

## INHALT

- **Fehlzeiten-Report: Erkältungswelle lässt Krankenstand 2016 leicht steigen**
- **Virtuelle Klinikschließungen per Mausklick**
- **Zusatzbeiträge: Größe warnt vor Panikmache**
- **Razzia bei Pharmagroßhändlern**
- **Über 19 Millionen Krankenhaus-Behandlungen**
- **Urteil: Chefarzt-OP heißt Chefarzt-OP**
- **Betrug mit Medikamenten: Durchsuchungen in Bayern und Hamburg**
- **Hintergrund: Warum die Zytostatika-Verträge der AOK Maßstäbe setzen**

**Redaktionsschluss dieser Ausgabe:**  
22. September 2016

## ■ Zytostatika-Versorgung: „Streit auf Kosten der Patienten“

Die **Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)** und die **Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG)** schießen gegen die Zytostatika-Ausschreibungen der AOK. Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Martin Litsch, spricht von einer gezielten Kampagne: „Mit falschen Behauptungen und geschickter Desinformation versuchen einzelne Apotheker und Onkologen sowie ihre Verbände derzeit, die vom Gesetzgeber gewünschten Ausschreibungen im Bereich der Zytostatika-Versorgung zu Fall zu bringen.“ Wie schon bei Einführung der **Arzneimittelrabattverträge** würden bei Patienten gezielt Ängste geschürt. „Die qualitativ hochwertige Versorgung der Krebs-Patienten ist auch im Rahmen der Ausschreibungen gewährleistet“, versichert Litsch. Die Ausschreibungen sorgten endlich für mehr Transparenz in einem bislang weitgehend undurchsichtigen Markt mit Riesen-Gewinnspannen. Zudem verkürzten sich durch klare Abmachungen die Lieferwege und erhöhten sich die Qualitätsstandards im Vergleich zur Regelversorgung. Dass es nicht unbedingt im Sinne der Lobbygruppen der Apotheker und Onkologen sei, dass durch Einsparungen die Versicherungsgemeinschaft profitiere, liege auf der Hand, so der Vorstandschef. Weitere Details im Hintergrund ab Seite 7.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Arzthonorare: Eine knappe Milliarde mehr

GKV-Spitzenverband und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) haben Einigung über die Ärztevergütung 2017 erzielt. Die Honorare für niedergelassene Ärzte steigen um insgesamt 978 Millionen Euro. Die Summe setzt sich aus vier Komponenten zusammen. Um 315 Millionen Euro steigt die Preiskomponente über den sogenannten **Orientierungswert**. Die morbiditätsorientierte **Gesamtvergütung** steigt aufgrund der veränderten Krankheitslast der Bevölkerung um 170 Millionen Euro. Für extrabudgetäre Leistungen, wie etwa Vorsorgeuntersuchungen, veranschlagten die Verhandlungspartner ein Plus von 330 Millionen Euro und für die Erstellung und Aktualisierung des Medikationsplans, der den Versicherten ab dem 1. Oktober 2016 zusteht, noch einmal rund 163 Millionen Euro. „Wir begrüßen es, dass wir als Selbstverwaltung eine Lösung gefunden haben. Insbesondere für die Einführung des neuen Medikationsplans wurde die entscheidende Grundlage gelegt“, gaben die Verhandlungsführer, Johann-Magnus v. Stackelberg für die GKV und Dr. Andreas Gassen für die KBV, zu Protokoll. Nun folgen die Verhandlungen zwischen den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und den Kassenvertretern zur regionalen Umsetzung.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ZUR PERSON I



■ **Christoph Weingärtner** spricht ab dem 15. Oktober für den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller (BAH) als künftiger Leiter der Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im BAH, die seit Ende Dezember 2015 in der neuen Berliner Geschäftsstelle des BAH ansässig ist. Weingärtner war bei verschiedenen PR-Agenturen tätig.



