

INHALT

- **Ärzte: Preisschraube bei Medikamenten nicht überdrehen**
- **Patient „Klinik“: Auf dem Weg der Genesung**
- **Neustart des Pflege-TÜVs unausweichlich**
- **Ärztmangel: Mehr Lehrstühle statt Quoten**
- **Medizinprodukte in der EU: Zur Nachbesserung dringend empfohlen**
- **19 Prozent mehr Drogentote – Verbände fordern Paradigmenwechsel**
- **Frauen sterben häufiger an Raucherkrebs als noch vor zehn Jahren**
- **Blickpunkt Hintergrund: AMNOG – Das lernende System muss lernen dürfen**

Redaktionsschluss dieser Ausgabe:
23. Juni 2016

■ BVA-Chef: Kritik am Morbi-RSA empirisch nicht belegbar

Der Präsident des **Bundesversicherungsamts** (BVA), Frank Plate, warnt vor übereilten Änderungen am **morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich** (Morbi-RSA). „Es hilft nur eine genaue wissenschaftliche Betrachtung der Konsequenzen möglicher Änderungen“, sagte Plate im Interview mit dem **AOK-Forum „Gesundheit und Gesellschaft“** (G+G). Er verweist auf Gutachten zu den **Auslandsversicherten** und zum Krankengeld vom Dezember 2015 beziehungsweise Mai 2016. „In beiden Fällen muss geprüft werden, ob Folgegutachten notwendig sind. Die jetzige Datenbasis reicht möglicherweise nicht aus, um Klarheit darüber zu erhalten, was geändert werden sollte.“ Weitere Ergebnisse lägen dann frühestens Ende 2017 vor. Die These, dass Kassen mit hoher Krankheitslast systematisch zu viel Geld bekommen oder ganze Kassenarten benachteiligt seien, stützt Plate nicht. „Hier handelt es sich um politische Behauptungen, die teils mit eigenen Zahlen untermauert werden, um letztlich das eigene Interesse zu stärken. Wir verfügen aber über sämtliche Daten und können solche Aussagen häufig empirisch nicht nachvollziehen.“ Der Morbi-RSA erfülle bisher die ihm zugewiesene Funktion, so Plate. Das ausführliche Interview mit Frank Plate gibt es in der G+G 06/16.

Infos: www.aok-bv.de

■ Individuelle Budgets statt fester Preise

In der Psychiatrie und Psychosomatik soll es ab 2017 ein neues Vergütungssystem geben. Die einheitlichen Preise auf Landesebene für gleiche Leistungen werden aufgegeben. Der Referentenentwurf für ein „Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen“ (PsychVVG) orientiert sich eng an den Eckpunkten der Großen Koalition vom Februar 2016. Er sieht vor, dass die Budgets der einzelnen Krankenhäuser unter Berücksichtigung von leistungsbezogenen strukturellen Besonderheiten vereinbart werden. „Damit werden die tatsächlichen Aufwendungen der Krankenhäuser auch in Zukunft die Höhe des Budgets und der Vergütung maßgeblich bestimmen“, heißt es bei der **Deutschen Krankenhausgesellschaft** (DKG). „Die Berücksichtigung einer Obergrenze setzt für die Budgetentwicklung richtige Impulse. Auch der Krankenhausvergleich und das Festhalten an der empirischen Kalkulation der Entgelte zur Stärkung der Behandlungstransparenz waren nicht von Anfang an klar“, kommentierte der AOK-Bundesverband. Außerdem finden sich Regelungen zur Weiterentwicklung der Abrechnungsprüfung sowie der Plan eines Standortverzeichnisses für Krankenhäuser und ihrer Ambulanzen.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON I



■ **Frank Hippler**, bisher stellvertretender Vorstandsvorsitzender, ist ab sofort alleiniger Vorstand der **IKK classic**. Der bisherige Vorstandsvorsitzende **Gerd Ludwig** und das Vorstandsmitglied **Albrecht Mayer** gehören dem **Gremium** nicht mehr an. Der **Verwaltungsrat** der Krankenkasse begründete seine Entscheidung mit der „**Neuausrichtung** des Unternehmens“.



