



**Bärbel Bas**  
Mitglied des Deutschen Bundestages

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

Berlin, 10. November 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](http://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 auf dem Altar der Klientelpolitik geopfert.

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

Wenn Ihr dazu Fragen habt, Anregungen gebt 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 von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) werden zum Jahreswechsel in Kraft treten. 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. 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.

### **Die Kosten-Nutzen-Bewertung – verkümmertes Kernelement des AMNOG**

Eine richtige **Kosten-Nutzen-Bewertung** (so genannte "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 ihrer neu auf den Markt gebrachten Medikamente die vom IQWiG aufgestellten Kriterien erfüllen.

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.

### **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 IQWiGs 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 Bestandteile 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 großen 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, wirtschaftlichen 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 wird eingefroren. Das ist der Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung.

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.

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.

Entgegen dem schwarz-gelben Credo des Bürokratieabbaus wird hier ein neues Bürokratiemonster hochgezogen. Von einem automatischen Ausgleich kann kaum die Rede sein. Dieser wird 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 gibt es keinen Sozialausgleich. Erst ab 21 Euro würde über den sogenannten Sozialausgleich 1 Euro ersetzt werden. Und dafür wird ein riesiger Bürokratieaufwand betrieben werden.

Ganz absurd 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 Beiträge 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. Darauf muss man erst mal kommen. Sozialhilfeempfänger sollen übrigens weiter nach der bisherigen Rechtslage keine Zusatzbeiträge zahlen. Würde man das ändern, müsste der Bundesrat zustimmen. Das will die Bundesregierung unter allen Umständen verhindern.

### **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 für 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.

### **Teurere Zusatzversicherung bei der GKV und Vorkasse für die Patienten**

Auch zum GKV-Finanzierungsgesetz gab es Änderungsanträge:



- die GKV muss künftig ihren Versicherten Wahltarife mit deutlich kürzeren Bindungsfristen anbieten. Diese werden dadurch deutlich schwerer zu kalkulieren, also teuer.
- 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 gesetzlichen Krankenversicherung zu stellen. Und das Vorbild dafür 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. Es besteht hierbei die Gefahr, dass Patienten der GKV auf Teilen der Kosten sitzen bleiben, wenn der Arzt mehr in Rechnung gestellt hat, als die Kasse übernimmt.

### **Halbherzige Einsparungen**

Die Koalition legte bei den Beratungen großen Wert darauf, dass man nicht kürze oder spare, sondern lediglich den „Aufwuchs begrenze“. In der Tat werden die Verwaltungsausgaben der Krankenkassen eingefroren. Auch wollte die Koalition die Veränderungsrate der Leistungsausgaben (1,15% in 2011) bei den Krankenhäusern und den Zahnärzten halbieren und die Ausgaben für die Hausarztzentrierte Versorgung deckeln. Insgesamt wollte man 3,5 Mrd. Euro „weniger mehr“ ausgeben. Zur Erinnerung: Über 6 Mrd. Euro kommen allein durch die Beitragserhöhung rein. Schwarz-gelb nennt das „gerechte Lastenverteilung“. Wegen der unerwartet guten Konjunktur kann der Gesundheitsfonds 2011 aber mit etwa 2 Mrd. Euro mehr Einnahmen rechnen. Um die verprellten Freunde in der Ärztelobby und bei den Krankenhäusern wieder wohlgesonnen zu stimmen, wurde das Füllhorn ausgepackt. Die Veränderungsrate wird nicht halbiert, sondern nur ein wenig gekürzt. Die niedergelassenen Ärzte erhalten in mehreren Margen 1 Mrd. Euro zusätzliches Honorar und der Bestandsschutz für die Hausarztzentrierte Versorgung wird verlängert. Für die Versicherten ist kein Geld mehr übrig.

### **Rösler als Tiger gestartet aber als Bettvorleger gelandet**

Von der groß angekündigten Reform ist nichts übrig geblieben. Rösler stopft lediglich ein Defizit der Krankenkassen, das er selbst zu verantworten hat. 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. Seine Einsparungen sind halbherzig, damit wird er nicht viel erreichen.. Fügt man beide Gesetzesentwürfe zusammen, entsteht ein mehr als unschöner Rundumschlag gegen die solidarische Krankenversicherung und die evidenzbasierte Medizin. Ganz nebenbei handelt es sich dabei um offensichtliche Klientelpolitik zu Gunsten der Privaten Krankenversicherung und der (Pharma-)Industrie: Die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) wird teurer, unattraktiver und unsozialer. Die Private Krankenversicherung darf sich wieder verstärkt an der GKV schadlos halten und sogar gesetzliche Preisrabatte einfordern. Und was noch von der GKV übrig bleibt, wird für die Gewinnmargen in der Arzneimittelversorgung verfrühstückt.