



SPD-BUNDESTAGSFRAKTION PLATZ DER REPUBLIK 1 11011 BERLIN

An die Mitglieder der
SPD-Bundestagsfraktion

Berlin, 11.11.2010

Liebe Genossinnen und Genossen,

die in dieser Woche beschlossene Gesundheitsreform wird in ihrer verhängnisvollen Bedeutung für unser Gesundheitssystem völlig unterschätzt und wird langfristig großen Schaden anrichten. Dies gilt sowohl für das Arzneimittelgesetz (AMNOG) als auch für das Finanzierungsgesetz (FinG). Wegen der medialen Bedeutung der Bürgerproteste in Stuttgart und im Wendland hat die Öffentlichkeit nicht ausreichend Gelegenheit gehabt, sich mit der enormen Tragweite der Beschlüsse auseinanderzusetzen. Daher möchte ich hier auf einige der wichtigsten Punkte besonders eingehen.

Neue Abzocke bei Arzneimitteln in der Apotheke

Das Arzneimittelgesetz wird im Allgemeinen als Sparpaket bezeichnet. Dieser Ausdruck ist falsch. Denn es sparen allenfalls die Krankenkassen; wobei selbst dies unsicher ist. Der Gesetzgeber spricht von 2 Milliarden Euro, realistischerweise dürften die Einsparnisse der Krankenkassen allenfalls im Bereich von 500 Millionen Euro liegen, die im wesentlichen auf den erhöhten Zwangsrabatt von 6 auf 16 % zurückgehen. Dem stehen aber erhebliche Zusatzbelastungen der Versicherten gegenüber, die aus eigener Tasche bezahlt werden müssen. Die wichtigste teure Neuregelung ist die Einführung von sogenannten „Aufzahlungen“ bei Nachahmerprodukten (Generika), die 75 % aller in der Apotheke abgegebenen Packungen ausmachen. Wenn

POSTANSCHRIFT PLATZ DER REPUBLIK 1 11011 BERLIN WWW.SPDFRAKTION.DE

BÜROANSCHRIFT
WILHELMSTR. 68
TELEFON (030) 227 – 74870

10117 BERLIN
TELEFAX (030) 227 – 76015

E-MAIL KARL.LAUTERBACH@BUNDESTAG.DE

WAHLKREIS
CLEVISCHER RING 1a
TELEFON (0221) 964 1534

51065 KÖLN (MÜLHEIM)
TELEFAX (0221) 964 1533

E-MAIL KARL.LAUTERBACH@WK2.BUNDESTAG.DE

DHÜNNSTR. 2b
TELEFON (0214) 206 1413

51373 LEVERKUSEN
TELEFAX (0214) 48201

E-MAIL KARL.LAUTERBACH@WK.BUNDESTAG.DE



der Patient in Zukunft ein Generikapräparat erhält, für das seine Krankenkasse keinen Rabattvertrag abgeschlossen hat, und das nicht mindestens 30 % billiger als der Festbetragspreis ist, muss er die komplette Differenz zwischen dem Preis des Rabattmedikaments und dem eigenen aus eigener Tasche bezahlen. Da es sich nicht um eine der bereits geltenden Zuzahlungen handelt, die er weiterhin auch zu zahlen hat, sondern um eine neu eingeführte „Aufzahlung“, gibt es hier weder eine Obergrenze noch eine Unterstützung für Arbeitslose oder Sozialhilfeempfänger. Es wird nämlich unterstellt, dass der Patient das teurere Medikament wie eine teure Flasche Wein aus freien Stücken zum Konsum kauft. Dass er bei der Empfehlung dem Rat seiner Ärzte gefolgt sein kann, das Rabattmedikament kurzfristig nicht lieferbar sein kann oder er mit dem teureren Medikament einfach besser zu Recht kommt, wird dabei nicht beachtet.

Kostet das Rabattmedikament zum Beispiel 8 Euro, das vom Patienten aber wegen einer Arzt- oder Apothekerempfehlung gewählte Medikament 16 Euro, zahlt man neben der Zuzahlung von 5 Euro die Aufzahlung von 8 Euro, also insgesamt 13 Euro. Für die Gesamtsumme der Aufzahlungen gibt es im Gegensatz zur zusätzlich bestehenden Regel der Zuzahlungen keinerlei Obergrenze. Da Apotheker und Ärzte Anreize seitens der Pharmaindustrie erwarten können, die teureren Medikamente zu verschreiben oder zu empfehlen, wird der Patient einer völlig neuen Form der Abzocke ausgeliefert. Da es sich nur um Nachahmerprodukte handelt, geht auch keinerlei Impuls dieser Abzocke auf die Forschung für neue Arzneimittel aus. Es handelt sich lediglich um ein Geschenk an die Unternehmen auf Kosten der Patienten. So holt sich die Industrie den erhöhten Zwangsrabatt beim Patienten direkt wieder zurück, und das Sparpaket erweist sich als Falle insbesondere für ältere und weniger gut informierte Patienten, die sich schlechter durchsetzen können, um das billigere Rabattmedikament zu bekommen. Ehrliche Ärzte und Apotheker, die nur die Rabattmedikamente verschreiben oder empfehlen, sind natürlich auch die Dummen.