■ **Günther Hanke** bleibt weitere fünf Jahre Präsident der Landesapothekerkammer Baden-Württemberg (LAK). Hanke hat den Posten seit 2002. Er war bis Ende 2012 Inhaber einer Apotheke in Heilbronn und ist derzeit als selbstständiger Berater in der pharmazeutischen Industrie tätig.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Fehlzeiten-Report: Erkältungswelle lässt Krankenstand 2016 leicht steigen

Die knapp zwölf Millionen AOK-versicherten Arbeitnehmer waren 2015 etwas häufiger krank als 2014. Der **Krankenstand** erhöhte sich geringfügig um 0,1 Prozentpunkte auf 5,3 Prozent. Jeder Beschäftigte war also im Schnitt 19,5 Tage krank geschrieben. Das zeigt der Fehlzeiten-Report 2016 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO). Grund für den Anstieg war eine Erkältungswelle zu Beginn des Jahres. Die Zahl der Atemwegserkrankungen stieg im Vergleich zu 2014 um 20,2 Prozent. Neben der Arbeitsunfähigkeitsanalyse thematisiert der Report erstmals in Deutschland den Zusammenhang von Unternehmenskultur und Gesundheit. Das Ergebnis einer Umfrage unter gut 2.000 Beschäftigten von 16 bis 65 Jahren zeigt: Beschäftigte, die ihre Unternehmenskultur als schlecht empfinden, sind deutlich unzufriedener mit der eigenen Gesundheit. Das betrifft etwa jeden Vierten. Bei den Befragten, die ihr Unternehmen positiv sehen, ist es nur jeder Zehnte. Der Trend steigender Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen hat sich in den vergangenen zwölf Jahren verstetigt. Mittlerweile geht jeder zehnte Fehltag (10,5 Prozent) auf diese Art der Erkrankung zurück. Durchschnittlich fehlte ein AOK-Mitglied 2,8 Tage wegen einer psychischen Erkrankung im Betrieb und damit 0,1 Tage mehr als 2014. Seit 2004 sind die Fehltagelänge um knapp 72 Prozent gestiegen. Mit 25,6 Tagen je Fall waren die Ausfallzeiten bei psychischen Erkrankungen 2015 mehr als doppelt so hoch wie der Durchschnitt mit 11,6 Tagen.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)

## ■ Virtuelle Klinikschließungen per Mausclick

Mit dem Kliniksimulator informiert der GKV-Spitzenverband künftig im Internet, welche Folgen die Schließung eines bestimmten Krankenhauses für die Versorgungssituation der betroffenen Region hat. Die Frage, welche der vielen Klinikstandorte in Deutschland gegebenenfalls geschlossen oder umgewidmet werden könnten, ist spätestens mit der vergangenen Jahr beschlossenen **Krankenhausreform** akut. Ebenso ist es von zentraler Bedeutung, dass auch in dünnbesiedelten Regionen stets ein Krankenhaus gut erreichbar ist. „Wir sind davon überzeugt, dass mehr Spezialisierung und der Abbau von für die Versorgung nicht benötigter Klinikkapazitäten Hand in Hand gehen müssen“, erläuterte Wulf Dietrich Leber, Abteilungsleiter Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes. Mit dem Kliniksimulator könne man fast häuserblockgenau ermitteln, welche Auswirkungen es auf die Erreichbarkeit habe, wenn ein Krankenhaus geschlossen werden solle. Klickt man eine Klinik an, so stellt die Seite in Karten und Kilometerangaben dar, wie die Situation aktuell ist und was sich im Fall einer Schließung ändert. Die **Deutsche Krankenhausgesellschaft** kritisierte die Seite als „technisches Spielzeug“ ohne wirklichen Nutzen.

Infos: [www.gkv-kliniksimulator.de](http://www.gkv-kliniksimulator.de)

### ZUR PERSON II



■ **Ingo Werner** übernimmt ab dem 15. September die Geschäftsführung des Bundesverbands selbstständiger Physiotherapeuten - IFK. Der langjährigen IFK-Geschäftsführer Dr. Frank Dudda ist in die Kommunalpolitik gewechselt. Seine berufliche Karriere startete Werner als Justiziar beim IKK Landesverband Westfalen-Lippe, bevor er in das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung wechselte. Zuletzt war Werner Director Governmental Affairs beim Pharmaunternehmen Gilead.

