

■ *Transparenzkodex*

Zusammenarbeit mit Ärzten wird offengelegt

Etwa 575 Millionen Euro haben die Mitgliedsunternehmen des Verbandes forschender Arzneimittelhersteller (vfa) und des Vereins Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie (FSA) an Ärzte und andere Fachkreisangehörige in 2015 bezahlt. Das haben vfa und FSA auf einer Pressekonferenz am 20. Juni mitgeteilt.

Seit dem 30. Juni veröffentlichen alle 54 Pharmaunternehmen die Zahlungen auf ihren Webseiten. Die Firmen repräsentieren 75 Prozent des deutschen Marktes für verschreibungspflichtige Medikamente. Die Leistungen an die einzelnen Ärzte sind nur teilweise individuell nachvollziehbar. Denn aus Datenschutzgründen muss der Zahlungsempfänger einer Namensnennung zustimmen. Etwa ein Drittel der Betroffenen hat dafür grünes Licht gegeben, teilt Holger Diener mit. Dem FSA-Geschäftsführer zufolge verteilen sich die 575 Millionen Euro (Stand 20.6.2016) wie folgt:



- Der Löwenanteil – rund 366 Millionen Euro (64 Prozent) – wird für Forschung und Entwicklung aufgewendet. Das heißt: Die Unternehmen bezahlen Ärzte, Fachkreisangehörige und Organisationen für die Durchführung von klinischen Prüfungen und Anwendungsbeobachtungen. Das letztere nicht gesondert aufgeführt werden, führt auf der Pressekonferenz zu kritischen Nachfragen von Journalisten.

- An zweiter Stelle folgen mit rund 119 Millionen Euro (21 Prozent) Zahlungen an Ärzte und andere Fachkreisangehörige für Vorträge und Fortbildungen.
- Etwa 90 Millionen Euro (15 Prozent) entfallen schließlich auf Sponsoring von Veranstaltungen, Spenden und Stiftungen und gehen an Institutionen.

Zu den Fachkreisangehörigen zählen unter anderem Apotheker, Zahnärzte, Hebammen etc.

*Zahlungen transparent machen und die Zusammenarbeit offen legen, lautet das Ziel des Transparenzkodex.
© kpg_ivary – Fotolia.com*

Fortsetzung Seite 2

Inhalt

Zusammenarbeit mit Ärzten wird offengelegt	1
ASV: Eine neue Versorgungsform nimmt Fahrt auf	2
- Nachgefragt bei Dr. Werner Olipitz	3
- Nachgefragt bei Dr. med. Ursula Vehling-Kaiser	4
HSK: Innovation schneller an den richtigen Patienten	5
In Kürze	
- Barmer GEK Arzneimittelreport: Offensive für Biosimilars	7
- Schiedsspruch mit Weiterentwicklung	8
- Personalien: Wasem bleibt Unparteiischer	8

■ *Editorial*

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

kalendarisch und meteorologisch – er ist da, der Sommer. Kurz nach Redaktionsschluss kursiert auch schon der erste Entwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung“. Kurz: Arzneimittelstärkungsgesetz. Ob es den Namen tatsächlich verdient, erfahren Sie in der nächsten Ausgabe von „Gesundheit intern“.

Tanken Sie Kraft – Erholbare Ferien und viel Spaß wünscht Ihr Redaktionsteam

Fischer: Zusammenarbeit für den medizinischen Fortschritt

vfa-Hauptgeschäftsführerin Birgit Fischer betont vor der Presse, dass für den medizinischen Fortschritt die Zusammenarbeit mit Ärzten, Fachkreisen und medizinischen



Holger Diener, Geschäftsführer des FSA © pag Maybaum



Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin des vfa © pag Maybaum

Institutionen wichtig sei. „Fortschritt braucht Zusammenarbeit, Austausch, Kompetenz und Infrastruktur“, sagt sie. „Wir wollen die Notwendigkeit der Zusammenarbeit und wie sie erfolgt besser erklären“, begründet sie die Initiative. Zahlungen an Ärzte transparent zu machen ist Neuland. Bereits etabliert ist seit einigen Jahren das Prozedere der FSA-Mitglieder, die Öffentlichkeit jährlich über alle Zuwendungen an Selbsthilfeorganisa-

tionen zu unterrichten. Auf einer sogenannten „Transparenzliste“ bündelt der FSA die Unternehmenswebseiten, auf denen die Zuwendungen vermerkt sind.

