

Medikamente und Heilmittel

Mehr Spielraum für Verordnungen



Foto: © Photos.com plus

1,5% mehr Geld wird für die Versorgung mit Heilmitteln bereitgestellt.

Für die Versorgung von GKV-Patienten mit Arznei- und Heilmitteln sollen 2011 jeweils rund 60 Millionen Euro zusätzlich zur Verfügung stehen. Das sieht eine Rahmenvereinbarung vor, die die KBV jetzt mit dem GKV-Spitzenverband abgeschlossen hat.

— Die Arzneimittelausgaben der GKV können damit um 0,2% auf rund 30 Milliarden Euro steigen. Der reale Verordnungsspielraum der Vertragsärzte steigt aber deutlich stärker, weil die seit August um zehn auf 16% erhöhten gesetzlichen Rabatte für Arzneimittel ohne Festbetrag für das ganze Jahr gelten. Dadurch wird die Versorgung kostengünstiger, wobei die Richtgrößen für die Ärzte nicht gesenkt werden.

Die Empfehlungen zu Leitsubstanzen und Verordnungsquoten sind nahezu unverändert geblieben. Regionale Besonderheiten können auf Landesebene vereinbart werden. Erneut mahnte die KBV an, im laufenden Gesetzgebungsverfahren zum AMNOG die Vertragsärzte von der Überregulierung zu entlasten.

Für die Verordnung von Heilmitteln stehen im kommenden Jahr rund vier Milliarden Euro zur Verfügung, also 1,5% oder 60 Millionen Euro zusätzlich. Auch hier bedauert die KBV, dass eine Regelung zur Ablösung von Richtgrößenprüfungen zugunsten von an der Versorgung ausgerichteten Prüfverfahren nicht erreicht worden ist.

H. LASCHET ■

Entscheidend: die Morbiditätsentwicklung

Bundesrat fordert Lockerung der Budgetierung

Der Bundesrat plädiert mehrheitlich dafür, die für 2011 und 2012 geplanten Budgetierungsregelungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser deutlich zu lockern. Begründung: Die Vergütungen dürfen nicht völlig von der Morbiditätsentwicklung abgekoppelt werden.

— Nach dem GKVFinG müssen Länder-KVen und Kassenverbände den Anstieg der Ausgaben für extrabudgetäre Leistungen – mit Ausnahme gesetzlicher Früherkennungsmaßnahmen und neuer Leistungen – auf 0,75% begrenzen. Der Bundesrat fordert nun weitere Ausnahmen: für stationärsersetzende Leistungen, Leistungen mit einem Sachkostenanteil von mehr als zwei Dritteln sowie für Leistungen aus DMPs. Begründung: Eine Begrenzung von Leistungen wie dem ambulanten Operieren (das teure

stationäre Leistungen ersetzt) oder der Dialyse sei politisch nicht gewollt.

Insbesondere mahnt der Bundesrat, an der mit dem WSG 2007 beschlossenen Orientierung der Vergütungen an der Morbiditätsstruktur und -entwicklung festzuhalten, und zwar auch in einer Phase der Kostendämpfung. „Eine zeitweilige Aussetzung dieser systemisch konsistenten Prinzipien des GKV-WSG auf der Seite der ärztlichen Vergütung darf nicht zur Umgehung der grundsätzlich zielführenden morbiditätsad-

justierten Honorargestaltungskriterien führen“, heißt es in der Stellungnahme.

Ferner fordert der Bundesrat, auf die geplanten Mehrleistungsabschläge von 30% bei den Krankenhäusern in den Jahren 2011 und 2012 zu verzichten. Bei einer Personalkostenquote von 65% bliebe den Krankenhäusern nichts anderes übrig, als mit Personalabbau zu reagieren. Angesichts bereits bestehender Engpässe hätte dies für die Patientenversorgung besonders negative Folgen.

Der Bundestag kann diesen Forderungen durch bessere Einsicht folgen – er kann sie aber auch verwerfen, weil das GKVFinG nicht zustimmungspflichtig ist.

H. LASCHET ■