das Parlament somit mundtot macht. Die aktuelle Formulierung wirft viele Fragen auf, die es noch zu beantworten gilt.
 4. Dem Problem, dass Ärzte neue Arzneimittel fast ohne Einschränkung verordnen, obwohl der Nutzen häufig nur für eine kleine, abgegrenzte Patientengruppe belegt ist, wird anhand einer Praxissoftware-freundlichen Aufarbeitung der G-BA Beschlüsse zur frühen Nutzenbewertung begegnet. Diese Regelung trägt zum wirtschaftlichen und transparenten Agieren bei. Vorsicht ist bei der Beteiligung der Pharmaindustrie an der Erarbeitung des neuen Systems geboten.
 5. In Zukunft sollen öffentliche Apotheken für jede Rezeptur ein zusätzliches Fixhonorar erhalten. Warum dies so eilt, ist unklar, es sollten zunächst die Ergebnisse des Gutachtens zur Apothekenvergütung abgewartet werden. Die finanziell kalkulierbaren Folgen sind zudem einschneidend - laut Gesetzentwurf würde die GKV mit ca. 100 Millionen Euro an jährlichen Zusatzausgaben belastet – unnötig!
- Wunsch und Realität gehen hier aus unserer Sicht doch zu weit auseinander. Wir wollen ein nutzenorientiertes Erstattungsmodell, die Möglichkeit für das erste Jahr eine rückwirkende Preissenkung zu zulassen, einen echten Aufruf von Arzneimitteln des Bestandmarktes und eine bedarfsgerechte, transparente sowie wirtschaftliche Arzneimittelversorgung.

Den KKH Standpunkt im Detail finden Sie hier.

<https://www.kkh.de/ueber-uns/hintergrundinformationen/politische-positionen/kkh-standpunkte>

Standpunkt zur Reform der Hilfsmittelversorgung

Vor dem Hintergrund anhaltender öffentlicher Diskussionen um die Versorgungssituation im Hilfs- und Heilmittelbereich will der Gesetzgeber diesen Versorgungsbereich reformieren. Mit der Einführung des Vertragsprinzips im Hilfsmittelbereich und der Möglichkeit der Krankenkassen Hilfsmittelversorgungsverträge im Wettbewerb zu vergeben, wollte der Gesetzgeber angesichts eines wachsenden Bedarfs an Hilfsmitteln und damit einhergehend steigender Kosten den Preiswettbewerb stärken. Diesen Ansatz hat die KKH stets positiv bewertet.

Mit Blick auf die Kostendynamik im GKV-Markt ist es zu begrüßen, dass der Gesetzgeber nun mit dem Gesetzentwurf zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) an dieser Grundsatz-

entscheidung festhalten will. Viele der vorgeschlagenen Reformen, wie die regelmäßige Aktualisierung des Hilfsmittelverzeichnisses oder das verpflichtende Vertragscontrolling, sind geeignet, nicht nur die derzeit in einigen Versorgungsbereichen vorhandenen Qualitätsdefizite abzubauen, sondern insgesamt eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen. Ebenso ist es sehr erfreulich, dass das von der KKH bereits erfolgreich praktizierte Mehrpartnermodell in einen rechtssicheren Rahmen überführt wird und zudem mehr Transparenz bei den Aufzahlungen gewährleistet werden soll.

In einem ganz wesentlichen Punkt sitzt der Gesetzgeber aber einer Fehlannahme auf. Die Neuregelung des § 127 SGB V könnte der Ausschreibungsoption ihre Attrak-

tivität ggü. der Beitrittsvertragsoption weitgehend nehmen, denn eine Ausweitung der juristischen Auseinandersetzungen ist vorprogrammiert. Die Regelung ist zudem für die Praxis unbrauchbar, da sie Unterkostenangebote fördert und den vergaberechtlichen Primärschutz sowie die Wirtschaftlichkeit aushebelt. Sinnvoller wäre es, Qualitätskriterien direkt in den Versorgungsvertrag zu implementieren. Auf diese Weise scheiden Anbieter mit unzureichender Qualität automatisch aus. Im Bereich der Heilmittel wird die Einführung einer Blankoverordnung diskutiert. Hierfür wäre ein Aufbau von bisher nicht existierenden und kostspieligen Strukturen notwendig. Ferner wirft der Entwurf vielerlei Fragen auf bspw. nach der ausreichenden Qualifikation der Leistungserbringer oder der Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes. Den detaillierten KKH Standpunkt finden Sie hier. <https://www.kkh.de/ueber-uns/hintergrundinformationen/politische-positionen/kkh-standpunkte>