## ■ Zusatzbeiträge: Gröhe warnt vor Panikmache

Am 12. und 13. Oktober trifft sich der **GKV-Schätzerkreis** zu seinen jährlichen Beratungen, um im Anschluss die Prognosen über die Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für das kommende Jahr vorzulegen. Auf Basis dessen legt das Bundesgesundheitsministerium den durchschnittlichen **Zusatzbeitrag** für 2017 fest. Minister Hermann Gröhe sprach in der Haushaltsdebatte des Bundestags von falschen Zahlen über steigende

Zusatzbeiträge und versicherte, für derartigen „Alarmismus“ gebe es keinen Anlass. Gröhe verwies darauf, dass die GKV im ersten Halbjahr einen Überschuss von 600 Millionen Euro erwirtschaftet hat. Im August hatten Schätzungen für Unruhe gesorgt, wonach der durchschnittliche Zusatzbeitrag von jetzt 1,1 Prozent bis 2020 auf 2,4 Prozent

steigen könnte. Nach Linken und Grünen forderte jetzt auch die SPD die Rückkehr zur paritätischen Finanzierung. „Die SPD will, dass die Kassenbeiträge wieder zur Hälfte von Arbeitgebern und Arbeitnehmer getragen werden“, sagte der Vorsitzende Sigmar Gabriel in einem Zeitungsinterview. Der Gesundheitspolitiker Burkhard Blienert betonte, es könne nicht sein die steigenden Zusatzbeiträge einseitig bei den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu belassen.“

Infos: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

### KOMMENTAR

Gröhe spricht von Panikmache, traut aber selbst dem Braten nicht. Oder wie lässt sich ansonsten erklären, dass der Minister den Kassen 2017 zusätzlich 1,5 Milliarden Euro aus dem Gesundheitsfonds spendiert, mit der fadenscheinigen Begründung, damit die Kosten für die Versorgung von Flüchtlingen auszugleichen? Eine einmalige Finanzspritze, die zudem der GKV strukturell überhaupt nichts bringt. Da hat doch wohl nicht jemand Panik vor steigenden Zusatzbeiträgen ausgerechnet im Wahljahr? (rbr)

## ■ Razzia bei Pharmagroßhändlern

Insgesamt 50 Mitarbeiter des Bundeskartellamts haben die Büros von acht Pharmagroßhändlern durchsucht. Die Wettbewerbshüter wurden von örtlichen Polizeikräften unterstützt. Die Großhändler stünden im Verdacht, wettbewerbsbeschränkende Absprachen getroffen zu haben, sagte ein Kartellamtsprecher. Es gehe vor allem um sogenannte Kundenschutzabsprachen, bei denen Unternehmen den Markt untereinander aufteilen und vereinbaren, einander keine Kunden abzuwerben. Durchsucht wurden unter anderem Büros von Sanacorp, Gehe und Phoenix. Sanacorp-Sprecher Matthias Dehmel sagte, das Unternehmen sei von der Aktion völlig überrascht worden. „Wir arbeiten in vollem Umfang kooperativ mit den Behörden zusammen, weil auch uns daran gelegen ist, den ungeheuerlichen Vorwurf aus der Welt zu schaffen.“ Ein Phoenix-Sprecher berichtete, dass Geschäftsräume des Pharmahändlers in Mannheim, München und Fürth durchsucht worden seien. Auch Phoenix und Gehe kündigten an, die Untersuchungen vollumfänglich unterstützen zu wollen.

