



Bärbel Bas
Mitglied des Deutschen Bundestages

Bärbel Bas, MdB, Platz der Republik 1, 11011 Berlin

An die
Vorsitzenden der Ortsvereine
und Arbeitsgemeinschaften im
SPD-Unterbezirk Duisburg

Berlin, 19. Oktober 2010

Aktuelle Informationen zur Gesundheitspolitik

Bärbel Bas, MdB

Platz der Republik 1
11011 Berlin
Büro: Unter den Linden 50
Raum: 4023 - 4027
Telefon: +49 30 227-75607
Fax: +49 30 227-76607
baerbel.bas@bundestag.de

Wahlkreisbüro:

Krummacherstraße 33
47051 Duisburg
Telefon: +49 203-48869630
Fax: +49 203-48869631
baerbel.bas@wk.bundestag.de

www.baerbel-bas.de

Liebe Genossinnen und Genossen,

in den vergangenen Wochen wurde viel über die Reformpläne von Bundesgesundheitsminister Dr. med. Philipp Rösler berichtet und diskutiert. Diese haben es in sich: Schwarz-Gelb legt die Axt an den Stamm unseres solidarischen Gesundheitswesens – ob bewusst oder aus Fahrlässigkeit, das sei mal dahingestellt.

Im „Herbst der Entscheidung“ zeigt sich das wahre Gesicht der Bundeskanzlerin Angela Merkel: Sie hat keine Lehre aus der Finanzkrise gezogen und lässt den liberalen wie konservativen Staatsverächtern freie Bahn. Der Sozialstaat wird für die schwarz-gelbe Klientelpolitik geopfert.

Bis zum Jahresende will die Bundesregierung in der Gesundheitspolitik durchregieren. Dagegen kämpfen wir gemeinsam mit den Gewerkschaften, den Wohlfahrtsverbänden und vielen anderen gesellschaftlichen Gruppen. Um dafür gewappnet zu sein, erläutere ich Euch im Folgenden die Gesetzesvorhaben der Bundesregierung und ihre Auswirkungen.

Wenn Ihr dazu Fragen habt, Anregungen geben oder selbst aktiv werden wollt, könnt Ihr Euch jederzeit bei mir melden.

Mit den besten Grüßen

Eure Bärbel Bas



Zwei Gesetze werden unser Gesundheitswesen verändern

Gleich zwei Gesetze will Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) bis Weihnachten durch den Bundestag bringen. Mit dem AMNOG, dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, will Rösler das Preiskartell der Pharmakonzerne brechen. Dank des GKV-Finanzierungsgesetzes soll es künftig nachhaltig und sozial ausgewogen zugehen, in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Doch was steht eigentlich unter den Überschriften im Gesetz?

Der Tragödie erster Teil – Das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz

Das AMNOG widmet sich vor allem dem Arzneimittelmarkt. Die Koalition will eine schnelle Kosten-Nutzen-Bewertung für neu zugelassene Arzneimittel einführen, das Wettbewerbsrecht auf die Gesetzliche Krankenversicherung ausweiten und der Privaten Krankenversicherung Arzneimittelzwangsrabatte ermöglichen.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung – verkümmertes Kernelement des AMNOG

Bisher gibt es für Arzneimittel in Deutschland nur eine Zulassung. Weist der Hersteller die Unbedenklichkeit und die Wirkung nach, müssen die gesetzlichen Kassen zahlen. Den Preis bestimmt der Hersteller. Rösler sagt jetzt, er wolle mit der **Kosten-Nutzen-Bewertung** (so genannte "vierte Hürde") das Preismonopol der Pharmaindustrie brechen. Was aber im Kapitel Kosten-Nutzen-Bewertung im AMNOG steht, ist alles andere als geeignet, ein Preismonopol zu brechen. Laut AMNOG soll jedes neue Arzneimittel weiterhin nach seiner Zulassung von der gesetzlichen Kasse bezahlt werden. Den Preis bestimmt weiter der Hersteller. Innerhalb eines Jahres muss jedoch eine Schnellbewertung des Nutzens stattgefunden haben, die Aufschluss darüber bringt, ob es sich bei der Innovation um eine wirkliche Neuheit, Solist genannt (dann bleibt es bei der Preisautonomie des Herstellers), um eine Verbesserung gegenüber dem Therapiestandard (dann wird ein Höchstbetrag verhandelt) oder um ein Präparat handelt, dessen Wirkung bereits von anderen Präparaten erzielt wird (dann gilt ein entsprechender Festbetrag).

