

24 – 16

Inhaltsverzeichnis

16. Juni 2016

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Größe und andere nehmen sich die Heil- und Hilfsmittelerbringer vor

Seite 2

Gesetzliche Krankenversicherung:

TK-Change-Management: Schlagabtausch um „Retuschen“!?

Seite 4

Statt Solvadi-Preise: Arzneimittel gibt es demnächst geschenkt

Seite 7

Personalia:

Seite 8

dfg

dfg - Dienst für Gesellschaftspolitik · gegründet 1962 von Albert Schiefer (+) · ISSN 1615-4436 · A 53191 · Chefredakteur: Wolfgang G. Lange
Anschritt von Verlag und Redaktion: MC.B Verlag GmbH · Hannoversche Str. 22 · 10115 Berlin-Mitte
Vertrieb: Telefon 0 30/275 965 90 · Telefax 0 30/275 965 92 · E-mail: Lange@mcb-verlag.de
Redaktion: Telefon 030/275 965 91 · Mobil: 01 72/25 00 324 · E-mail: Lange@dfg-online.de · www.dfg-online.de

Bankverbindung: Deutsche Apotheker- und Ärztebank (BLZ 300 606 01) Konto-Nr. 000 344 56 58
IBAN: DE29 3006 0601 0003 4456 58 - BIC: DAAEDEDXXX

Der „dfg“ ist nur im Jahresabonnement (p.a. € 480,00; jeweils inkl. Versand, zzgl. Mwst.) erhältlich. Im Laufe des Jahres eingegangene Abonnements werden pro rata temporis abgerechnet.
Der „dfg“ ist urheberrechtlich geschützt, jede Art des Kopierens, des Ab- und Nachdruckes, der Vervielfältigung, Speicherung auf elektronischem oder anderem Wege bzw. Weiterverbreitung bedarf der schriftlichen Genehmigung durch den Verlag. Es gelten die AGB-Bestimmungen des Verlages in der jeweils gültigen Fassung.

Gesundheits- und Sozialpolitik:

Größe und andere nehmen sich die Heil- und Hilfsmittelerbringer vor

(dfg 24 – 16) Die bundesdeutschen Heilmittelerbringer fühlen sich anscheinend regelrecht verfolgt und ihre tägliche Arbeit nicht richtig gewürdigt. Nicht nur vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), sondern auch von den Gesundheitspolitikern in Berlin. So zeigte sich der Spitzenverband der Heilmittelverbände (SHV) am 9. Juni 2016 „enttäuscht“ von den jüngsten Berechnungen des Kassenverbandes zu den „Preisuntergrenzen“ (PUG) gem. § 125 Abs. SGB V. Teilweise witterte der SHV sogar Gesetzesverstöße, weil man in der Berliner Reinhardtstraße bei der PUG-Berechnung bestimmte Nebenleistungen wie z.B. Hausbesuchspauschalen in Heimen bei dem Gebührenvergleich ausgeklammert habe. Gleichzeitig sickerte in der Hauptstadt zusätzlich noch ein sich in der Ressortabstimmung befindlicher Referentenentwurf eines „Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung“ durch. Auf 36 Seiten hatten die Beamten des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) bis zum Stichtag 23. Mai 2016 einmal aufgeschrieben, wie sie sich die Neuregelung in den beiden Leistungsbereichen vorstellen. Bei einigen der Beteiligten stieß der Inhalt auf schlichtes Entsetzen. Schon vorher hatten gerade Verbände aus der Physiotherapie die von der Bundesregierung vertretene Meinung, die finanziellen Bedingungen der Heilmittelerbringer seien „stabil“ als „schöngerechnet“ bezeichnet und auf die prekäre Situation der bestehenden Kleinstpraxen hingewiesen.

Die Hämatologin und Onkologin Dr. med. Antje Haas besetzt seit März 2012 als Abteilungsleiterin Arznei- und Heilmittel eine der wichtigsten Schaltstellen beim GKV-SV. In ihrem Ressort geht es meist um viel Geld – und um noch mehr Ärger. Denn allein die Umsetzung der AMNOG-Vorgaben muß von ihren kleinen Teams gestemmt werden. Mit ihrem letzten Heilmittel-Rundschreiben vom 8. Juni 2016 dürfte die Ärztin eine neue Streit-Front eröffnet haben. Sie informierte die elf beteiligten Verbände über die aktuell vom GKV-SV ermittelten PUG für das Erhebungsjahr 2016. Dabei machte sie darauf aufmerksam, daß die „Umsetzung des gesetzlichen Auftrages“, der im § 125 Abs. 3 SGB V normiert ist, voraussetze, daß sich „die zu ermittelnden Preisuntergrenzen auf vergleichbare Positionen beziehen“. Allerdings, so räumte sie ein, da aufgrund der bestehenden Vertragsfreiheit nicht alle Heilmittelpositionen „einheitlich zwischen den kassenseitigen Vertragspartnern vereinbart“ waren, sei es erforderlich gewesen, für einzelne Positionen zwei PUG zu ermitteln. Sie gestand auch ein, daß der GKV-SV neben anderen spezifischen Leistungen für „reine Nebenleistungen wie Wegegelder oder Übermittlungsgebühren“ keine PUG berechnet hätte. Grund dafür sei, „daß es sich hierbei nicht um vergütete therapeutische Leistungen, sondern um eine Entschädigung für einen erhöhten Aufwand im Zusammenhang mit der Heilmittelerbringung handelt.“