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Über 19 Millionen Krankenhaus-Behandlungen

Um 0,2 Prozent oder 34.800 Fälle ist die Zahl der Behandlungsfälle in deutschen **Krankenhäusern** 2015 auf insgesamt 19,2 Millionen gestiegen. Das hat das Statistische Bundesamt (Destatis) in Wiesbaden ausgerechnet. Hinter der Zahl verbirgt sich nicht zwingend die gleiche Anzahl Patienten, da ein Patient durchaus auch wegen mehrerer unterschiedlicher Erkrankungen behandelt werden kann. Ein Krankenhausaufenthalt dauerte pro Patient durchschnittlich 7,4 Tage und damit ähnlich lange wie im Vorjahr. Die Zahl der Betten in den knapp 2.000 Krankenhäusern in Deutschland ging leicht zurück, um 2.700 auf 498.000 Betten. Die Auslastung lag bei 77,6 Prozent. Einen Zuwachs stellten die Statistiker beim Krankenhauspersonal fest. Die Zahl der Ärzte stieg um 3.100 Stellen oder 2,1 Prozent auf insgesamt 153.900 Beschäftigte. Auch die Personaldecke ist gewachsen um 0,5 Prozent auf 320.200 volle Pflegestellen. Stärker als die Krankenhäuser waren die gut 1.150 Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgelastet. Deren knapp 165.000 Betten waren zu 82,9 Prozent belegt, bei den öffentlichen Einrichtungen sogar zu 91,6 Prozent. Die Zahl der insgesamt 1,97 Millionen Behandlungen in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen lag 0,2 Prozent unter der des Vorjahres.

Infos: [www.destatis.de](http://www.destatis.de)

## ■ Studie: Bei Medizinprodukten wird nicht nur der Arzt gefragt

Beim Kauf von medizinischen Produkten verlässt sich nur gut die Hälfte voll und ganz auf das Urteil des Arztes. Viele Menschen suchen laut einer Studie im Auftrag der Wirtschaftsprüfungs- und Unternehmensberatung PwC nach zusätzlichen Entscheidungshilfen. So hätten 32 Prozent der Befragten angegeben, sich stark an Testberichten und Qualitätstests zu orientieren. Weitere 27 Prozent führten Empfehlungen von Familien und Freunden an. Haben die Menschen die Wahl zwischen Originalmedikamenten und Nachahmerprodukten, sind die meisten Menschen nach der Studie bereit, für das Original einen gewissen Preisaufschlag zu akzeptieren. Vier von fünf Befragten gaben an, dem Original die Treue zu halten, wenn das Nachahmerprodukt nicht mindestens 25 Prozent billiger sei. Zwischen Männern und Frauen gebe es hier deutliche Unterschiede, so die Studie. Bei einem Rabatt von bis zu 25 Prozent wähle bereits jeder vierte Mann das Generikum – allerdings nur rund jede sechste Frau.

Infos: [www.pwc.de](http://www.pwc.de)

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## ■ Urteil: Chefarzt-OP heißt Chefarzt-OP

Der Bundesgerichtshof (BGH) hat die Rechte der Patienten gestärkt. Wer Chefarztbehandlung vereinbart, darf nicht einfach von einem anderen Arzt operiert werden, urteilten die Karlsruher Richter. Dabei spielt keine Rolle, ob der Eingriff korrekt durchgeführt wird. Einem Patienten, der nach einer Hand-OP gesundheitliche Probleme hat, steht damit möglicherweise Schmerzensgeld zu. Der Mann war entgegen seiner Vereinbarung vom stellvertretenden Oberarzt operiert worden. Die Klinik ist der Ansicht, dass das keinen Unterschied macht, weil bei der OP nachweislich keine Fehler passierten. Nach Auffassung des BGH war der Eingriff wegen der fehlenden Einwilligung aber von vornherein rechtswidrig. Die Klinik habe das Vertrauen des Patienten enttäuscht. Das Oberlandesgericht Koblenz muss den Fall nun noch einmal verhandeln und entscheiden.

Infos: [www.bundesgerichtshof.de](http://www.bundesgerichtshof.de)

## ■ Betrug mit Medikamenten: Durchsuchungen in Bayern und Hamburg

Die Polizei ermittelt gegen zwei Geschäftsführer, einen Mann und eine Frau, sowie gegen eine Hamburger Apothekerin. Die beiden Geschäftsführer sollen seit Januar 2013 Arzneimittel in großem Stil bei Herstellern eingekauft haben. Die um 10 bis 60 Prozent rabattierten Medikamente lieferten sie Polizeiangaben zufolge an Apotheken, die die Mittel wiederum zum Listenpreis bei den Krankenkassen abrechneten. Dafür sollen sie von den Firmen rechtswidrige Bonuszahlungen erhalten haben. Die Höhe des Schadens für die Krankenkassen steht noch nicht fest. 58 Beamte durchsuchten elf Objekte in mehreren Hamburger Stadtteilen und stellten rund 150 Kartons mit Akten sowie Datenträger sicher. An den Durchsuchungen in der Nähe von Dachau und Hof waren acht Beamte beteiligt.