Problematisch ist vor allem, dass der Hersteller im ersten Jahr den Preis frei wählen kann und auch bekommt. Auf dieser Grundlage wird nach der Schnellbewertung dann der Preisabschlag verhandelt. Wie der Teppichhändler werden die Hersteller also von vorneherein den Preisabschlag in ihren Ausgangspreis einkalkulieren. Die Arzneimittel sind dann im ersten Jahr überteuert und hinterher nicht billiger als bisher.

Eine richtige vierte Hürde sähe so aus, dass Hersteller dazu verpflichtet werden, nach unabhängigen wissenschaftlichen Kriterien (festgelegt und überprüft durch das Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen IQWiG), die Wirksamkeit und den Zusatznutzen eines neuen Arzneimittels nachzuweisen, bevor es auf den Markt kommt. Auf Grundlage dieses Nachweises würde ein Preis im Verhältnis zum Nutzen festgelegt. Die Hersteller fürchten diese vierte Hürde, da – vorsichtig gesagt – nicht alle ihre neu auf den Markt gebrachten Medikamente die vom IQWiG aufgestellten Kriterien erfüllen.



Pharmalobby schreibt sich Gesetze und Verordnungen selbst

Bei der Ausgestaltung der Kosten-Nutzen-Bewertung hat die Pharmalobby dann ihr Meisterstück abgeliefert: Erst einmal wurde zu Beginn der Legislatur der unabhängige Leiter des IQWiG, Peter Sawicki, ausgetauscht und dessen evidenzbasiertes Bewertungsverfahren diffamiert. Dann tauchten zwei Änderungsanträge mit dem Briefkopf des Verbands der forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) auf. Der erste Änderungsantrag stellt klar, dass die Kriterien für die wissenschaftliche Bewertung nicht mehr vom IQWiG sondern vom BMG festgelegt werden. Die dafür nötige Muster-Verordnung wurde vom VFA gleich mitgeliefert. Damit ist die Kosten-Nutzen-Bewertung nicht mehr wissenschaftlich sondern politisch. Ein CSU-Gesundheitspolitiker war gleich so freundlich und hat das erläutert: Künftig ist nicht mehr entscheidend, ob ein Medikament tatsächlich hilft, sondern ob sein Hersteller mit Arbeitsplatzabbau in Bayern droht.

Der zweite Änderungsantrag der Koalitionsfraktionen, stellt klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Krankenkassen und Ärzte (GBA) ein Medikament nur dann von der Verordnung zu Lasten der GKV ausschließen kann, wenn er nachweisen kann, dass dieses eben keinen Nutzen hat. Der GBA-Vorsitzende Rainer Hess hat in der Anhörung zum AMNOG zu Recht darauf hingewiesen, dass es nahezu unmöglich ist, Negativbeweise zu führen, zumindest nicht auf der Basis von Erkenntnismaterial, das aus der Industrie stammt.

Übertragung des Wettbewerbsrechts auf die solidarische Krankenversicherung

Ein weiterer umstrittener Bestandteil des AMNOG ist die Anwendung des Kartellrechts auf die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Verschiebung der Zuständigkeit an die Zivilgerichte. Damit wolle man „kartellartigen Zusammenschlüssen“ etwa bei Arzneimittelrabattverträgen vorbeugen. Bisher schreiben große Kassen aber auch Zusammenschlüsse von kleineren Kassen regelmäßig die Versorgung ihrer Versicherten mit bestimmten Arzneimittel-Wirkstoffen aus. Die Hersteller dieser Arzneimittel bewerben sich dann um einen Zuschlag. 2010 spart die AOK ungefähr 500 Mio. Euro durch Rabattverträge.