Mit dieser Art von Rechtsauslegung wollte und konnte sich der SHV nun überhaupt nicht einverstanden erklären. Er forderte den GKV-SV unmißverständlich auf, den nach seiner Ansicht nach begangenen Gesetzesverstoß zu heilen und die „fehlenden Vergleichspreise“ unverzüglich nachzuliefern. Das war die öffentliche Retourkutsche. Folgt man jedoch internen Papieren der Betroffenen, dann „trickste“ der GKV-SV angeblich auch an anderen Stellen. So erschwere die Nichtberücksichtigung der Hausbesuche künftige Verhandlungen in vier Bundesländern wie z.B. dem Flächenland Niedersachsen. Bei bestimmten, im Osten der Republik bzw. in Berlin mit großen

Versichertenklienteles gesegneten Kassen wie der KBS, der AOK Nordost oder der IKK classic ständen den Heilmittelerbringern Erhöhungen bei dieser Position von bis zu 25 Prozent zu. Auch beim neu auszuhandelnden vdek-Vertrag wären Erhöhungen fällig. Summa summarum handele es sich um ein Volumen in zweistelliger Mill.-€-Höhe, die durch das Handeln des Spitzenverbandes den Heilmittelerbringern in den kommenden Jahren drohten „flöten“ zu gehen. Bei einem Ausgabenvolumen von über 220 Mrd. € in der GKV sicherlich eine zu vernachlässigende Größe, aber für Inhaber kleiner Praxen Mehreinnahmen, die diese sicherlich gerne realisieren würden. Einige Beteiligte durchforsteten zudem in Windeseile die PUG-Daten des GKV-SV. Und fanden Fehler über Fehler – vor allem in vier Bundesländern. Scheinbar, so die Verbandsprüfer, hätten wohl einige Kassen ihrem eigenen Verband alte Preise, falsche oder fehlerhafte Preise übermittelt. Im Fall einer bundesweit tätigen Kasse sei das sogar dem GKV-SV bekannt gewesen, trotzdem habe er die Daten aus der offiziellen Mitteilung verwandt. So ärgerlich das für die Heilmittelerbringer auch sein mag, bei einer „Revision“ der Daten durch die Haas-Truppen dürften dieser Art von Fehlern sicherlich auszumerzen und für die Kassen finanztechnisch tragbar sein.

Ähnliches erwarten einige führende Repräsentanten der Verbände auch vom BMG-Gesetzentwurf. Gerade im Hilfsmittelbereich droht durch eine Umsetzung des bis jetzt Erarbeiteten eine Revolution. In der Friedrichstraße will man nämlich die wettbewerbliche Ausrichtung stärken und führt daher ein striktes Vertragsprinzip mit klaren Ausschreibungsregelungen ein. Die Gesundheitspolitiker der Koalition erwarten damit einen intensiveren Preiswettbewerb und natürlich Kosteneinsparungen. Damit die Qualität nicht auf der Strecke bleibt, will man zeitgleich stringente Vorschriften zur Struktur-, Produkt- und Prozeßqualität im SGB V implementieren. Das längst nicht mehr so aktuelle Hilfsmittelverzeichnis soll vom GKV-SV bis zum 30. Juni 2018 auf den neuesten Stand gebracht werden und „sämtliche Produktgruppen“ umfassen – eine wahre Herkulesaufgabe für den Kassenverband. Die Überwachung der Strukturqualität soll durch die Deutsche Akkreditierungsstelle (DAkKS) erfolgen. Garniert mit Auffälligkeits- und Stichprobenprüfungen will man die Leistungserbringer stärker überwachen. Auch in die Wund- und Verbandversorgung will man stärker eingreifen. Der Gemeinsame Bundesausschuß (G-BA) darf mal wieder ran und sich um die Details der Versorgung kümmern.

Im Heilmittelbereich warten drei wesentliche Veränderungen auf die Erbringer. Das Entfallen der Vorlagepflicht ihrer Vergütungsvereinbarungen bei den zuständigen Aufsichts dürften sie begrüßen, die durch eine neue Schiedsstellenregelung ersetzt werden soll, die klare Zeitvorgaben für die Verfahren vorschreibt. Damit hebt das BMG auch die Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität bei den Heilmittelerbringern auf. Regelrechte Debatten werden beim vorgesehenen neuen § 64d SGB V „Modellvorhaben zur Heilmittelversorgung“ zu erwarten sein. Damit will das Ministerium die auch vom CDU-Mitglied im Bundestagsausschuß für Gesundheit, Dr. phil. Roy Kühne MdB (48), propagierte „Blankoverordnung“ für Physiotherapeuten erproben. Mit diesem Kompromißvorschlag, der einen „Direct Access“ der Patienten zu ihren Therapeuten gezielt verhindert, sollen unter bestimmten Bedingungen z.B. die Kühneschen Berufskollegen – also Physiotherapeuten – „über die Auswahl und die Dauer der Therapie sowie die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen“. Der behandelnde Arzt stellt nur noch die Diagnose und legt die Indikation fest, den Rest regelt der Therapeut. Für eine Überführung in die Regelversorgung sollte in jedem Bundesland ein Modellvorhaben durchgeführt werden

Gesetzliche Krankenversicherung:

TK-Change Management: Schlagabtausch um „Retuschen“!?