Paar: Transparenz ist Grundlage von Vertrauen

Der Medizinische Direktor von Sanofi, Prof. Dr. W. Dieter Paar, ist Mitglied des FSA Vorstandes. Er hält Transparenz in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und forschenden Arzneimittelherstellern für eine wesentliche Grundlage, um das Vertrauen in die Pharmaindustrie zu stärken. Aus seiner Sicht sollte es ein gemeinsames Ziel sein, in den nächsten Jahren eine höhere Zustimmungsrates der Ärzte zur Veröffentlichung der individuellen Zahlungen zu haben. Der FSA wird in den folgenden Wochen analysieren, welche Gründe zu sehr unterschiedlichen Zustimmungsrates zwischen einzelnen Unternehmen geführt haben und welche Maßnahmen geeignet sein könnten, die Rate zu erhöhen.

[E-Mail an die Redaktion >>](#)

■ ASV

Eine neue Versorgungsform nimmt Fahrt auf

Die Versorgung von Schwerkranken soll durch engere Kooperationen zwischen den Behandlern im Krankenhaus und in der Arztpraxis verbessert werden. Möglich macht das die „Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung“ (ASV).



© Photographee.eu – Fotolia.com

Die erste Richtlinie wird 2013 beschlossen. Die ASV betrifft komplexe und schwer therapierbare Krankheiten, die spezielle Qualifi-

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz, das im Januar 2012 in Kraft getreten ist, wird auch die ASV (§ 116b SGB V) eingeführt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) schreibt die genaue Ausgestaltung fest. Dazu wurde eigens ein Unterausschuss gegründet.

kationen, interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine besondere Ausstattung erfordern. Dazu gehören unter anderem schwere Verlaufsformen von Krebserkrankungen, HIV/Aids, Rheuma, Herzinsuffizienz oder Multipler Sklerose sowie seltene Krankheiten beziehungsweise Erkrankungszustände wie zum Beispiel Mukoviszidose. An der ASV können niedergelassene Ärzte, Medizinische Versorgungszentren und Krankenhäuser teilnehmen, wenn sie die dafür vorgesehenen Anforderungen erfüllen. In der ASV arbeiten Mediziner verschiedener Fachrichtungen in einem Team zusammen. Das ASV-Team stellt sicher, dass alle erforderlichen und im Rahmen der ASV erbringbaren Untersuchungen und Behandlungen verfügbar sind.

Es können auch nichtärztliche Berufsgruppen und soziale Dienste hinzugezogen werden. Bisher hat der G-BA in seiner ASV-Richtlinie das Nähere für Patienten mit folgenden Krankheiten geregelt:

- gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle
- Tuberkulose und Mykobakteriose sowie

- Marfan-Syndrom
- pulmonale Hypertonie

Wie die Pioniere der ASV in Klinik und Praxis mit der neuen Versorgungsform umgehen und welche ersten Erfahrungen gemacht wurden lesen Sie in den beiden folgenden Interviews.

ASV – Nachgefragt bei Dr. Werner Olipitz

Zur Person:

Dr. Werner Olipitz ist Internist, Facharzt für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin. Er organisiert als Oberarzt im Klinikum Alttötting ein ASV-Team im Bereich gastrointestinale Tumoren.



Sie organisieren ein ASV-Team für Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Wie lange gibt es das Team schon und wie viele Patienten versorgen Sie?

Olipitz: Das ASV Team "Gastrointestinale Tumore Inn-Salzach" besteht seit dem 20. August 2015 und versorgt aktuell 160 Patienten mit gastrointestinalen Tumoren. Im Team arbeiten insgesamt 32 Ärzte aus dem niedergelassenen Bereich und der Klinik zusammen, 6 Ärzte davon bilden wiederum das ASV Kernteam.

Welche konkreten Vorteile sehen Sie für Ihre Patienten in dieser sektorenübergreifenden Versorgungsform?