## ■ Unternehmen müssen weniger für Künstlersozialkasse zahlen

Der Abgabesatz zur **Künstlersozialversicherung** sinkt von aktuell 5,2 auf 4,8 Prozent. Mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt ist nun offiziell, was Bundessozialministerin Andrea Nahles (SPD) im Juni bereits angekündigt hatte. Mit der Künstlersozialabgabe werden 30 Prozent der Beiträge zur Kranken-, Renten- und Pflegeversicherung von freiberuflichen Künstlern gedeckt. Für 20 Prozent des Beitrags kommt der Bund auf. Die Künstler selbst zahlen – ähnlich wie angestellte Arbeitnehmer – 50 Prozent. Seit zwei Jahren werden die Zahlungen der Unternehmen stärker kontrolliert. Die dadurch gestiegenen Einnahmen haben jetzt die Abgabensenkung ermöglicht.

Infos: [www.bmas.de](http://www.bmas.de)

## Vorschau

G+G | 09/2016

Gesundheit und Gesellschaft

### Veröffentlichen statt verbergen

Die Pharmaindustrie möchte ihre Arzneipreise unter der Decke halten. Das aber schadet dem Wettbewerb zwischen Herstellern und belastet die Beitragszahler. Eine Analyse von Sabine Richard

### Therapie mit Stolperfallen

Die Politik will die Heil- und Hilfsmittelversorgung verbessern. Ihr Reformvorhaben trifft teilweise ins Schwarze, schießt aber hier und da übers Ziel hinaus. Warum, erklärt Bernd Faehrmann

### Klinikumbau mit Hindernissen

Seit Jahren bastelt der Gesetzgeber an neuen Krankenhausstrukturen. Doch auch die jüngste Reform lässt wichtige Fragen außen vor. Antworten von Jürgen Malzahn.

### GKV-Finanzentwicklung – 1. Halbjahr 2016\*

	GKV	AOK	BKK	IKK	EK
Ärztliche Behandlung	3,7	3,5	3,7	4,2	3,9
Behandlung durch Zahnärzte (ohne Zahnersatz)	2,6	3,4	3,8	2,6	1,3
Zahnersatz	-0,5	-1,1	0,3	-0,6	-0,4
Arzneimittel	3,0	1,1	3,9	6,3	3,4
Hilfsmittel	2,6	0,3	2,9	8,8	3,8
Heilmittel	6,7	8,4	9,4	-0,5	5,4
Krankenhausbehandlung	2,4	1,3	3,3	5,5	2,4
Krankengeld	3,6	3,8	4,9	3,3	2,9
Fahrtkosten	5,2	3,1	6,7	10,2	6,6
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	3,1	2,6	4,4	4,7	3,2
Früherkennungsmaßnahmen	0,4	0,9	-0,6	0,9	0,4
Häusliche Krankenpflege	8,4	5,0	8,4	16,0	11,4
<b>Ausgaben für Leistungen insgesamt</b>	<b>3,1</b>	<b>2,2</b>	<b>3,8</b>	<b>4,7</b>	<b>3,3</b>

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im Vergleich zum ersten Halbjahr 2015 um 4,4 Milliarden Euro auf 111 Milliarden gestiegen. Die AOK erzielte im ersten Halbjahr 2016 mit einem Überschuss von 125 Millionen Euro ein solides Ergebnis. Die GKV insgesamt kommt auf ein Plus von 598 Millionen Euro, erstmals seit drei Jahren.