KKH Kaufmännische Krankenkasse intern

Unser Angebot auf die Chance, wieder befreit atmen zu können

Die KKH fördert und unterstützt als eine der ersten Kassen den Entwöhnungsversuch von der maschinellen Beatmung (Weaning) und trägt dafür die Kosten in speziellen Einrichtungen für ihre Versicherten. Das Angebot richtet sich an Patienten, die akut maschinelle Beatmung benötigen oder schon länger aufgrund von Beatmungspflicht intensivpflegerisch betreut werden müssen. Das Weaning erfolgt auf ärztliche Anordnung und wird in speziellen Einrichtungen, die den Charakter einer Intensivstation haben, durchgeführt. Dazu hat die KKH Anbieter gefunden, die auf außerklinische Entwöhnung spezialisiert sind und diese schon an einer Vielzahl von Patienten – auch bei KKH-Versicherten – erfolgreich durchgeführt haben. Nachdem der Versicherte oder Angehörige dem Weaning-Versuch zugestimmt

hat, nehmen die Dienstleister persönlichen Kontakt auf. Wird Potenzial zur Entwöhnung von der maschinellen Beatmung gesehen, erfolgt die Aufnahme in einer außerklinischen Einrichtung. Dort wird der Patient während der Entwöhnungsphase medizinisch und pflegerisch versorgt und nach Hause entlassen, sobald dies möglich ist. Die Praxis hat gezeigt, dass es auch gelingt, Patienten, die schon über mehrere Jahre von der maschinellen Beatmung abhängig waren, zu entwöhnen. Für unsere Versicherten, die erfolgreich am Weaning teilgenommen haben, erhöht sich nicht nur die Lebensqualität deutlich, sondern sie erhalten auch ein großes Stück Ihrer Privatsphäre zurück. Ein Pflegedienst rund um die Uhr ist nicht mehr erforderlich. Wir finden, es lohnt sich, als Vorreiter innovativ unterwegs zu sein.

Operation? Einholung einer Zweitmeinung bewährt sich

Versicherte, bei denen ein Termin für eine Operation ansteht, können sich kurzfristig als zweite Meinung ein Gutachten von Experten erstellen lassen. Aufgrund der guten Erfahrungen haben wir das Angebot erweitert. Nun gibt es neben der Beratung vor Schulter-, Rücken-, Hüft- oder Knie-OP diese Möglichkeit auch vor einer Herz-OP oder Krebstherapie. Die Auswertungen mit unseren Vertragspartnern haben ergeben, dass bei orthopädischen Zweitmeinungen rund 80% der Teilnehmer eine Empfehlung für eine alternative Behandlung erhalten und auch ca. 70% dieser folgen. Bei einer bevorstehenden Krebstherapie sind es 50% der Teilnehmer, die wichtige Hinweise für die Behandlung oder gar eine andere Therapieempfehlung bekommen. Dabei setzten nahezu alle Teilnehmer diese Empfehlung mit ihren Ärzten um.

Impressum

Perspektive GKV – Der gesundheitspolitische Newsletter der KKH

Berliner Büro der KKH Kaufmännische Krankenkasse

Redaktion: Hogue-Holm Heyder (v.i.S.d.P.), Schumannstraße 2, 10117 Berlin

Falls Sie den Newsletter abbestellen möchten, senden Sie einfach eine E-Mail mit dem Betreff "Abbestellen; Newsletter - Berliner Büro der KKH" an politik@kkh.de