■ **Dr. Matthias Wiedenfels** ist in einer außerordentlichen Aufsichtsratssitzung zum Vorsitzenden des Vorstands der **STADA Arzneimittel AG** berufen worden. Wiedenfels teilt sich die Vorstandsarbeit mit dem Vorstandsmitglied **Helmut Kraft**. Der bisherige Vorstandschef **Hartmut Retzlaff** muss sein Amt aus gesundheitlichen Gründen bis auf Weiteres ruhen lassen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Ärzte: Preisschraube bei Medikamenten nicht überdrehen

Der **119. Deutsche Ärztetag** fürchtet eine finanzielle Überforderung des Gesundheitssystems wegen steigender Arzneimittelpreise. Trotz Nutzenbewertung und Preisregeln im **Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz** (AMNOG) stiegen die Medikamentenausgaben der Krankenkassen jährlich um bis zu fünf Prozent. Vor allem in der Krebstherapie lägen die Kosten pro Patient und Jahr bei 80.000 Euro und mehr. Das **Ärzteparlament warnte**, dass die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln durch die hohen Kosten gefährdet sein könnte. Der Ärztetag forderte deshalb, die Regelungen des AMNOG-Verfahrens nachzubessern. Das deckt sich mit **Forderungen der AOK**. „Die freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung im ersten Jahr nach der Markteinführung durch den pharmazeutischen Unternehmer muss abgeschafft werden“, heißt es in einer Entschließung des Ärzteparlaments. Zudem sollten die Ergebnisse der Nutzenbewertung den Ärzten schnell zur Verfügung gestellt werden. Aus Sicht des **GKV-Spitzenverbandes** werden Ärzte nicht schnell genug über neue Medikamente informiert. Patienten könnten so Nebenwirkungen ausgesetzt werden. Der **Verband forschender Arzneimittelhersteller** (vfa) hatte sich daraufhin in einem offenen Brief an Gesundheitsminister Hermann Gröhe beschwert, der GKV-Spitzenverband verunsichere die Patienten. Mehr zu den hohen Arzneimittelpreisen auch im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: www.aok-bv.de

■ Kliniken mit verbesserter Ertragslage

Die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser hat sich 2014 stabilisiert. Die Ertragslage habe sich verbessert, die Insolvenzwahrscheinlichkeit sei weitgehend unverändert geblieben, teilte das **Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung** (RWI) mit. Zusammen mit dem Institute for Healthcare Business und Philips präsentierte das RWI Anfang Juni die zwölfte Ausgabe des „**Krankenhaus Rating Reports**“. In Ostdeutschland sei die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser auch 2014 wieder am besten gewesen, hieß es. Am schwierigsten war sie in Niedersachsen, Bremen, Baden-Württemberg und Hessen. „Auch wenn Verbesserungen zu beobachten sind, bleiben in vielen Regionen die Krankenhausstrukturen ungünstig, es gibt zu viele kleine Einrichtungen, eine zu hohe Krankenhausedichte und zu wenig Spezialisierung“, schreiben die Autoren. Elf Prozent der deutschen Krankenhäuser hätten sich 2014 im „roten Bereich“ mit erhöhter Insolvenzgefahr befunden. Die Kapitalausstattung der Krankenhäuser sei noch immer unzureichend, hieß es weiter. Der jährliche **Investitionsbedarf** betrage mindestens 5,5 Milliarden Euro. „Die Länder steuern nach wie vor nur die Hälfte davon bei, die Krankenhäuser aus eigener Kraft circa 1,9 Milliarden Euro.“ Den Investitionsstau insgesamt beziffernten die Autoren auf rund 28 Milliarden Euro.

Infos: www.aok-bv.de

ZUR PERSON II



■ Han Steutel

ist neuer Vorsitzender des Verbandes der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa). Der Geschäftsführer der Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. war bislang stellvertretender vfa-Chef. Er tauscht damit die Position mit dem bisherigen Amtsinhaber, Dr. Hagen Pfundner von der Roche Pharma AG.



■ Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg

ist neuer Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB). Das Amt des Vizepräsidenten übernimmt Dr. Gundolf Berg. Die Mitgliederversammlung wählte beide einstimmig in ihre neuen Ämter.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ Neustart des Pflege-TÜVs unausweichlich

Der Pflege-TÜV steht in der Kritik. Ein **Qualitätsausschuss** aus Vertretern von Politik, Pflegekassen und Pflegeanbietern soll den Relaunch umsetzen. „Mit ein bisschen Kosmetik ist dieses Bewertungssystem nicht mehr zu retten“, sagte Martin Litsch, Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes, anlässlich der konstituierenden Sitzung. „Unser Vorschlag verknüpft externe Qualitätsprüfung und internes Qualitätsmanagement.“ Für einen Neustart der Qualitätssicherung in der Pflege hat der AOK-Bundesverband das sogenannte Verknüpfungsmodell vorgeschlagen, das auch ins **Zweite Pflegegestärkungsgesetz** (PSG II) Eingang gefunden hat. Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat unterdessen Pflegekassen und Heimbetreiber aufgefordert, den angestrebten Zeitplan für eine Reform des Pflege-TÜVs nicht zu verzögern. Ab 2018 soll der **neuen Pflege-TÜV** für die stationäre Pflege gelten, ab 2019 auch für ambulante Dienste. Verschiedene Medien hatten über mangelnde Aussagekraft des bisherigen Bewertungssystems nach Schulnoten berichtet. Fast alle Pflegeeinrichtungen hatten zwischen eins und zwei abgeschnitten.

KOMMENTAR

Neu ist die Erkenntnis nicht. Aber die mediale Begleitmusik rund um die konstituierende Sitzung des Qualitätsausschusses hat noch einmal die Sinne geschärft. Das System bedarf der umfassenden Überarbeitung. Wo „sehr gut“ drauf steht, darf nicht „mangelhaft“ drin sein. Darauf müssen sich Pflegebedürftige und ihre Angehörige verlassen können. Schlechte Noten sind im Übrigen auch nicht per se schlecht. Sie sind Ansporn, es künftig besser zu machen. Und besser zu werden, dagegen kann wohl niemand etwas haben, auch keine Pflegedienstleitung. (rbr)

Infos: www.aok-bv.de

■ Ärztemangel: Mehr Lehrstühle statt Quoten

Der **119. Deutsche Ärztetag** hat sich gegen eine sogenannte „**Landarztquote**“ ausgesprochen. Nur die wenigsten Bewerber könnten schon vor ihrem Studium einschätzen, welche Fachrichtung sie später einschlagen und ob sie auf dem Land arbeiten wollten. Der Vorzug von Landarztkandidaten gegenüber Studienbewerbern, die dies noch nicht für sich entscheiden möchten, sei eine ungerechte Begünstigung. Zur Bekämpfung des Hausärztemangels seien mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin und eine Stärkung der Ausbildungsmöglichkeiten in Arztpraxen erforderlich. Nur jeder zweite Hausarzt findet derzeit einen Nachfolger. Die größten Probleme bestehen auf dem Land. Mittlerweile trifft es aber auch sozial schwächere Gebiete in größeren Städten. Die Landarztquote sieht vor, angehenden Medizinstudenten, die sich verpflichten, später eine gewisse Zeit lang in ländlichen Regionen mit Ärztemangel zu praktizieren, bevorzugt einen Studienplatz zu geben. Außerdem forderte der Deutsche Ärztetag **Korrekturen am Asylpaket II**. Nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen als Abschiebungshindernis gelten zu lassen, widerspreche dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Medizinprodukte in der EU: Zur Nachbesserung dringend empfohlen**