(dfg 24 – 16) Jahrzehntelang zeichnete sich die aktuell größte Krankenkasse Deutschlands, die Hamburger Techniker Krankenkasse (TK), dadurch aus, daß ihre Entscheidungsträger frühzeitig die strukturellen und personellen Anforderungen der Zukunft erkannten und entsprechend die „Weichen“ der Kasse darauf ausrichteten. Der so angeschobene Veränderungs-Prozeß gelang in der Regel, die Körperschaft zehrt noch heute davon. Eigentlich will sich die TK nun auf die Zeit nach 2020 vorbereiten. So sollen erste Vorschläge auf einer Klausurtagung des Verwaltungsrates präsentiert werden, die am 17. Juni 2016 im Timmendorfer Strand bei Lübeck beginnt. Ihr abschließendes Votum will die Selbstverwaltung am 15. Juli 2016 bei der nächsten, turnusgemäßen Sitzung abgeben. Große, einschneidende (Personal-)Beschlüsse wie z.B. bei den anderen beiden „Super-Tankern“ der Branche, BARMER GEK und DAK-Gesundheit, sind nach den TK-Unterlagen, die der dfg-Redaktion vorliegen, nicht zu erwarten. Eher könnte man sie als „Retuschen“ bezeichnen. Dennoch eröffnete am 9. Mai 2016 der TK-Hauptpersonalrat (HPR) eine veritable verbale und schriftliche Kanonade und warnte vor den möglichen Gefahren für die Belegschaft, die sich aus den Ideen des Vorstandes ergeben könnten. Das sind ganz neue, rauhe Töne, die man in ungewohnter Weise aus der Bramfelder Straße in Hamburg vernehmen muß. Der seit 2012 amtierende Vorstandsvorsitzende der TK, Dr. med. Jens Baas (49), und der gerade eben wiedergewählte HPR-Vorsitzende Sven Bochow (52) kommen anscheinend menschlich nicht mehr großartig miteinander aus.

Bei den meisten Mitgliedern des Kontrollgremiums dürfte mittlerweile die Botschaft angekommen sein, daß die „schönen Tage“ trotz allen, ungehemmten Wachstums, „vorbei sind“. Nicht nur in Aranjuez am Tajo wie in Schillers „Don Carlos“, auch in der harten Realität an der Alster. Im trügerischen Schein von 7.181.834 Mitgliedern zum Stichtag 1. Mai 2016 mag man sich sonnen. Nichts ist so schön als von einem Nettozuwachs von 137.367 Mitgliedern innerhalb von vier Monaten zu träumen. Vor allem, wenn im gleichen Zeitraum die beiden ärgsten Verfolger mit einem Minussaldo fertig werden müssen. Die BARMER GEK verlor im gleichen Zeitraum 36.197 Mitglieder, die DAK-Gesundheit verließen 157.265 bzw. 3,19 Prozent des gesamten Bestandes schon fast fluchtartig. Doch viele der Neuzugänge sind „vergiftet“ – schon vor Jahren setzte bei der TK die so genannte „Durchmischung“ ein. Aus einer relativ jungen Kasse mit vielen hoch qualifizierten Jung-Akademikern und einer geringeren Morbiditätsquote als branchenüblich wurde langsam, aber sicher eine „normale“ Kasse. Der darüber hinaus die diversen Auswirkungen der Stellschrauben des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) zusetzen.

Noch, aber nur „noch“ glänzt die Kasse mit ihren ebenfalls in die Jahre gekommenen technischen und strukturellen Vorteilen wie der einer eigenen IT oder einem besonderen Leistungsmanagement. Immerhin konzidierten die deutschen Experten der U.S.-amerikanischen Unternehmensberatung McKinsey Inc. jüngst dem Leistungsbereich, daß er gut aufgestellt sei. Vergleicht man die vor kurzem durchgesickerten Finanzzahlen der sechs Ersatzkassen gem. Formblatt KJ1 für das Jahr 2015, da können die TKler „noch“ ganz zufrieden sein. Schloß die Nr. 3 der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die DAK-Gesundheit, in der Kostenklasse 46 „Krankenhaus mit AHB“ mit

Ausgaben je Versicherten in Höhe von 1.123,53 € ab, so waren es bei der BARMER GEK noch 1.004,95 € bei der TK aber nur 676,13 €. Das schaffte nicht einmal die ansonsten finanziell erfolgsverwöhnte Bremer handelskrankenkasse (hkk), die sich Krankenhaus-Ausgaben von 698,88 € je Versicherten „leistete“. In den meisten anderen Leistungsbereichen sah es nicht anders aus. Dennoch: In 2015 überstiegen bei der TK die Ausgaben die Einnahmen und Zuweisungen um 27,59 €.