Olipitz: Mit der Diagnose einer Krebserkrankung ändert sich schlagartig das Leben der Patienten. Sie sind mit vielen neuen Situationen konfrontiert. Innerhalb des ASV Teams kann der sehr häufig geäußerte Patientenwunsch - der Wunsch nach Kontinuität in der medizinischen Behandlung - sehr gut bedient werden. Durch die Teamstruktur sind die Behandler für den Patienten von Beginn an erkennbar und begleiten die Patienten während ihrer gesamten Erkrankung. Auch bringt die Struktur der ASV für die Patienten im

bürokratischen Aufwand ein wenig Entlastung, da Überweisungen innerhalb des Kernteams nicht notwendig sind und Überweisungen zu anderen Fachärzten des Teams direkt ausgestellt werden können.

Warum ist es für ein Krankenhaus interessant an der ambulanten Versorgung teilzuhaben?

Olipitz: Die Teilnahme an der ASV ermöglicht es einem Krankenhaus in der ASV Patienten auch ambulant zu betreuen und diese Leistungen auch in der Vergütung abzubilden.

Welche Vor- und Nachteile hat diese Versorgungsform für den behandelnden Arzt?

Olipitz: Für den einzelnen Arzt bedeutet die ASV eine engere Zusammenarbeit mit den Kollegen des jeweils anderen Sektors und kürzere Wege in der Behandlung der Patienten. Für die Abrechnung in der ASV muss sowohl im Krankenhaus als auch in den Praxen eine entsprechende Abrechnungsstruktur aufgebaut werden, um erbrachte Leistungen zu erfassen und in der Vergütung abbilden zu können.

Die ASV ist noch in der Anfangsphase. Sollte sie Ihrer Meinung nach weiter ausgebaut werden?

Olipitz: Die ASV ist noch ein sehr neues Konstrukt mit bisher nur wenigen Erfahrungswerten. Man muss der ASV in der aktuellen Version noch Zeit geben und beobachten was gut und was weniger gut läuft. Die ASV ist in meinen Augen ein sehr spannender Ansatz zur Verbesserung der Patientenversorgung, aber im Augenblick gibt es noch zu wenig Daten um diese neue Versorgungsform zu bewerten und sinnvolle Verbesserungsvorschläge abzuleiten.

Kann die ASV dazu beitragen, die Sektorengrenzen auf Dauer zu überwinden?

Olipitz: Dazu eine Aussage zu treffen ist im Moment noch zu früh.

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für den Gemeinsamen Bundesausschuss bzw. für den Gesetzgeber?

Olipitz: Auch hier gilt: Wir müssen noch Erfahrungen sammeln. Aussagen dazu sind noch zu früh.

Was können Krankenhaus und Arztpraxis voneinander lernen?

Olipitz: In der ASV arbeiten Klinikärzte und niedergelassene Ärzte nicht nur in einem gemeinsamen Team zusammen, sondern sind erstmals auch in einem eigenen Versorgungssektor zusammengeschlossen. Dadurch kommt es nicht nur zu einer intensiven medizinischen Diskussion, sondern auch zu einem regen Austausch in organisatorischen Belangen, der meiner Erfahrung nach für beide Seiten sehr fruchtbar ist.

ASV – Nachgefragt bei Dr. med. Ursula Vehling-Kaiser

Zur Person

Dr. med. Ursula Vehling-Kaiser ist Internistin, Fachärztin für Hämatologie, Onkologie und Palliativ-medicin. Sie ist niedergelassene Ärztin in Landshut und Teamleiterin des Landshuter Teams für gastrointestinale Tumoren.



© Alexander Onufszak, www.art-graphic.de

Sie sind niedergelassene Ärztin und nehmen als Teamleiterin an der Ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) für Gastrointestinale Tumore teil. Wie lange gibt es das Team schon und wie viele Patienten versorgen Sie?

Vehling-Kaiser: Wir haben im Juli vergangenen Jahres angefangen und betreuen in der ASV mittlerweile knapp 200 Patienten. Deren durchschnittliches Alter liegt bei rund 65 Jahren.

Welche konkreten Vorteile sehen Sie für Ihre Patienten in dieser sektorenübergreifenden Versorgungsform?