Eine Pflicht zur Haftpflichtversicherung für Hersteller von Medizinprodukten wird es weiterhin nicht geben. Das Europäische Parlament und der Rat haben sich Ende Mai nach fast vier Jahren auf eine neue EU-Verordnung geeinigt. Diese beschränkt sich bisher darauf, dass Hersteller angemessene Rücklagen für Haftungsansprüche bilden sollen, ohne dass dies konkretisiert wird oder nachprüfbar ist. Patienten sind somit im Schadensfall weiterhin finanziell nicht abgesichert. Künftig sollen außerdem die Identifizierungsnummern aller Medizinprodukte so vorgehalten werden, dass bei einer schadhafte Serie alle Betroffenen informiert werden können. Der AOK-Bundesverband plädiert für schärfere Regeln. „Die Bundesregierung sollte jetzt nachjustieren, wo es geht“, kommentierte dessen Vorstandschef Martin Litsch die Brüsseler Entscheidung. Dazu gehöre vor allem die verpflichtende Haftpflichtversicherung. „Die verpflichtende Einführung von Identifizierungsnummern ist sehr sinnvoll, auch wenn die praktische Umsetzung Jahre dauern wird“, so Litsch weiter. Unterdessen geht ein entscheidendes Verfahren im Streit um Schmerzensgeldforderungen von Opfern des PIP-Brustimplantate-Skandals in die Schlussphase. Der Europäische Gerichtshof (EuGH) hörte in einer mündlichen Verhandlung eine deutsche Klägerin und die anderen beteiligten Parteien an. Der EuGH soll auf Antrag des Bundesgerichtshofs klären, welche Pflichten bei der Kontrolle von Medizinprodukten bestehen. Der PIP-Skandal war Auslöser der Diskussion um die Zulassungspraxis in der EU.

Infos: www.aok-bv.de

■ **Fast eine viertel Milliarde Euro für Medizintechnikprogramm**

Rund 240 Millionen Euro steckt das Bundesforschungsministerium in ein neues Medizintechnik-Programm. Es soll in den kommenden fünf Jahren innovativen Produkten den Marktzugang erleichtern und auch das Gesundheitssystem entlasten. „Bereits im Entwicklungsprozess von Medizinprodukten muss künftig erkennbar sein, dass sie die Hürden in die Versorgung überspringen können“, lautet die Begründung des Ministeriums. Die Hersteller müssten „den medizinischen Nutzen ihrer Produkte stärker belegen“ – und dies erfordere häufiger als bisher klinische Studien und aufwendigere Entwicklungsprozesse. Insbesondere kleine und mittlere Unternehmen könnten den hohen Aufwand und die steigenden Kosten für klinische Studien kaum aus eigener Kraft stemmen, bildeten jedoch „das innovative Rückgrat der Branche“ mit insgesamt 130.000 Beschäftigten in rund 1.200 Medizintechnikfirmen. Auch auf deren Unterstützung ziele das Programm ab, erklärte das Ministerium.

Infos: www.bmbf.de

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

■ 19 Prozent mehr Drogentote – Aids-Hilfe fordert Paradigmenwechsel

Die Zahl der Suchttoten in Deutschland ist 2015 laut **Drogen- und Suchtbericht** der Bundesregierung auf 1.226 gestiegen. Besonders betroffen waren die Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen, aber auch Großstädte wie Berlin, Hamburg und Bremen. Den größten Anstieg registrierte die Polizei aber in Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und im Saarland. Kopfzerbrechen bereitet insbesondere in den Grenzregionen zu Tschechien und Polen weiter die Droge Crystal Meth. Die **Deutsche Aids-Hilfe und weitere Fachverbände** hatten die Bundesregierung im Vorfeld aufgefordert, in der Suchtpolitik umzusteuern. Bei der Tabak- und Alkoholprävention sei Deutschland Weltspitze. Bei illegalen Drogen führten die Strafverfolgung Süchtiger und ein Mangel an Hilfe zu immer mehr Drogentoten. Wirksame Maßnahmen seien längst international erprobt. Der Frankfurter Suchtforscher Heino Stöver erklärte: „Die Bundesregierung verpasst den Einstieg in eine zeitgemäße Drogenpolitik. Wir brauchen eine Strategie, die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen und Vernunft beruht statt auf politischen Tabus.“

Infos: www.drogenbeauftragte.de

■ Anspruch auf Pflegezeit auch für Beamte und Soldaten

Die Regeln zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf sollen auch für Staatsbedienstete gelten. Das für die Privatwirtschaft und für Tarifbeschäftigte seit 2015 geltende Gesetz soll „im Wesentlichen wirkungsgleich im Beamten- und Soldatenbereich nachvollzogen“ und ein Rechtsanspruch auf **Familienpflegezeit und Pflegezeit** eingeführt werden. Beamte und Soldaten, die dies in Anspruch nehmen, sollen „während der (teilweisen) Freistellung, die mit einer Gehaltsreduzierung verbunden ist“, einen Vorschuss zur besseren Bewältigung des Lebensunterhalts erhalten.