Herstellern, die nicht zum Zuge gekommen sind, stehen künftig das Kartellamt und die in solchen Fragen wesentlich wirtschaftsfreundlicheren Zivilgerichte zur Seite. Es ist absehbar, dass die Rabattverträge mit einer solchen Regelung fast unmöglich werden. Ebenfalls auf die Rabattverträge zielt die so genannte **Mehrkostenregelung**. Die Pläne der Koalition gehen dahin, dass nun ein Patient, der ein anderes als das rabattierte Präparat haben will, gegen Zahlung der Mehrkosten sein gewünschtes Präparat bekommt. Das klingt zunächst einmal sinnvoll, hat aber einen Haken. Denn damit würden die Rabattverträge uninteressant, weil die Kassen den Herstellern nicht mehr garantieren könnten, dass ihre Versicherten ausschließlich das rabattierte Medikament nehmen. Bei der Expertenanhörung zum AMNOG waren sich alle Verbände und Experten, bis auf die beiden von der Koalition eingeladenen Professoren, einig: Mit dem AMNOG werden die Leistungen teurer und die Versorgung der Patienten nicht besser.



Arzneimittelzwangsrabatt auch für die private Krankenversicherung (PKV)

Eine ganz andere Bedeutung des Begriffs „Arzneimittelmarkt“ hat die Bundesregierung bezüglich der PKV im Sinn. Sie soll ebenfalls von den gesetzlich rabattierten und ausgehandelten Arzneimittelpreisen der GKV profitieren. Nur zur Erinnerung: Das Kernelement der PKV war bisher, dass sich die Versicherung nicht in das Verhältnis Patient-Arzt oder Patient-Apotheker einmischt. Nun ein Schwenk um 180 Grad: Die PKV bekommt die von der GKV ausgehandelten Rabatte ohne selbst etwas dafür getan zu haben. Damit versuchen die schwarz-gelben Gesundheitspolitiker ein längst gescheitertes Geschäftsmodell künstlich am Leben zu halten. Die PKV hat massive Probleme mit den Leistungsausgaben: Noch mehr als in der GKV laufen ihnen die Ausgaben davon. In der Folge steigen die Prämien. Das gibt eine schlechte Presse und passt so gar nicht zu dem effizienten und erfolgreichen Bild, das die PKV gerne von sich zeichnet.

Der Tragödie zweiter Teil - Das GKV-Finanzierungsgesetz

Während im AMNOG vor allem der Pharmaindustrie Tor und Tür geöffnet werden, steht im Röslerschen GKV-Finanzierungsgesetz, wie deren Profite künftig von den GKV-Versicherten bezahlt werden sollen: Die Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherung werden ab 2011 von 14,9 Prozent auf 15,5 Prozent ansteigen. Davon entfallen 8,2 Prozent auf die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die Arbeitgeber zahlen 7,3 Prozent und dieser Anteil soll eingefroren werden. Damit steigt die Koalition aus der paritätischen Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung aus.

Hinzu kommt, dass Schwarz-Gelb nicht fähig ist, die Ausgabensteigerung der GKV wirksam zu begrenzen. Die Ausgaben der GKV werden weiter steigen. Da der Allgemeine Beitrag und insbesondere der Arbeitgeberbeitrag eingefroren werden, sollen sich die gesetzlichen Krankenkassen künftig über die Zusatzbeiträge das Geld dafür bei den Versicherten direkt holen. Die Zusatzbeiträge sollen zukünftig einkommensunabhängig und in unbegrenzter Höhe erhoben werden können. Das nennt man Kopfpauschale.

Der Sozialausgleich ist so kompliziert, dass ihn nicht mal die Kanzlerin versteht.

Als sozialpolitisches Feigenblatt soll ein sogenannter „Sozialausgleich“ stattfinden. Ursprünglich sollte der mal einfach, automatisch und steuerfinanziert sein. Daraus geworden ist ein kompliziertes, aufwendiges und beitragsfinanziertes Bürokratiemonster. Die Kanzlerin sagt: „Niemand müsse mehr als 2% seines Einkommens für Zusatzbeiträge ausgeben“. Würde sie in den Gesetzesentwurf ihres Gesundheitsministers blicken, wüsste sie: Das stimmt nicht. Selbst die Bundesregierung geht davon aus, dass mittelfristig alle Kassen einen Zusatzbeitrag erheben werden – Zahlen nennt sie bewusst keine. Berechnungen der Uni Köln lassen schon bei nur 2% jährlicher Ausgabensteigerung bis 2020 Kopfpauschalen von 55 Euro im Monat erkennen.