Vehling-Kaiser: Es gibt kaum noch Informationsverluste, weil eine enge Zusammenarbeit mit allen an der Behandlung Beteiligten existiert, vor allem mit den Strahlentherapeuten. Sie stellen schnelle

Termine für die Patienten zur Verfügung. Ein Vorteil ist somit die rasche Diagnostikmöglichkeit.

Was sagen Sie Vertragsärzten, die Angst davor haben, ihre Patienten an Krankenhäuser zu verlieren? Sind das berechtigte Vorbehalte?

Vehling-Kaiser: Bei uns ist das nicht der Fall. Ich habe bereits seit zwanzig Jahren Belegbetten und deshalb existiert ein guter Kontakt zum Krankenhaus. Wir kooperieren eng miteinander. Ich bekomme auch Patienten von der Klinik zugewiesen und habe keine Angst, sie an das Krankenhaus zu verlieren.

Welche Vor- und Nachteile hat diese Versorgungsform für Sie als Ärztin/Praxisinhaberin?

Vehling-Kaiser: Als Nachteil würde ich sehen, dass es sehr aufwändig ist, sich in der ASV einzurichten. Man muss viel in die Vorarbeit investieren: Beispielsweise setzt ein Rechtsmediziner die Verträge auf, Sie stellen das Team zusammen, benötigen eine eigene Software für die ASV und so weiter. Das dauert etwa ein halbes Jahr. Aber wenn alles erledigt ist, lohnt es sich, schließlich kommen die Patienten aus dem Budget heraus – was durchaus lukrativ ist. Ansonsten gibt es keine Nachteile. Wenn sich alles eingespielt hat, ist die ASV gut zu machen.

Diese Versorgungsform ist noch in der Anfangsphase. Sollte sie Ihrer Meinung nach weiter ausgebaut werden?

Vehling-Kaiser: Ja, das würde ich machen. Es ist für die Niedergelassenen ganz wichtig, sich neu aufzustellen und daran teilzunehmen. Krankenhäuser hätten durch ihre Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) die Möglichkeit, die ASV komplett alleine zu machen. Wenn Niedergelassene nicht mitmachen, bleiben sie außen vor. Der Aufwand ist ja durchaus vertretbar, aber natürlich hängt das auch von der Praxisgröße ab. Für größere onkologische Praxen handelt es sich um eine sehr attraktive Option.

Kann die ASV dazu beitragen, die Sektorengrenzen auf Dauer zu überwinden?

Vehling-Kaiser: Ja. Wird die ASV so durchgezogen wie man sich das vorstellt – nämlich eine bessere Kooperation zwischen den Ärzten stattfindet – ist das von großem Vorteil für die Patienten. Wenn Krankenhäuser nur mit ihren MVZs arbeiten wollen, dann ist das für uns negativ und würde auch die Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Krankenhaus nicht verbessern. Daher sind die Niedergelassenen gefragt, sie dürfen sich die Sache nicht aus der Hand nehmen lassen.

Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie für den Gemeinsamen Bundesausschuss?

Vehling-Kaiser: Es gibt einige Details, die noch nicht ganz geklärt sind wie zum Beispiel der Sprechstundenbedarf. Die Abrechnung ist etwas kompliziert.

Es gibt aber Bestrebungen auf Bundesebene, das zu verbessern. Diese Schritte dauern ein bisschen lange. Hier würde ich mir mehr Tempo wünschen.

Was können Krankenhaus und Arztpraxis voneinander lernen?

Vehling-Kaiser: Dass man keine Doppeluntersuchungen macht, dass der Informationsaustausch wichtig ist und dass es für den Patienten nicht gut ist, wenn er das Gefühl hat, dass der eine vom anderen nichts weiß. Wichtig ist, dass der Patient seinen Doktor auch mal im Krankenhaus sieht. Er fühlt sich besser aufgehoben, wenn er die Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte konkret erfährt. Die ASV ist ja nichts anderes als ein onkologisches Netz. Das vermittelt dem Patienten Geborgenheit.

Welche Rolle spielt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) für Sie?