Infos: www.bundestag.de

■ NRW will Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie streng begrenzen

Zwangsbehandlungen und länger andauernde Fixierungen sollen künftig nur noch erlaubt werden, wenn ein richterlicher Beschluss vorliegt. Das sieht ein Gesetzentwurf (Drucksache 16/12068) der rot-grünen Landesregierung in Nordrhein-Westfalen vor. Bislang reicht dafür eine ärztliche Bescheinigung, die eine „erhebliche Gefährdung“ attestiert. Die Regelung solle Selbstbestimmung und Unabhängigkeit der Patienten maximal schützen sowie eine Behandlung auf Augenhöhe sichern, erläuterte NRW-Gesundheitsministerin Barbara Steffens.

Infos: www.landtag.nrw.de

Vorschau

G+G | 6/2016

Gesundheit und Gesellschaft

Kein Aufbruch ins Ungewisse

Die Frage, wie es nach der Klinikbehandlung weitergeht, treibt viele Patienten um. Silke Heller-Jung hat das Marienhospital in Bottrop besucht. Das Krankenhaus organisiert in jedem Fall die Nachversorgung.

Neue Perspektiven fürs Krankengeld

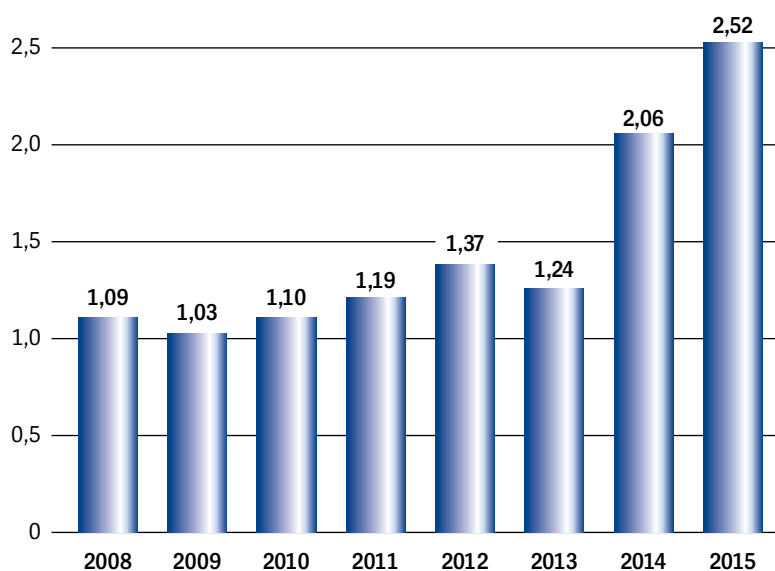
Die Kassenausgaben für das Krankengeld steigen seit Jahren an. Die Gesundheitsweisen haben nach den Gründen gesucht und ihre Schlüsse daraus gezogen. Thomas Topf, Jens Weßling und Anja Hohmann wissen welche.

„Pflege bietet gute Karrierechancen“

Pflegeeinrichtungen suchen oft vergeblich Nachwuchs. Mit Kursen zur Berufsorientierung an Schulen lassen sich Jugendliche für die Pflegeausbildung begeistern, sagt Jessica Hernández vom Projekt care4future.

Immer mehr teure Medikamente

So entwickelt sich der Umsatz von Hochpreis-Arzneimitteln (Bruttoumsatz GKV in Milliarden Euro)



Quelle: WIdO

Die hochpreisigen Medikamente treiben die Arzneimittelausgaben besonders in die Höhe. Betrachtet man nur das teuerste Prozent aller verordneten Mittel, zeigt sich allein in den vergangenen beiden Jahren eine Umsatzverdopplung.