Bei der Tanker-Größe der Kasse war damit ein Rückgriff in die Rücklagen in Höhe von 257,4 Mill. € notwendig. Auch bedingt durch eine teure, aber sicherlich notwendige Maßnahme zur Optimierung der Altersrückstellungen. In einem Drei-Jahres-Zyklus sollen so rund eine dreiviertel Mrd. € an Rückstellungen für die TK-Pensionen wandern. Rechnet man diesen Betrag heraus, hätten die TK-Verwaltungskosten im Jahr 2015 bei rund 106 € je Versicherten gelegen und die Kasse noch ein „ausgeglichenes Ergebnis“ in der Bilanz ausweisen können. Dann wäre die DAK-Gesundheit auf weiter Flur innerhalb des vdek allein geblieben, sie verzeichnete nach den der dfg-Redaktion vorliegenden vdek-Zahlen ein noch höheres reales Minus als die TK, nämlich über 314 Mill. € oder einen Ausgabenüberschuß von 51,01 € je Versicherten. Sogar die BARMER GEK, die sich bekanntlich völlig im Umbauprozeß befindet, fuhr ein ähnliches marginales, aber immerhin ein Plus von 65 Eurocent je Versicherten ein. Die so erzielten 5,5 Mill. € wiegen bei den Wuppertalern Selbstverwaltern sicherlich anders als die kapitalen 4,70 € je Versicherten bei der ebenfalls in Hamburg beheimateten Hanseatischen Krankenkasse (HEK).

Ist man ganz böse, dann muß man konzedieren: Vor dem finanziellen „GAU“ retteten die TK im Vorjahr nur ihre Mitarbeiter bzw. die Strukturen. Anders ausgedrückt: Die Verwaltungskosten. „Noch“ liegt man in der Bramfelder Straße bei vdek-unterdurchschnittlichen 132,25 € je Versicherten. Doch die kleinen und wendigen vdek-Schwestern hkk (112,08 €) und HEK (116,84 €) können Verwaltung im besten Daubenbüchelschen Sinne „besser“, weil sie sensibler auf das leichte Verstellen von Stellschrauben der Bürokratie reagieren. Je größer ein „Super-Tanker“ halt wird, umso schwerer lenk- und führbar wird er, diese ernüchternde Erkenntnis hatte nicht nur der frühere Präsident des Bundesversicherungsamtes (BVA). Daher „glänzte“ im Jahr 2015 die DAK-Gesundheit mit Netto-Verwaltungskosten 165,79 € je Versicherten und die BARMER GEK 146,27 € - während sich die Hannoveraner KKH mit 134,85 € fast an die Werte der TK herangerobbt hatte.

Man sieht, an manchen Stellen bröckelt der Putz im TK-Gebäude. Der Morbi-RSA tat ein Übriges dazu. Und die bis vor zwei Jahren auf Grund von heftigem politischen Druck ausgezahlte „Dividende“ nagte ebenfalls an den Bar-Beständen des „Juliusturmes“ der Körperschaft. Schon bei der letzten Revision der TK-Strukturen 2010 versuchte die damalige Führungsspitze Hand an einige (Personal-)Bedingungen zu legen. Aber angesichts eines damaligen Jahresüberschusses von knapp einer halben Mrd. € und der Scheu vor Auseinandersetzungen mit den Mitarbeitern unterblieben tiefgreifende, vermutlich schon damals notwendige Einschnitte.

Doch wenn absehbar ist, wann die Leistungsausgaben nicht mehr durch die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds gedeckt sind und man sich nur über seine exzellent aufgestellten Verwaltungsstrukturen „retten“ kann, dann muß etwas geschehen. Das weiß jeder Unternehmenslenker. Bereits 2013 begann das damals für das Ressort „Markt und Kunde“ (MK) zuständige Vorstandsmitglied Frank Storsberg (50) mit den Vorbereitungen für das Jahr 2020. Der ehemalige Vor-

standsvorsitzende der AOK Thüringen setzte auf das Konzept der „Regionalen Marktbearbeitung“ und die Einflüsterungen der deutschen Tochter der U.S.-amerikanischen Unternehmensberatung The Boston Consulting Group (BCG). Für dieses Unternehmen arbeitete bekanntlich früher TK-Chef Baas höchstselbst. Und das AOK-System zehrt noch immer von seinen Planungen. Doch seine Düsseldorfer und Stuttgarter Epigonen mögen zwar die europaweite TK-Ausschreibung 2013 klar gewonnen haben, aber an der Alster zu reüssieren vermochten sie anscheinend nicht. Schenkt man den kritischen Äußerungen des HPR-Vorsitzenden Bochow Glauben, dann produzierten die BCG-Experten alle drei Monate neue Charts. Nicht jedoch verwertbare Vorschläge. Angesichts der Honorarforderungen in Mill.-€-Höhe nicht nur für den HPR ein beschämendes Ergebnis.