Vehling-Kaiser: Die KV ist für mich ein ganz wichtiger Partner, deren Mitarbeiter sich erhebliche Mühe geben, mich nach Kräften zu unterstützen. Sie waren von Anfang an dabei und regeln alles mit den Kassen, was gerade zu Beginn sehr aufwändig ist. Über die KV läuft beispielsweise die Abrechnung, allein möchte ich mit den Kassen nicht abrechnen. Ich bin daher froh, die KV an meiner Seite zu wissen.

[E-Mail an die Redaktion >>](#)

■ Hauptstadtkongress

Innovation schneller an den richtigen Patienten

„Wie kommen Arzneimittelinnovationen schneller zum richtigen Patienten?“ Mit dieser Frage beschäftigen sich hochrangige Experten auf dem von Sanofi ausgerichteten Panel im Rahmen des Hauptstadtkongresses. Arztinformationssystem und verkürzte Zulassungen sind nur zwei der Themen, die dabei für intensive Debatten sorgen.

Moderiert wird die Veranstaltung von Prof. Wolfgang Greiner, Gesundheitsökonom an der Universität Bielefeld. Vor der Diskussion stehen Impulsreferate von Staatssekretär Lutz Stroppe und Prof. W. Dieter Paar von Sanofi auf dem Programm. Letzterer legt am Beispiel Praluent® den Prozess von der Ent-

deckung bis zur klinischen Anwendung dar – gemäß dem Motto „von der Natur lernen“. In acht Jahren habe man es geschafft, den Antikörper therapeutisch verfügbar zu machen, unterstreicht er. Weltweit wurden insgesamt 15 Studien mit mehr als 23.500 Patienten in über 2.000 Studienzentren durchgeführt.

Stroppe macht in seinem Statement deutlich, dass die Politik vor einer doppelten Herausforderung steht: Es gehe nicht nur darum, wie Arzneimittel schneller zum richtigen Patienten kommen, sondern auch darum, das



Lutz Stroppe, Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium © pag, Fiolka

Gesundheitssystem so zu stabilisieren, dass es „finanziell tragbar bleibt“. Im folgenden erläutert er einige der anstehenden Änderungen rund um das AMNOG-Verfahren und vertritt außerdem, dass mit einem Referentenentwurf bis zum 21. September zu

rechnen ist. Damit soll sichergestellt werden, dass die Ergebnisse des Pharmadialogs noch in dieser Legislaturperiode umgesetzt werden. Stichwort chronische Erkrankungen: Gerade bei ihnen könne in der ersten Nutzenbewertung der Zusatznutzen im einzelnen noch nicht belegt werden, führt Stroppe aus. Die Muss-Vorschrift, wonach die wirtschaftlichste Vergleichstherapie – oft eine generische – herangezogen werde, könne man nicht vollkommen aufheben. Aber für Fälle, in denen sich Innovationen abzeichneten, kündigt er eine Öffnung an: von der Muss- zur Soll-Vorschrift. Für den Staatssekretär ist das ein „ganz wichtiger Schritt, um Innovationen zu ermöglichen und sie insgesamt auf dem Markt besser darstellen zu können“.

Ebenfalls eingeführt werden soll eine Zweitbewertung, für bereits auf dem Markt

befindliche Präparate mit neuer Indikation. Erwartungsgemäß lässt sich der Politiker zur geplanten Umsatzschwelle keine konkrete Zahl entlocken. Beim Thema Strahlenschutz verweist er auf das Bundesumweltministerium, dass dazu einen Referentenentwurf vorlegen werde, um die Genehmigungen an die europäischen Fristen anzugleichen. „Wir beobachten das sehr genau“, sagt Stroppe und kündigt an, dass notfalls das Bundesgesundheitsministerium selbst die Initiative ergreifen werde.

Wissensmanagement für Vertragsärzte

Für viel Gesprächsstoff sorgt das geplante Arztinformationssystem: Dr. Gertrud Demmler, SBK Siemens-Betriebskrankenkasse, macht sich für ein modernes Wissensmanagement – vor allem für den ambulanten Sektor – stark. Thomas Müller vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zeigt sich selbstkritisch zur „sehr datengetriebenen Sicht“ des Ausschusses – insbesondere was die in der Vergangenheit sehr subtilen Subgruppen betrifft, die für den Arzt nicht umsetzbar gewesen wären. „Wir machen die Richtlinie ja nicht für uns selbst, sondern sie soll den Arzt erreichen“, räumt er ein. Johann Fischaleck, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, konstatiert, dass die Begrifflichkeiten des AMNOG in der Ärzteschaft nicht angekommen seien. Vertragsärzte wüssten beispielsweise nicht, was ein „Hinweis“ oder ein „Beleg“ bedeute.