Weniger Sicherheit bei neuen Arzneimitteln, insbesondere für Krebspatienten

Schon heute werden neue Arzneimittel oft als Mittel gegen seltene Erkrankungen zugelassen, wenn sie dann bei nicht so seltenen Krankheiten eingesetzt werden sollen. Der Vorteil in der Zulassung eines Medikamentes für seltene Krankheiten ist eine schnellere und oft einfachere Zulassung. Dies wird von der Industrie schon seit Jahren ausgenutzt, indem eine große Krankheit in viele kleine Unterkrankheiten unterteilt wird (sogenanntes „Slicing“), für die dann die Medikamente mit weniger Aufwand, weniger Sicherheit und schneller zugelassen werden können. Statt diese Rechtslücke zu schließen wird sie jetzt auch noch aufgebohrt, indem die so zugelassenen Medikamente nicht auf ihren medizinischen Nutzen hin überprüft werden müssen, um von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet zu werden. Daher bekommen die Pharmafirmen einen weiteren Anreiz, ihre Medikamente schneller und schlechter zu prüfen. In der Anhörung dazu sprach der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Prof. Ludwig, von einer Verschlechterung der Arzneimittelsicherheit, die sich insbesondere bei Krebspatienten negativ auswirken dürfte. Durch diese Regelung ist zu erwarten, dass Krebsmedikamente in Deutschland in Zukunft teurer und weniger sicher zugelassen werden dürften als heute, weil sich diese Rechtslücke bei Krebsleiden leicht nutzen lässt, nicht aber bei Bluthochdruck oder erhöhten Cholesterinwerten. Es ist eine Verlagerung der Gewinninteressen der Industrie bei gleichzeitiger Verschlechterung der Versorgung auf die Behandlung von Krebspatienten zu rechnen, ein besonders unethischer Sieg der Pharmalobby über die Interessen der Verbraucher.

Pharmaindustrie beeinflusst die Auswahl der Medikamente direkt

Durch die neu geschaffene Möglichkeit, dass Pharmakonzerne selbst direkte Partner in der Integrierten Versorgung werden, können diese in Zukunft indirekt an der Auswahl der Medikamente für die Patienten mitwirken. Wenn eine Klinik oder ein Ärztenetz zum Beispiel einen Vertrag mit einer Krankenkasse und einer Pharmafirma schließt, in dem der Arzt für jeden Patienten mehr Geld bekommt, wenn er die Mittel



des Unternehmens einsetzt, kann der Patient nicht mehr sicher sein, ob er das gleiche Medikament bekommen hätte, wenn es diesen Vertrag nicht gegeben hätte. Diese Regelung ist eine legalisierte Form der Bestechung in so weit, als dass der Arzt oder die Klinik hier im Rahmen des Vertrages Geld für den Einsatz bestimmter Medikamente bekommen. Da eine moderne Chemotherapie bis zu 100.000 Euro pro Patient kosten kann, sind die Gefahren für den Patienten sehr groß. Die Krankenkasse erhält im Rahmen eines solchen Vertrags einen Rabatt oder eine andere Form der Belohnung, z.B. eine werbewirksame Öffentlichkeitsarbeit der beteiligten Partner. Arzt oder Klinik bekommen eine Sonderzahlung aus dem Vertrag. Die Pharmafirma bekommt den Umsatz durch den zusätzlichen Patienten. Alle gewinnen, nur der Patient nicht, weil er möglicherweise das falsche Medikament bekommt, an dem aber alle anderen Beteiligten verdienen. Verträge dieser Art waren bisher nicht erlaubt und es gibt sie sonst auch nur in den Vereinigten Staaten, weil der Anreiz zur indirekten Bestechung mit einhergehender Verschlechterung der Sicherheit der Patienten einfach zu groß ist. Jetzt wurde der Vorschlag der Pharmaindustrie in Deutschland umgesetzt, und man hofft sicherlich, so auch in anderen Ländern das Eis brechen zu können.

Arbeitgeber werden entlastet, Arbeitnehmer und Steuerzahler zahlen doppelt

Beim Finanzierungsgesetz wird der Beitragssatz um 0,6 auf 15,5 % angehoben und dabei festgefroren. Alle weiteren Kostensteigerungen gehen einseitig zu Lasten der Versicherten und der Steuerzahler, da sie in den Zusatzbeitrag im Sinne einer kleinen Kopfpauschale hineinlaufen. In Zukunft werden die Krankenkassen also einen Einheitsbeitragssatz von 15,5 % nehmen und stetig steigende kleine Kopfpauschalen, für die es keinen Arbeitgeberanteil gibt. Das ist der Sinn der Reform, die dauerhafte Entlassung der Arbeitgeber aus der Parität. Weil die Arbeitgeber aber an der Steigerung der Kosten in Zukunft nicht mehr beteiligt sein werden, werden sie für die Arbeitnehmer genau doppelt so schnell steigen: Weniger netto vom brutto für jeden Versicherten. Der dabei eingeführte Sozialausgleich ist nichts anderes als ein Almosen. Er besagt, dass die durchschnittliche kleine Kopfpauschale nicht mehr als 2 %