Bei der TK ist nicht nur Storsberg seit dem 18. Februar 2016 längst Geschichte (vgl. dfg 8 - 16, S. 9). Auch sein Ansatz von der „regionalen Marktbearbeitung“. Baas ließ sich von seinem Verwaltungsrat für dessen Ressort „Markt und Kunde“ in die Verantwortung nehmen. Und seither liegt er wohl mit seinem HPR über Kreuz. Denn statt vollständig auf die externen Berater zu setzen, ließ der Vorstandschef seine elf Marktregionsleiter am 3. Juni 2016 in Hamburg zum Rapport erscheinen. Diese hatten zuvor selbst ihre regionalen Strukturen durchleuchtet und präsentierten nun ihrerseits ihre eigenen „Proposals“. Sprich: Die Vorschläge kommen aus dem mittleren Management der Kasse und dürften seither nur notdürftig von den BCG-Truppen mit Charts „garniert“ worden sein.

Dennoch, eine kleine Revolution dürfte trotzdem am 15. Juli 2016 auf der Agenda des Verwaltungsrates stehen. Denn bei der Überprüfung der Arbeitsstrukturen der rund 250 Geschäftsstellen der TK dürften einige „auf der Strecke“ bleiben. Bei ihnen ist zu wenig los. Die wegen der Auswirkungen des EKT-TK hoch bezahlten Kassenmitarbeiter drehen dort angeblich Däumchen. Das geht bekanntlich in Geld und ist wenig ökonomisch. In anderen Marktregionen machte man hingegen „Bedarf“ geltend. Dort würden die Führungskräfte der Kasse gerne neue Geschäftsstellen eröffnen. Aktuell, wenige Tage vor der Klausur der Selbstverwalter am Timmendorfer Strand, wechseln immer noch die Charts, die dort präsentiert werden sollen. Stimmen die letzten Informationen, dann stehen in den nächsten zwei Jahren Geschäftsstellen zur Schließung an oder werden zusammgelegt. Aber gleichzeitig neue eröffnet. Per Saldo könnten 25 bis 35 wegfallen – allerdings ohne den Verlust auch nur eines Arbeitsplatzes. 150 bis 200 Mitarbeiter – von 13.000 – müßten umgesetzt werden, kürzere oder längere Wege zur Arbeit in Kauf nehmen. Mehr nicht! Wahrhaft königliche Kleinigkeiten im Vergleich zum aktuellen Umbau der BARMER GEK, bei dem Tausende von Arbeitsplätzen auf der Strecke bleiben oder dem, was der DAK-Gesundheit noch bevorsteht. Oder das bei der IKK Classic, der Nr. 6 der Branche, noch angegangen werden muß (vgl. dfg 23 – 16, S. 2ff.).

Wenn da nicht der HPR wäre. Für einige der Manager aktuell ein „Brunnenvergifter“, für andere Mitarbeiter ein Gremium, das für ihre Rechte kämpft. Und die Kommunikations-Fehler, die der wohl unter selbst produziertem Leistungsdruck stehende Vorstandsvorsitzende Baas zuließ. Am 2. Mai 2016 informierte der TK-Vorstand anscheinend die HPR-Mitglieder über den damals „brandheissen“ Sachstand. Am 9. Mai 2016 erschien dann eine schriftliche wie interne Mitarbeiterinformation. Das hätten die beiden Vorstände zu diesem Zeitpunkt lieber sein gelassen. Ein Satz wie „Kundencenter zu betreiben, die die Kunden nicht nutzen und auch in Zukunft nicht nutzen werden.

macht keinen Sinn“, mag absolut der Wahrheit entsprechen, von psychologischer Feinfühligkeit zeugt er nicht. Zu schnell erzeugen tatkräftige Entscheidungsträger mit ihrer Wortwahl Ängste unter ihren Mitarbeitern. Und liefern internen Kritikern Munition. Auch wenn es nach drei Jahren seit 2013, in denen man es meist bei Ankündigungen beließ, an der Zeit war, mit Realem aufzuwarten.

Wenn die bis dahin vorliegenden Phobien dann z.B. vom HPR verbal und schriftlich noch ordentlich geschürt werden wie seit Mai 2016, dann ist Feuer unterm Kessel. Etwas Ungewohntes in der Bramfelder Straße. Doch die Zeiten, in denen eine legendäre Gabriele Sokolowski (+) und ihr Nachfolger, der heutige TK-Arbeitsdirektor Marko Bösing (55) dem Vorstand wie der Selbstverwaltung in harten, aber hinter verschlossenen Türen geführten Verhandlungen üppige Zugeständnisse entlocken konnten, die sind vorbei. Baas und Bochow können menschlich nicht miteinander. Das merkt man, wenn man unabhängig voneinander mit ihnen redet. Man hat den Eindruck, daß der westdeutsche Professorensohn und der rechts der Elbe aufgewachsene Akademiker sich nicht verstehen wollen – auch wenn beide Hochdeutsch reden. Im Gegensatz zur früher scheint die zwar ins Geld gehende, aber dank der einvernehmlichen „Partnerschaft“ zwischen Kassenlenkern und der Mitarbeitervertretung auch für beide Seiten „ertragreiche“ Zeit der Vergangenheit anzugehören. Doch noch ist es nicht soweit, daß wie am 13. Juni 2016 bei der ebenfalls in Hamburg beheimateten SECURVITA Krankenkasse zum dritten Mal in diesem Jahr von der Gewerkschaft der Sozialversicherung (GdS) zum Streik aufgerufen wird. Aber wenn die Männer-„freundschaft“ an der Alster weiterhin so andauert, kann das auch dort passieren.