Ausschlaggebend für den Sozialausgleich des Mitglieds ist jedoch nicht der kassenindividuelle Zusatzbeitrag, sondern der durchschnittliche Zusatzbeitrag aller Kassen. Der wird von der



Bundesregierung festgelegt und auf der Grundlage des Defizits im Gesundheitsfonds errechnet. Das Defizit des Fonds ist aber nicht gleich dem Mittelbedarf der einzelnen Kassen. Einige brauchen weniger, andere mehr. Es wird also unterschiedlich hohe Zusatzbeiträge geben. Eine Differenz zwischen dem durchschnittlichen Zusatzbeitrag und dem tatsächlichen kassenindividuellen Zusatzbeitrag wird beim Sozialausgleich nicht berücksichtigt und ist vom Mitglied selbst zu tragen. Wenn der Zusatzbeitrag meiner gesetzlichen Krankenversicherung also bei 55 Euro im Monat liegt, der durchschnittliche Zusatzbeitrag aber nur bei 25 Euro, muss ich die 30 Euro Differenz aus eigener Tasche zahlen und das ist bei einem Bruttoeinkommen von 1000 Euro sehr viel Geld.

2011 wird das so aussehen: Der Gesundheitsminister hat schon frohlockt, dass 2011 der Gesundheitsfonds kein Defizit haben wird und daher auch kein Sozialausgleich nötig sei. In der Realität zahlen aber schon heute mehrere Millionen Versicherte Zusatzbeiträge nach geltendem Recht. Deren Krankenkassen haben bisher nicht erkennen lassen, dass sie 2011 diese wieder abschaffen werden. Der durchschnittliche Zusatzbeitrag wird aber 0 Euro betragen, also gibt es keinen Sozialausgleich für die de facto gezahlten Prämien.

Zusatzbeiträge und dazu ein Sozialausgleich aus Beitragsmitteln

Sollte der Sozialausgleich irgendwann stattfinden, wird es dadurch nicht besser. Erst mal müssen dafür die Arbeitgeber, Rentenversicherungsträger und andere Kostenträger monatlich Meldung an die Krankenkassen machen. Schätzungen gehen von bis zu 600 Millionen Meldungen aus. Diese müssen je nach Einkommensart und Höhe unterschiedlich, zum Teil von Hand, verarbeitet werden. Hat ein Versicherter Anspruch auf den Sozialausgleich, muss wiederum der Arbeitgeber, der Rentenversicherungsträger oder ein anderer Kostenträger informiert werden, damit dieser den Sozialausgleich vornimmt. Zudem gibt es zahlreiche Sonderregelungen und Ausnahmen.

Statt eines Bürokratieabbaus wird hier ein neues Bürokratiemonster aufgebaut. Von einem automatischen Ausgleich kann kaum die Rede sein. Übrigens wird dieser auch nicht - wie ursprünglich von Rösler zugesagt - aus Steuermitteln finanziert, sondern er geht zu Lasten aller gesetzlich Versicherten. Frühestens ab 2015 könnte er eventuell aus Steuereinnahmen finanziert werden, heißt es. Bis dahin soll der Sozialausgleich über die Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds – also aus Beitragsgeldern – bezahlt werden.

Was bedeutet das für Beschäftigte mit einem Einkommen von 1.000 Euro brutto? Für 20 Euro Zusatzbeitrag pro Monat (oder 2% des Monatseinkommens) gibt es keinen Sozialausgleich. Da bleibt weniger Netto vom Brutto. Erst ab 21 Euro würde über den sogenannten Sozialausgleich 1 Euro ersetzt werden. Und dafür würde ein riesiger Bürokratieaufwand betrieben werden.