Beschleunigungsspur wird nicht die Regel

Kontrovers wird über beschleunigte Zulassungen diskutiert. Prof. Bertram Häussler, IGES Institut Berlin, appelliert: „Je größer die Auswirkungen auf verbleibende Lebenszeit, desto weniger sollte man das Primat des Abwartens fordern.“ Prof. W. Dieter Paar stellt klar, dass diese Zulassungsoption nicht der Regelweg sein werde. Das zeigten unter anderem die zurückgezogenen Anträge bei der europäischen Arzneimittelagentur. Zwischen Paar und G-BA-Vertreter Müller herrscht Einigkeit, dass die Zwischenzeit, bis mehr Studiendaten vorliegen, vorübergehend mit einer Beschränkung der Verordnungsfähigkeit überbrückt werden könne. Staatssekretär Stroppe fürchtet eine Aus-



Prof. W. Dieter Paar, Leiter der Medizinischen Abteilung bei Sanofi-Aventis Deutschland © pag, Fiolka

hebelung des AMNOG-Prozesses, sollten beschleunigte Zulassungen vermehrt auftreten. Der Anteil von gegenwärtig 10 Prozent sei verkraftbar. In der Konsequenz würde dies nämlich ein europäisches Pricing bedeuten. Daher seine Warnung: „Auf diese Karte vollständig zu setzen, hielte ich für einen fatalen Fehler.“

Sanofi ist einer der Hauptsponsoren des Hauptstadtkongresses (HSK), der als das bedeutendste Kongressereignis am deutschen Healthcare-Markt gilt. Rund 8.000 Teilnehmer aus den Branchen Politik, Klinik, Gesundheitswirtschaft, Medizin, Pflege

und sowie Kostenträger besuchen den HSK. In diesem Jahr steht insbesondere das Thema Innovationen im Mittelpunkt.



Der Hauptstadtkongress ist ein Magnet für die Gesundheitsszene. © Foto: WISO, Heimberg

+++ in Kürze +++

■ *Barmer GEK Arzneimittelreport*
Offensive für Biosimilars

Für eine konsequente Verordnung von Biosimilars macht sich Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK, stark. Der aktuelle Arzneimittelreport der Kasse beziffert das damit verbundene Einsparpotenzial für die Gesetzliche Krankenversicherung bezogen auf die nächsten fünf Jahre auf vier Milliarden Euro.



© Alexander Rath - Fotolia.com

Bei der Barmer beträgt das Einsparpotenzial für den gleichen Zeitraum eine halbe Milliarde Euro, heißt es im Report. Einige der umsatzstärksten Biologika verlieren in den nächsten Jahren ihren Patentschutz. Straub will daher jetzt die Weichen dafür stellen, dass Bio-

similars den Sprung vom Nischen- zum Massenprodukt schaffen. Die Mittel seien nicht weniger sicher und wirksam als die Originalprodukte, so dass man auf diese Weise Geld sparen könne, um „an anderer Stelle innovative Therapien bezahlen zu können“, argumentiert er auf der Pressekonferenz am 14. Juni. Da es bei Biosimilars – im Unterschied zu chemisch-synthetischen Generika – keine Austauschbarkeit gebe, steuerten die Ärzte über den Rezeptblock, führt der Kassenchef aus. Er sieht bei den Leistungserbringern noch „Informationsdefizite und Akzeptanzprobleme“, mehr Information und Aufklärung seien nötig. Dem Report zufolge bestehen bei der Verordnung von Biosimilars erhebliche regionale Differenzen. Als Vorbild wird Bremen genannt: Dort verordnen die Ärzte in 54,2 Prozent der Fälle die Nachahmerprodukte, im Saarland beträgt der Anteil nur 27,4 Prozent. Weitere Daten aus der Studie: Die Ausgaben für Fertigarzneimittel steigen bei der Kasse 2015 um 5,2 Prozent gegenüber dem Vorjahr. Insgesamt wendet die Barmer 4,62 Milliarden Euro auf. Auf 2,9 Prozent der Versicherten mit Arzneimittelverordnung entfallen 50 Prozent der Arzneimittelausgaben. Im Jahr 2010 umfasst diese Gruppe noch 4,6 Prozent der Versicherten. Und: Der Kasse zufolge sind Biosimilars im Schnitt etwa 25 Prozent günstiger als das Referenzbiologikum.