Statt Solvadi-Preise: Arzneimittel gibt es demnächst geschenkt

(dfg 24 – 16) Nur mit Mühe haben sich die bundesdeutschen Krankenkassen und die Berliner Politik an die jüngsten Preisfindungsversuche meist U.S.-amerikanischer Pharmakonzerne wie z.B. beim Produkt „Solvadi“ gewöhnt. Daß es auch völlig anders geht, darauf machte die AOK Baden-Württemberg am 10. Juni 2016 aufmerksam. Aufgrund einer Entscheidung des zuständigen Vergabesenates beim Oberlandesgericht Düsseldorf (OLG) vom 8. Juni 2106 sollen die Körperschaften künftig gezwungen werden, daß sie „geschenkte Arzneimittel“ akzeptieren müssen (Az.: VII-Verg 57/15) Die Entscheidungsgründe liegen noch nicht vor. Aber nach Ansicht der Ortskrankenkasse hebelt das Kartellgericht mit seinem Urteil „die vergaberechtlich verankerte Auskömmlichkeitsprüfung der Angebote im Rahmen des Vergabeverfahrens aus.“

Bekanntlich zeichnet die Stuttgarter Kasse seit Jahren federführend für alle elf AOK-Schwestern für das Verfahren zur Ausschreibung der Rabattverträge verantwortlich. Im Laufe der Zeit dürften den AOK-Juristen so einige erstaunliche Verfahren und Aktionen von auf den Markt drängenden Pharmaunternehmen untergekommen sein. Auch unschickliche Angebote welcher Art auch immer werden darunter gewesen sein. Denn Ökonomen wissen, daß nicht nur finanzkräftige Firmen gerne mit einem so genannten „Preisdumping“ Wettbewerber vom Markt verdrängen möchten.

Eigentlich müßte sich der Stuttgarter AOK-Chef Dr. iur. Christopher Hermann (61) über möglichst günstige Gebote bei seinen Ausschreibungen also freuen. Jetzt allerdings stellt sich der AOK-Chef quer. Er wollte und will dem sachsen-anhaltinischen Unternehmen namens Mibe GmbH keinen Zu-

schlag erteilen. Und zwar, weil dessen Angebot zugegebenermaßen „zu günstig“ ist. Die Tochter der Grünwalder Dermapharm AG hatte in einer Rabattvertrags-Ausschreibung für Kontrazeptiva mitgeboten. Offenbar mit einem „sehr niedrigen Preis“, der „erheblich unterhalb des Marktpreises“ bzw. denen der Mitbewerber lag, wie aus den Entscheidungsgründen der 2. Vergabekammer des Bundes vom 9. Dezember 2015 hervorgeht (Az.: VK 2 – 107/15). Die AOK sprach sogar von einem Gratis-Angebot. Die Kasse wollte Mibe daher von dem Verfahren ausschließen. Und zwar mit dem Argument, das Angebot sei „nicht auskömmlich“. Das wollte man in Brehna bei Halle an der Saale nicht hinnehmen und beschritt den Rechtsweg. Zuerst in Bonn, jetzt beim OLG Düsseldorf. Erstinstanzlich gab die Vergabekammer dem Unternehmen Recht. Zwar sei die AOK zu Recht davon ausgegangen, daß das Angebot nicht auskömmlich sei. Aber: Der Hersteller habe damit wettbewerbskonforme Ziele verfolgt. Denn in Brehna setzt man auf die Selbstzahlerinnen, wenn das Produkt via AOK-Rabattvertrag erst einmal so richtiggehend im „Markt“ bei den bis 20jährigen Frauen verbreitet ist. Durch den von den Selbstzahlerinnen verursachten Mehr-Umsatz zum Apothekenverkaufspreis wird also das Produkt wieder „auskömmlich“. Diesem Ansinnen folgte die Vergabekammer und anscheinend auch das Düsseldorfer OLG. Bislang halte Mibe bei den fraglichen Wirkstoffen einen Marktanteil von drei Prozent. Daß es damit in der Lage sei, andere Wettbewerber vom Markt zu verdrängen, hielt schon die Vergabekammer für nicht möglich. „Das Bestreben eines Unternehmens, auf einem bislang nicht zugänglichen Markt mit einem Angebot Fuß zu fassen, ist von der Rechtsprechung als wettbewerbskonformes Ziel anerkannt“, konstatierte man in Bonn.