\*Veränderungsrate je Versicherten einschließlich Rentner gegenüber dem Vorjahr in Prozent (Quelle: KV 45, BMG)

Infos: [www.bmg.bund.de](http://www.bmg.bund.de)

## ■ WIdO: Anteil hyperaktiver Kinder nimmt weiter zu

Der Anteil der Kinder mit Aufmerksamkeitsdefiziten und überstarkem Bewegungsdrang nimmt weiter leicht zu. Wurde 2006 noch bei 2,5 Prozent der bei der AOK versicherten Kinder zwischen 3 und 17 Jahren eine Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) diagnostiziert, waren es 2014 schon 4,4 Prozent. Das zeigt eine aktuelle Auswertung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO). Mit dem „ADHS-Elterntainer“ hat die AOK ein neues Angebot für Eltern in schwierigen Erziehungssituationen gestartet. Anhand von 44 Filmsequenzen zu typischen Situationen aus dem Familienalltag vermittelt das Online-Angebot einfache verhaltenstherapeutische Methoden und bietet Hilfe für Mütter und Väter, die durch Verhaltensprobleme ihrer Kinder besonders belastet sind. Das Programm wurde in Kooperation mit dem ADHS-Experten Professor Manfred Döpfner vom Universitätsklinikum Köln entwickelt.

Infos: [www.adhs-elterntainer.de](http://www.adhs-elterntainer.de)



Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

## «BLICKPUNKT HINTERGRUND»

### ■ Zytostatika-Versorgung: Warum AOK-Verträge Maßstäbe setzen

Seit Jahren werden die außerordentlichen Gewinnspannen von Apothekern thematisiert, die Arztpraxen mit Krebsmedikamenten, sogenannten Zytostatika, beliefern. Dazu kommen immer wieder auch Skandale um Abrechnungsbetrug und unzulässige Absprachen zwischen Apothekern und Ärzten. Um diese Missstände zu beheben und die Gewinnspannen für die Versicherten zu erschließen, hat der Gesetzgeber bereits 2009 die Regeln der Zytostatika-Versorgung geändert.

Grundsätzlich ist die Versorgung mit Krebsmedikamenten durch die Ausschreibungen zuverlässiger und sicherer geworden. Die Patienten profitieren wie bisher von einer hochwertigen Versorgung. Die Ausschreibung betrifft nämlich nur die Bezugswege zwischen Arzt und Apotheker. Der Arzt kann sich wegen fester Lieferfristen und eines klaren Notfallplans sicher sein, seine Patienten stets qualitativ hochwertig versorgen zu können. Die Apotheken haben Planungssicherheit, weil sie unabhängig vom behandelnden Arzt wissen, wie viele Patienten sie versorgen. Sie hängen nicht von den persönlichen Entscheidungen eines einzelnen Arztes ab. Es gibt einen festen Ansprechpartner für Krankenkassen und Arztpraxen. Diese hohen Qualitäts- und Versorgungsstandards kann die Regelversorgung so nicht garantieren.

#### » Immer gut versorgt

Im Rahmen der Ausschreibung der Zytostatika-Zubereitungen werden strenge Qualitätskriterien vereinbart und von der bietenden Apotheke schriftlich bestätigt. Aktuell verpflichtet sich jeder AOK-Vertragspartner, nach Anforderung durch den Arzt eine Zytostatika-Zubereitung innerhalb von 45 Minuten liefern zu können. Der Arzt muss dem Apotheker allerdings 24 Stunden vorher ankündigen, dass er das Präparat voraussichtlich am nächsten Tag benötigt. Die Ausschreibungskonzeption wird fortlaufend überprüft und optimiert.

Die Regelversorgung hingegen kennt keine zeitlichen oder räumlichen Vorgaben für eine Ad-hoc-Belieferung oder einen Notfallplan für den Fall, dass die zugesicherte Herstellung des Krebsmedikaments nicht möglich ist. Ärzte müssen sich gegebenenfalls selbst absichern oder die Therapien umplanen. Beides führt zu erheblichem Mehraufwand, Verzögerungen und zu einer schlechteren Versorgung.

