

Stellungnahme

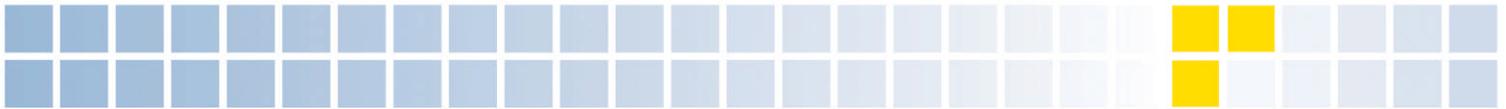
zum Regierungsentwurf für ein Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (15. AMG-Novelle) und zu den Änderungsanträgen der Fraktionen der CDU/CSU und SPD sowie DIE LINKE

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für
Gesundheit des Deutschen Bundestages am
6. Mai 2009

Mai 2009

Ansprechpartner:

Abteilung Soziale Sicherung
Tel. +49 30 2033-1600
Abt_06@arbeitgeber.de



Zusammenfassung

Die beabsichtigte Entlastung der Krankenkassen um 0,3 Mrd. € ist zwar grundsätzlich zu begrüßen, allerdings stellt sich die Frage, ob eine Entlastung in diesem Maße tatsächlich realisiert werden kann. Die geplanten Änderungen stellen aber keine Strukturreform der Arzneimittelversorgung dar und sind nicht zur Hebung der im Arzneimittelbereich vorhandenen Effizienzreserven geeignet. Vielmehr sind zur weiteren und vor allem nachhaltigen Entlastung der Krankenkassen im Arzneimittelbereich folgende Schritte notwendig:

- Wettbewerbliche Preisgestaltung,
- Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs durch Zulassung von Mehr- und Fremdbesitz bei Apotheken,
- Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten.

Die vorgesehene Einführung der zusätzlichen Option eines gesetzlichen Krankengeldes (Krankengeldanspruch ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes) für Selbstständige sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigte ist in dieser Form abzulehnen. Sie birgt die Gefahr der Risikoselektion zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Besser wäre die Rückkehr zu den Regelungen für den Anspruch auf Krankengeld nach der bis 2008 geltenden Gesetzeslage.

Im Einzelnen

I. Zu den Regelungen

Das Gesetz sieht folgende Änderungen vor, die insbesondere die Krankenkassen betreffen:

1. Regelungen zu onkologischen Rezepturen

Grundsätzlich gerechtfertigt ist die geplante Erweiterung der Möglichkeit zur Vertragsschließung zwischen Krankenkassen und Apotheken zur Versorgung mit in Apotheken hergestellten Zytostatika auf alle Rezepturen aus Fertigarzneimitteln (insbesondere auf biotechnologische Fertigarzneimittel) aufgrund ihres stetig wachsenden Anteils an den Rezepturen. Aus Kostengründen und um Fehlanreize zu vermeiden sollte sich die Ausweitung jedoch nur auf die Zubereitungen beschränken, deren Zubereitung zwingend durch eine Apotheke erforderlich ist.

Grundsätzlich zu begrüßen ist die geplante Entlastung der Krankenkassen um 0,3 Mrd. €, die sich durch die Verpflichtung der Apotheken zur Weitergabe ihrer Einkaufsvorteile bei onkologischen Rezepturen an die Krankenkassen ergibt. Ob sich die Kostenvorteile allerdings auch in dieser Größenordnung realisieren lassen, bleibt abzuwarten. Auch die geplante Ausweitung der Abschlagspflicht von 6 Prozent auf Fertigarzneimittel, auch auf Fertigarzneimittel, aus denen Zubereitungen hergestellt werden, ist nachvollziehbar. Denn hier ergeben sich ebenfalls Kostenvorteile für die Krankenkassen, die vorher den Kassen nicht zugute kommen konnten, da Apotheker nicht verpflichtet waren, für Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln das Arzneimittelkennzeichen auf dem Rezept zu vermerken. Um die Abrechnung des Abschlags zu ermöglichen, sieht der Entwurf die Verpflichtung der Apotheker zur Vermerkung des Arzneimittelkennzeichens auf dem Rezept vor. Sinnvoller jedoch als ein staatlicher Eingriff in die Preisgestaltung wäre eine nachhaltige Strukturreform zur Sicherung von Wettbewerb und fairen Preisen.