Dr. Christoph Straub, Vorstandsvorsitzender der Barmer GEK © pag, Maybaum

■ *Arzneimittelrahmenvereinbarung*

Schiedsspruch mit Weiterentwicklung

Seit dem 1. Juli ist eine neue Rahmenvereinbarung nach § 130b Abs. 9 SGB V in Kraft. Weil sich die Herstellerverbände und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht einigen konnten, hat die Schiedsstelle am 30. Juni entschieden.

Die Ergebnisse zeigen eine moderate Weiterentwicklung. Modifiziert wurde zum Beispiel die „Opt-Out“-Regelung. Zukünftig ist sichergestellt, dass ein Opt-Out auch noch nach dem ersten Verhandlungstermin erfolgen kann. Geändert werden auch die Grundlagen zur Ermittlung des Erstattungsbetrags bei Arzneimitteln mit attestiertem Zusatznutzen: Die bisher vorgesehene Zuschlagslogik wird modifiziert. Die freie Würdigung des Einzelfalls unter Berücksichtigung der Besonderheiten des jeweiligen Therapiegebietes wird dabei explizit vorgegeben, um eine im Vorhinein fixierte algorithmische Zuschlagslogik zu vermeiden. Eine Klarstellung zum Thema Wirtschaftlichkeit von Erstattungsbeträgen unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten wurde nicht getroffen. Hier sieht die Schiedsstelle allenfalls den Gesetzgeber gefordert. Abgesehen von den inhaltlichen Punkten wurde auch entschieden, dass der Verband Pro Generika weiterhin Partner der Rahmenvereinbarung bleibt.

■ *Personalie*

Wasem bleibt Unparteiischer

Prof. Jürgen Wasem bleibt Unparteiischer Vorsitzender der sogenannten AMNOG-Schiedsstelle (gemäß § 130 b Abs. 5 SGB V). Die Position hat er seit dem 1. Juli 2015 inne. Nachdem zwischen den Herstellerverbänden und dem GKV-Spitzenverband keine Einigung auf die Personalie erzielt werden konnte, musste das Los entscheiden. Als Ergebnis dieses Losverfahrens steht fest, dass Wasem und sein Stellvertreter, Dr. Herbert Rische, ein weiteres Jahr der Schiedsstelle vorstehen werden. Die übrigen Besetzungen bleiben unverändert: Zweiter stellvertretender Vorsitzender ist Gerhard Schulte, die unparteiischen Mitglieder sind Dr. Herbert Reichelt und Prof. Frank-Ulrich Fricke, die ersten Stellvertreter Dr. Leonhard Hansen und Prof. Klaus Nagels sowie die zweiten Stellvertreter Wolfgang Kaesbach und Dr. Heinz Riederer.



Prof. Jürgen Wasem © pag, Maybaum

Impressum - Kontakt



■ *Herausgeber*

Sanofi-Aventis Deutschland GmbH
Potsdamer Straße 8, 10785 Berlin
gesundheitintern@sanofi.com

■ *Redaktionsteam*

Sanofi: Judith Kramer, Leevke-Anna Schäfer, Udo Schauder, Ralf Schlautmann, Jochen Thiele, Martina Wolters
Presseagentur Gesundheit (PAG): Lisa Braun, Michael Pross, Albrechtstraße 11, 10117 Berlin

■ *Vi.S.d.P.*

Alle Beiträge: Lisa Braun, Presseagentur Gesundheit.

■ *Bildnachweis*

Alle Fotos Sanofi, wenn nicht anders im Bild angegeben.