#### » Durchgängig transparent

Ein offenes Verfahren und nicht ein einzelner Arzt entscheidet über den Lieferpartner. Alle Apotheken können sich beteiligen. Bereits vor Vertragsbeginn ist transparent, welche Apotheke herstellt oder wo sie Medikamente zukaft. Die Ausschreibung macht die Marktpreise transparent und führt zu Einsparungen für die Krankenkassen als Treuhänder ihrer Versicherten.

In der Regelversorgung heißt es hingegen: „Wer kann, der darf.“ Das macht vor allem Lieferwege intransparent. Apotheken haben die Möglichkeit, sich

Der aktuelle gesundheitspolitische E-Mail-Newsletter der AOK

von einer anderen Apotheke mit Zytostatika-Zubereitungen beliefern zu lassen, die sie dann selbst an die Arztpraxis abgeben, ohne dass der Arzt zwingend weiß, ob er sein Medikament von „seiner“ Apotheke direkt oder über deren Zulieferer bezieht. Der Zytostatika-Markt ist aufgrund der Intransparenz zudem sehr anfällig für Korruption. Für neue Apotheken im Markt ist es schwierig, einen Arzt als Abnehmer zu finden. Wirtschaftlichkeitsreserven kommen nicht der Versichertengemeinschaft zugute.

#### » Regional und nah

Die AOK hat die Versorgung bewusst an öffentliche Apotheken vergeben und auch nahezu flächendeckend regionale Apotheken im Vertrag. Standardisierte Regelungen zur Ad-hoc-Belieferung stärken die regionale Nähe zwischen Arzt und Apotheke. In vielen Fällen werden die Praxen wie bisher von Apotheken aus der Region beliefert.

Nähe zum Patienten kann die Regelversorgung nicht sicherstellen. Der Arzt sucht sich unter den spezialisierten Apotheken, die in diesem Markt tätig sind, die Apotheke nach eigenem Belieben aus. Dabei bleibt es ihm ebenso überlassen, ob er eine oder mehrere Apotheken wählt und ob er die nächstgelegene oder eine weit(er) entfernte wählt. Eine AOK-Analyse hat ergeben, dass der Arzt oftmals nicht die nächstgelegene Apotheke als Vertragspartner wählt. Mitunter lagen zwischen Praxis und Apotheker bis zu 500 Kilometer.

#### » Stand der Dinge zwischen Rhein, Main und Ostseeküste

Eine Befragung der AOK Hessen im August 2016 hat gezeigt, dass die Versorgung zu 95 Prozent problemlos läuft. Knapp 70 Onkologen sind nach Ausschreibung an der Versorgung beteiligt. Nur in drei Fällen hat es Missverständnisse zwischen Apotheke und Arztpraxis, etwa hinsichtlich der Haltbarkeit bestimmter Zytostatika-Zubereitungen, gegeben.

Bei der AOK Nordost hat es kaum Wechsel der Lieferapotheke gegeben. Dort, wo die Entfernung zu den neuen Lieferapotheken als „grenzwertig“ eingestuft werden konnte, hat sich die AOK Nordost im Vorfeld des Vertragsabschlusses zusichern lassen, dass die Ad-hoc-Belieferung verlässlich gesichert werden kann.

In zwei rheinischen Losgebieten haben die Apotheken den Vertrag gekündigt. Zur Sicherstellung der Versorgung hat sich die AOK Rheinland/Hamburg entschlossen, dass die onkologischen Praxen in den beiden Gebieten die erforderlichen Krebsmedikamente für ihre Patienten umgehend über eine Apotheke ihrer Wahl beziehen konnten.

In Hamburg hat die AOK Rheinland/Hamburg am 29. Juli 2016 der Elb-Apotheke den Vertrag zur Versorgung mit Zytostatika im Hamburger Norden noch vor Inkrafttreten gekündigt. Die Staatsanwaltschaft ermittelt gegen den Apotheker. Die Versorgung der Patienten im Hamburger Norden mit Krebsmedikamenten ist weiterhin gesichert.

Infos: [www.aok-bv.de](http://www.aok-bv.de)