Sollten die Ausführungen der Wettbewerbsjuristen in der NRW-Landeshauptstadt in eine ähnliche, bestätigende Richtung gegangen sein, so lösten sie am Neckar nur Verdruß aus. „Mit dieser Entscheidung legitimiert das OLG Preisdumping und hat natürlich auch die Verantwortung für die Folgen am Markt zu tragen“, schäumte am 10. Juni 2016 Hermann öffentlich. Mit dem OLG im Rücken könnte ein Pharmaunternehmen nun sein „dreistes Geschäftsmodell“ verwirklichen und damit Marktverdrängung betreiben, die aller fairen wettbewerblichen Logik entbehre, so seine empörte Schlußfolgerung. Die OLG-Entscheidung hebele zudem die vergaberechtlich verankerte Auskömmlichkeitsprüfung der Angebote im Rahmen des Vergabeverfahrens aus. Laut dem AOK-Chef wäre es vielmehr notwendig, daß solche Prüfungen in ihrer Stringenz gestärkt und nicht „anything goes“ eingeführt werde. Und weiter: „Es liegt uns bereits ein weiteres Angebot über eine Schenkung von Arzneimitteln vor. Wie wir uns dagegen noch rechtlich wehren können, müssen wir jetzt genauestens prüfen“, kündigte Hermann an.

Personalia:

DATEV-Kempf rückt beim BDI auf

(dfg 24 – 16) Der seit dem 1. Januar 2013 amtierende Präsident des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI), Ulrich Grillo (57), darf satzungsgemäß nicht für eine dritte Amtsperiode an der Spitze der Organisation kandidieren. Am 13. Juni 2016 gab der mittelständische Unternehmer bekannt, wen seine Vizepräsidenten und er zu seinem Nachfolger gekürt haben. Nächster BDI-Chef soll Prof. Dieter Kempf (63) werden, der von 2011 bis 2015 ehrenamtlich als Präsident des IT-Verbandes BITKOM fungierte. Mit dem diplomierten Kaufmann Kempf bekommt der Verband

einen führenden Repräsentanten, der vor allem die Digitalisierung der Wirtschaft vorantreiben soll. Industrie 4.0, das Zusammenspiel von Robotern und Menschen, dürfte damit das große Zukunftsthema nicht nur bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV, der Gesundheitswirtschaft, sondern auch bei der gesamten Industrie werden. Der in München geborene Kempf arbeitete von 1978 bis 1991 bei dem Beratungsunternehmen Arthur & Young, die heute als Ernst & Young AG auftritt, von 1989 an als Geschäftsführer und Mitgesellschafter. Anschließend stieg er 1991 bei der IT-Genossenschaft der Steuerberater, der DATEV als Mitglied des Vorstands ein und zeichnete dort verantwortlich für die Ressorts Produkt- und Softwareentwicklung. Ab 1992 rückte er zum stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden auf und stand zum Schluß der Genossenschaft 1996 bis März 2016 als Chef vor. Unter Kempf hat sich die DATEV von einer deutschlandweit tätigen Organisation zu einem der größten IT-Dienstleister in Europa entwickelt.

BITMARCK: Neuaufstellung der Führung fast abgeschlossen

(dfg 24 – 16) Der Aufsichtsrat der Essener BITMARCK Holding GmbH berief am 30. Mai 2016 Dieter Löschky (54) zum neuen, alleinigen Geschäftsführer der BITMARCK Software GmbH. Bislang führte er die Geschäfte als stellvertretender Geschäftsführer gemeinsam mit Holding-Chef Andreas Strausfeld (47), der sein Geschäftsführeramt bei der BITMARCK Software GmbH nun parallel niederlegte. Andreas Strausfeld konzentriert sich damit wieder vollständig auf seine Aufgaben als Geschäftsführer der BITMARCK Holding GmbH sowie als Vorsitzender der BITMARCK-Geschäftsführungsriege. Gleichzeitig komplettierte das BITMARCK-Kontrollgremium die Holding-Spitze. Bei der BITMARCK Holding GmbH wird Markus Menzen (52) voraussichtlich zum 1. Dezember 2016 seine Tätigkeit als zweiter Geschäftsführer aufnehmen. Der diplomierte Kaufmann blickt auf eine langjährige Tätigkeit als Geschäftsführer in verschiedenen Unternehmen zurück und ist aktuell in der Geschäftsleitung der Hagener Versorgungs- und Verkehrs-GmbH tätig. In Essen soll sich Menzen um die Ressorts Finanzen, Personal und Organisation kümmern.