Infos: www.aok-bv.de

■ Frauen sterben häufiger an Raucherkrebs als noch vor zehn Jahren

Fast 16.000 Frauen erlagen 2014 einem rauchertypischen Krebsleiden an Lungen, Bronchien, der Luftröhre oder am Kehlkopf. Das sind laut Statistischem Bundesamt 37,3 Todesfälle je 100.000 Einwohner. 2005 waren es lediglich 30,6. Zwar sterben immer noch deutlich mehr Männer an rauchertypischen Krebsarten. Allerdings ging die Zahl der Todesfälle deutlich zurück, von 86,7 je 100 000 Einwohner im Jahr 2005 auf 74,4 im Jahr 2014. Die Zahlen berücksichtigen allerdings nicht, ob die betroffenen Frauen und Männer tatsächlich geraucht haben. Die Todesquoten entwickelten sich allerdings parallel zu den Raucherquoten von vor 30 und 40 Jahren, erklärte Martina Pötschke-Langer vom Deutschen Krebsforschungszentrum einen möglichen Zusammenhang. Frauen haben im Westen in den 1970er und 80er Jahren und in den neuen Bundesländern erst nach der Wiedervereinigung vermehrt mit dem Rauchen angefangen. Deshalb stiegen nun die Krebs- und Todesraten.

«BLICKPUNKT HINTERGRUND»

■ **AMNOG: Das lernende System muss lernen dürfen**

Allein 2015 hat die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) rund 37 Milliarden Euro für Arzneimittel ausgegeben. Das ist ein weiterer Anstieg um 5,5 Prozent im Vergleich zu 2014. Ziel des Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetzes (AMNOG) war es, Medikamente bezahlbar zu halten, ohne die Innovationskraft zu verlieren. Fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes lässt sich jedoch konstatieren: Dieses Ziel hat die Politik nicht im gewünschten Maß erreicht. Vom ursprünglichen Einsparziel von jährlich zwei Milliarden Euro konnte 2014 weniger als ein Viertel erreicht werden. Doch als lernendes System bietet das Gesetz die Chance, Lücken schnell zu schließen.

Neue Arzneimittel sind auch mit bescheidenem Zusatznutzen nicht per se wirtschaftlich. Dies ergibt sich erst bei der Anwendung. Ein neues Medikament gegen Lungenkrebs etwa bringt Patienten mit einer bestimmten Mutation des Karzinoms einen deutlichen Zusatznutzen. Entsprechend hoch fällt der zu verhandelnde Erstattungspreis aus. Allerdings haben Patienten mit einer abweichenden Mutation des Karzinoms gegenüber der bereits vorhandenen Therapieoption keinerlei nennenswerten Vorteil. Um eine Anwendung in diesen sogenannten Patienten-Subgruppen auszuschließen, könnte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hier die Erstattungsfähigkeit beschränken oder für die Anwendung des Arzneimittels in diesen Subgruppen einen reduzierten Preis aushandeln lassen.

» Sicherung bezahlbarer und transparenter Preise

Deutschland gönnt sich das europaweit einzigartige Privileg der freien Preissetzung in den ersten zwölf Monaten nach Marktzugang. Ein mögliches Instrument, dauerhaft bezahlbare Preise auch für neue Präparate zu sichern, wäre, den verhandelten Erstattungsbetrag rückwirkend auch für jene zwölf Monate zu erheben. Immer kürzere Produktlebenszyklen und schnelle Therapiewechsel verlagern den Umsatz neuer Medikamente zunehmend in diesen Zeitraum.