Ganz unwürdig wird es, wenn man das Gezerre um die Zusatzbeiträge für ALG II-Empfänger und Sozialhilfeempfänger betrachtet. Schon heute zahlt die Bundesagentur für Arbeit zu wenig Beitragsgelder für die ALG II-Empfänger. Weil Arbeitsministerin von der Leyen nicht mehr zahlen will und Finanzminister Schäuble kein Geld hat, sollen diese Zusatzbeiträge aus der Liquiditätsreserve gezahlt werden – aus einer Reserve im Gesundheitsfond, die für finanzielle



Engpässe gedacht ist. Sozialhilfeempfänger sollen übrigens weiter nach der bisherigen Rechtslage Zusatzbeiträge zahlen. Würde man das ändern, müsste der Bundesrat zustimmen. Das will die Bundesregierung unter allen Umständen verhindern, weil sie im Bundesrat keine Mehrheit hat.

Mehr Geschäft für die Privaten Krankenversicherungen

Freuen können sich die Privaten Krankenversicherer. Ihnen liefert Rösler lukrative Kundschaft. Künftig sollen Beschäftigte mit einem Einkommen über der Versicherungspflichtgrenze schon im ersten Jahr in die PKV wechseln können. Bislang waren es drei Jahre. Die GKV befürchtet allein für das Jahr 2011 Einnahmeausfälle von 500 Millionen Euro. So zwingt die Bundesregierung die GKV dazu, das marode Geschäftsmodell der privaten Vollversicherung mit einem Aderlass an jungen, gesunden und gut verdienenden Versicherten zu subventionieren. Denn ohne den steten Zufluss neuer Mitglieder wäre das Schneeballsystem PKV bald am Ende.

Keine Zusatzversicherung mehr bei der GKV und Vorkasse für die Patienten

Auch zum GKV-Finanzierungsgesetz gibt es bereits Änderungsanträge, die es in sich haben:

- die GKV soll künftig ihren Versicherten keine Zusatzversicherungen mehr anbieten dürfen, sondern dieses Geschäft der privaten Versicherungswirtschaft überlassen.
- das GKV-System soll dem der privaten Krankenversicherung angepasst werden. Danach sollen die Patienten beim Arztbesuch verstärkt Vorkasse leisten.

Schließlich spricht Rösler immer wieder davon, die Systemfrage in der Gesundheitspolitik zu stellen. Und das Vorbild für eine gute Gesundheitsversorgung sei die PKV. So würden laut Rösler die "mündigen Verbraucher" für ein stärkeres Kostenbewusstsein sorgen. Dafür gibt es jedoch keinerlei Beleg – auch nicht innerhalb der privaten Krankenversicherung, bei der das Modell der Vorkasse gilt. Viele Menschen können bei ihrer Arztrechnung aber einfach nicht in Vorleistung gehen und es besteht die Gefahr, dass Patienten der GKV auf Teilen der Kosten sitzen bleiben, wenn der Arzt mehr in Rechnung gestellt hat, als die Kasse übernimmt.

Rösler als Tiger gestartet aber als Bettvorleger gelandet

Von der groß angekündigten Gesundheitsreform ist nichts übrig geblieben. Die GKV hatte bei schwarz-gelber Amtsübernahme ein Plus von 1,8 Milliarden Euro in der Kasse. Rösler hat zu lange zugesehen, wie sich die Pharmakonzerne und Teile der Ärzteschaft daraus bedient haben und versucht jetzt dieses selbst verursachte Defizit zu stopfen – mit offensichtlicher Klientelpolitik zu Gunsten der Privaten Krankenversicherung und der (Pharma-)Industrie: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird teurer, unattraktiver und unsozialer. Die Private Krankenversicherung profitiert davon und darf sogar gesetzliche Preisrabatte einfordern. Was noch von der GKV übrig bleibt, wird für die Gewinnmargen in der Arzneimittelversorgung verfrühstückt. Fügt man beide Gesetzesentwürfe zusammen, entsteht ein mehr als unschöner Rundumschlag gegen die solidarische Krankenversicherung und eine gute Arzneimittelversorgung. Diese Gesetze sind ein weiterer schwarz-gelber Tritt für unseren Sozialstaat.