Mitten im Wahlkampf: ZZB-Vorsitzender tritt zurück

(dfg 24 – 16) Im Juli 2016 bestimmen Bayerns Zahnärzte die Zusammensetzung der Vertreterversammlung (VV) ihrer Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns (KZVB) neu. Mitten im Wahlkampf kam dem bisher in der KZVB führenden Interessenverband Zukunft Zahnärzte Bayerns (ZZB) der Spitzenkandidat abhanden. Der bisherige stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Körperschaft und seit Februar 2016 amtierende neue ZZB-Chef (vgl. dfg 7 – 16, S. 9), der Münchener Zahnarzt Dr. med. dent. Stefan Böhm (63), legte überraschend alle Ämter nieder. Wie der Verband mitteilte, war Böhm „aktiv“ in einen vom ZZB als „Intrige“ apostrophierten Versuch eingebunden, die 2015 vom gegnerischen Landesverband Bayern des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte (FVDZ) gegen den amtierenden KZVB-Vorstandsvorsitzenden Dr. med. dent. Janusz Rat (71) angezettelt worden war. Der FVDZ hatte bekanntlich zwei Mal versucht, den KZVB-Vorstand abzuwählen. Vorausgegangen war der Versuch, Rat öffentlich mit seinen Aktivitäten für das Portal „Wikipedia“ zu diskreditieren (vgl. dfg 22 – 15, S. 5ff.). Der ZZB teilte mit, daß Böhm „seine Beteiligung mittlerweile“ eingeräumt und als Konsequenz den ZZB-Vorsitz abgegeben habe. Ebenso stehe Böhm nicht mehr für den ZZB für eine Kandidatur zur kommenden KZVB-Wahl zur Verfü-

gung. Auch Vorwürfe im Zusammenhang mit seiner Funktion als Vorsitzender des Vereins "Zahnärzte helfen" seien aktuell Gegenstand weiterer Untersuchungen.

vfa wechselt Vorsitzenden aus – U.S.-Amerikaner übernimmt die Macht

(dfg 24 – 16) Der Verband der forschenden Pharma-Unternehmen (vfa) hat seit dem 2. Juni 2016 einen neuen Vorsitzenden: Han Steutel (56), seit 2008 Geschäftsführer der deutschen Tochter des U.S.-Konzernes Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA. Die Wahl des diplomierten Anglisten erfolgte an diesem Tage vom elfköpfigen vfa-Vorstand, teilte der Verband mit. Der bisherige stellvertretende vfa-Vorsitzende tauschte damit seine Position mit dem seit 2011 amtierenden vfa-Chef Dr. rer. nat. Hagen Pfundner (55). Das Mitglied des Vorstandes der Roche Pharma AG Pfundner will als neuer stellvertretender Vorsitzender weiter im vfa-Vorstand aktiv bleiben. Hagen Pfundner stellte sein Amt nach fast fünfjähriger Amtszeit vorzeitig zur Verfügung, nachdem er im März 2016 zum Vorsitzenden des BDI-Ausschusses für Gesundheitswirtschaft gewählt worden war. Mit der Rochade an seiner Spitze setze der vfa-Vorstand ein Zeichen für Kontinuität in der vfa-Arbeit, behauptete der Lobbyverband. Brancheninsider vermuten hinter der Demission Pfundners hingegen ganz andere Beweggründe. Die U.S.-Riesen vermißten beim vfa den notwendigen, gehörigen „Biß“ gegenüber der Bundesregierung und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV), um Veränderungen am AMNOG und den Preisvorschriften herbei zu führen.

PHAGRO setzt auf Kontinuität

(dfg 24 – 16) Die Mitgliedsfirmen beim Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels (PHAGRO) setzen weiter auf Kontinuität. Nicht nur der seit 2006 amtierende Vorstandsvorsitzende Dr.-Ing. Thomas Trümper (66) wurde bei der Mitgliedsversammlung in Hamburg wiedergewählt, sondern das gesamte PHAGRO-Vorstandsteam in seinen Ämtern bestätigt. Der Maschinenbauingenieur Trümper stieß 2003 zur Frankfurter ANZAG, nach dem Verkauf steht er aktuell dem Aufsichtsrat der Alliance Healthcare Deutschland AG vor. Sein Stellvertreter Ralph-Dieter Schüller (54) führt als Geschäftsführender Gesellschafter die Würzburger Ebert+Jacobi GmbH & Co. KG.

BCG: Beratungshonorare aus dem Gesundheitswesen sollen sprudeln

(dfg 24 – 16) Die Auftrags-Pipeline im Versicherungssektor der deutschen Tochter des U.S.-amerikanischen Konzerns The Boston Consulting Group (BCG) scheint gut gefüllt zu sein. Offenbar will man in Düsseldorf jedoch noch weiter in diesem Bereich wachsen. Denn BCG verstärkte das Versicherungsteam mit Anne-Katrin Heger (50) und berief die Juristin sofort zum Associate Director. Heger komplettiert das Führungsteam der Praxisgruppe Versicherungen bei BCG rund um die Themen Digitalisierung, Geschäftsprozesse in der Versicherungsbranche und Vertrieb. Die neue Direktorin kommt vom Assekuranzmulti Allianz, wo sie einen Vertrieb mit Schwerpunkt Lebens- und Krankenversicherungsgeschäft und zuletzt die vertriebliche Digitalisierung des Versicherungskonzerns leitete. Ihre berufliche Karriere startete Heger 1993 bei der Deutschen Bank AG, weitere Stationen führten sie zum Versicherungsmakler MLP, die Beratungsgruppe Kienbaum und der Telis Group.