Eine Kernforderung der Pharmaindustrie sind vertrauliche Erstattungspreise. Es gibt aber keine Belege für höhere Rabatte aus der Erfahrung mit vertraulichen Preisen. Gleichzeitig ist auch klar, dass vertrauliche Preise die Möglichkeit zum wirtschaftlichen Handeln bei allen Akteuren massiv einschränken; Ärzten fehlte dann ein ehrliches Preissignal. Eine solche Regelung hätte zudem den Effekt, dass die Verhandlungsmacht der Hersteller gestärkt würde, weil sie dann keine öffentliche Debatte mehr über unangemessene Preise wie zuletzt beim Hepatitis C-Präparat Sovaldi fürchten müsste.

» Vergleichstherapie als „Preisanker“

Außerdem wünschen sich die Hersteller, dass die Vorschrift flexibilisiert werden soll, wonach die Jahrestherapiekosten für Arzneimittel ohne Zusatz-

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

nutzen nicht höher sein dürfen als die zweckmäßige Vergleichstherapie. Ziel der pharmazeutischen Unternehmen ist es, den Marktaustritt von Arzneimitteln ohne Zusatznutzen zu vermeiden. Dabei war es das erklärte Ziel des AMNOG, die Spreu vom Weizen zu trennen. Es steht zu befürchten, dass Flexibilisierung nur ein anderes Wort für Aufweichung ist und somit das bewährte AMNOG-Prinzip ausgehebelt würde.

Bisher gilt: Der Preis folgt dem Zusatznutzen. Wenn das neue Medikament keinen hat, wird es auf dem Preisniveau der vorhandenen Vergleichstherapie einsortiert. Würde man nun aber daran rütteln und gäbe dem Druck der Pharmaunternehmen nach, indem im Zuge jener sogenannten Flexibilisierung am Ende für Arzneimittel ohne Zusatznutzen „Entwicklungszuschläge“ gezahlt werden, bedeutete das ein Abrücken vom Grundprinzip des AMNOG. Umso mehr, als diese Verteuerung dann keinerlei Verbesserung der Versorgung brächte und darüber hinaus dennoch als wirtschaftlich gelten soll.

» Preismoratorium und Herstellerrabatt aufrechterhalten

Der Patentmarkt ist der wesentliche Kostentreiber in der Arzneimittelversorgung. Der gesetzliche Herstellerrabatt ist zu Beginn der Legislaturperiode zugunsten der Hersteller bereits deutlich von 16 auf sieben Prozent abgesenkt worden. Dies verteuert die Arzneimittelversorgung Jahr für Jahr um eine Milliarde Euro. Das wären fast 0,1 Beitragspunkte. Bis die geforderten strukturellen Änderungen ihre ökonomische Wirkung entfalten, helfen Herstellerrabatt und das Preismoratorium, die Beitragszahler vor weiteren finanziellen Belastungen zu schützen.

» Mehr Transparenz durch handlungsorientierte Information

Eine wesentliche Errungenschaft des AMNOG-Verfahrens sind valide Informationen über den Stellenwert des Arzneimittels in der Versorgung. Fünf Jahre Erfahrung mit dem Gesetz zeigen jedoch, dass Ärzte die Ergebnisse der Nutzenbewertung nicht ausreichend für ihre therapeutischen Entscheidungen nutzen können. Ein Grund ist, die mangelhafte Aufbereitung der Informationen für den Praxisalltag. Die Ergebnisse der Beschlüsse des GBA sollten deshalb komprimiert in der ärztlichen Praxissoftware hinterlegt werden.

» Neue Rahmenbedingungen auf EU-Ebene erfordern Anpassungen in Deutschland

Hinter der aktuell geführten Kostendebatte steht auch die Tatsache, dass hochpreisige Medikamente immer früher in den Markt drängen. Hierzu trägt die wachsende Zahl beschleunigter Zulassungen durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) bei. Beschleunigte Zulassungen gefährden jedoch die Grundlage für die frühe Nutzenbewertung. Deutschland ist mit seinem ungefilterten Zugang von zugelassenen Arzneimitteln in die Versorgung auf diese „Light“-Zulassungen kaum vorbereitet. In vielen anderen europäischen Staaten sind jene Medikamente während der ersten Phase nur für klar definierte Patientengruppen zugelassen. Eine entsprechende Regelung fehlt in Deutschland.

Infos: www.aok-bv.de