vom Einkommen betragen darf. Liegt sie zum Beispiel bei durchschnittlich 20 Euro, bekommt ein Rentner mit 800 Euro Rente ganze 4 Euro Sozialausgleich, weil er bis 16 Euro zusätzlich belastet werden darf. Ist seine Kasse teurer und nimmt 30 Euro Kopfpauschale, bekommt er trotzdem nur 4 Euro Sozialausgleich. Er wird mit 26 Euro netto belastet, was für einen Rentner mit 800 Euro Rente eine Rentenkürzung von fast 3 % bedeutet. Bei 1000 Euro Rente hätte er gar keinen Sozialausgleich bekommen. Hat er zusätzlich noch eine Betriebsrente von 400 Euro (800 Euro Rente plus 400 Euro Betriebsrente) muss er für die 400 Euro Betriebsrente sogar 17,5 % Beitragssatz bezahlen, weil dort der Beitragssatz pauschal um 2 % erhöht wird, um zu verhindern, dass der Rentner mehr Sozialausgleich „kassiert“ als ihm zusteht. Für alle Rentner dürfte gelten, dass es in Zukunft keine Rentenerhöhung mehr gibt, weil die im Durchschnitt zu erwartende Steigerung der Kopfpauschalen stärker wirken dürfte als die jeweilige Rentenerhöhung. Im Prinzip kann man sagen, dass die Entlastung der Arbeitgeber durch eine Dauernullrunde bei der Rente erkaufte wurde. Den kleinen Sozialausgleich können die Steuerzahler aufbringen. Damit werden auch noch einmal die Beziehher mittlerer Einkommen herangezogen, weil sich für sie die Steuerlast erhöht, der Beitragssatz und die Zusatzprämien kommen, für die sie keinen Sozialausgleich erhalten. Entlastet werden Arbeitgeber, Privatversicherte und Gutverdiener, ein lupenreines Abzockesystem. Dass IST der Ausstieg aus einem Solidarsystem von mehr als 100 Jahren Tradition. Jeder, der es sich leisten kann und oberhalb der Versicherungspflichtgrenze von rd. 50.000 Euro pro Jahr verdient, kann zukünftig bereits nach einem Jahr in die private Krankenversicherung wechseln. Bisher musste er mindestens drei Jahre warten nach dem Erreichen der Verdienstgrenze. Die privaten Versicherungskonzerne bekommen so die Belohnung von der FDP für die lange gemeinsame politische Arbeit.

Abzocke und Drei Klassen Medizin durch Vorkasse

In Zukunft dürfen Ärzte ihren Patienten für die Behandlung die Kostenerstattung für die Dauer von mindestens drei Monaten anbieten. Dies ist eine Art der Vorkasse, auch wenn der Minister diesen Ausdruck nicht für richtig hält, aber er beschreibt die



Lage genau. Der Patient bezahlt dabei nämlich den Arzt nach den Regeln der privaten Krankenversicherung, der Gebührenordnung der Ärzte, aus eigener Tasche, und bekommt dann nach der Weitergabe der Rechnung an seine Krankenkasse nur den Betrag erstattet, den die gesetzliche Krankenkasse bezahlt hätte. Im Durchschnitt bleibt der Patient dabei auf etwa 50 % der Kosten sitzen, einschließlich einer Verwaltungsgebühr, die er entrichten muss. Niemand braucht eine solche Abzocke. Der Minister meint kokett, dass man als Patient das ja auch nicht machen müsse, Wahlfreiheit sei das Stichwort. Er stellt sich hier dümmer als er ist. Wenn der Arzt nur bei Vorkasse bereit ist, einen schnellen Termin zu vergeben, oder bei Vorkasse eine bessere Behandlung verspricht oder sich die drei Augenärzte einer Kleinstadt verständigen, Vorkassepatienten zu bevorzugen, dann hat der kranke Patient natürlich keine echte Wahl, es handelt sich um Abzocke, nicht um Wahlfreiheit. Genau wie die Aufzahlung bei Arzneimitteln wendet sich diese Regelung gegen die Kranken und die Älteren, die es sich nicht leisten können, mit dem Arzt zu verhandeln und ihm ausgeliefert sind. Selbstverständlich werden diese Regeln auch von vielen Ärzten abgelehnt, weil sie erst gar nicht in eine solche peinliche Situation gebracht werden wollen. Ehrliche Ärzte wollen so etwas nicht, und werden indirekt ebenfalls bestraft, weil sie auf die suspekten Einkünfte verzichten müssen. Bei der Terminvergabe und der Behandlungsqualität ist der Einstieg in die Drei Klassen Medizin somit vollzogen. Privat geht immer vor, dann kommt Vorkasse und schließlich der normale gesetzlich Versicherte („Holzklasse“), wobei auch diese dritte Klasse durch die Beitragssatzerhöhung und die Zusatzprämien teurer wird.

Herzliche Grüße