2. Regelungen zum Krankengeld

In dieser Form abzulehnen ist die vorgesehene Einführung der zusätzlichen Option eines gesetzlichen Krankengeldes ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit gegen Zahlung des allgemeinen Beitragssatzes für Selbstständige sowie unständig und kurzzeitig Beschäftigte. Um Belastungen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Risikoselektion zu vermeiden, ist die Regelung zu ändern; denn die Versicherten werden die in aller Regel günstigere gesetzliche Option wählen und nicht den Krankengeldwahltarif. Zu bevorzugen wäre die Rückkehr zu den Regelungen für den Anspruch auf Krankengeld nach der vor dem GKV-WSG geltenden Gesetzeslage, nämlich unterschiedliche Krankengeldansprüche je nach Zahlung des allgemeinen (ab der 7. Woche), eines erhöhten (ab der 3. Woche) oder eines ermäßigten Beitragssatzes (kein Krankengeldanspruch). Wird vom Versicherten ein höherer bzw. früherer Zahlungsanspruch gewünscht, so kann zu dessen Absicherung ergänzend ein Wahltarif gewählt werden.

3. Regelungen zur elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Die hier geplanten Regelungen sollen die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte unterstützen. Die Regelung, der zufolge die Dokumentation der Einwilligung in die Nutzung der freiwilligen Anwendungen (Arzneimitteldokumentation, Notfalldaten, elektronischer Arztbrief, elektronische Patientenakte etc.) auf der Karte auch vom Praxispersonal vorgenommen werden kann, ist zu begrüßen und dazu geeignet, die Bürokratiekosten zu senken.

Überflüssig hingegen ist die Neuregelung, nach der auch ambulant tätige Krankenhäuser nutzungsbezogene Zuschläge von den Krankenkassen zum Ausgleich der durch Nutzung der eGK entstehenden Kosten erhalten sollen. Hier besteht bereits eine Vereinbarung zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und dem GKV-Spitzenverband.

II. Zu den Änderungsanträgen

1. Leistungsanspruch bei Beitragsverzug

Die Klarstellung des Leistungsanspruchs bei Beitragsverzug birgt massive Anreizprobleme. Der Änderungsantrag 5 der Fraktionen CDU/CSU und SPD sowie der Änderungsantrag „Krankenkassenleistungen für Angehörige säumiger Beitragszahlerinnen und -zahler sicherstellen“ von DIE LINKE stellen klar, dass sich die Ruhensanordnung im Falle von Beitragsrückständen nur auf das Mitglied, nicht aber auf dessen beitragsfrei mitversicherten Angehörigen beziehen soll. Zudem sollen Vorsorgeuntersuchungen nicht von der Ruhensanordnung betroffen sein. Die Fraktionen der CDU/CSU und SPD fordern darüber hinaus, dass bei einer Vereinbarung von Ratenzahlungen das Ruhen vorzeitig zu beenden ist. Wenn aber beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige eine Vollversorgung erhalten und das Mitglied selbst neben der gesetzlich garantierten Notfallversorgung auch noch Vorsorgeleistungen beziehen kann, dann hat das Mitglied (besonders, wenn es risikofreudig und gesund ist) den Anreiz, Trittbrett zu fahren, keine Beiträge zu zahlen und die Kosten für die Behandlung der Allgemeinheit aufzubürden.

2. Spezialisierte ambulante Palliativversorgung in stationären Hospizen und Finanzierung ambulanter stationärer Hospize

Durch die geplanten Änderungen zur ambulanten Palliativversorgung und zur Finanzierung von Hospizen in den Änderungsanträgen 6 und 7 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD ist eine Mehrbelastung der Krankenkassen zu erwarten, deren Höhe in den Änderungsanträgen nicht beziffert wird. Palliativmedizin ist aus humanitären Gründen zweifellos richtig und angebracht. Verfehlt ist es jedoch, diese eher gesellschaftspolitische Aufgabe allein von den Beitragszahlern der GKV finanzieren zu lassen.

3. Transparenz in der ärztlichen Vergütung

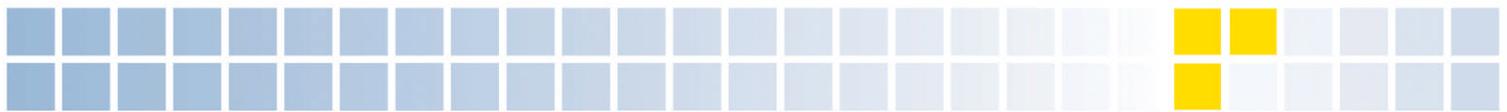
Die Ausweitung der Berichtspflichten, wie im Änderungsantrag 9 der Fraktionen der CDU/CSU

und SPD geplant, birgt die Gefahr des bürokratischen Mehraufwands. Zudem bleibt unklar, warum eine verbesserte Datengrundlage für das Bundesministerium der Gesundheit geschaffen werden muss. Die Honorarverteilung liegt in der Hand der kassenärztlichen Vereinigungen bzw. bei anderen Ärztevereinigungen, wenn selektive Verträge (z. B. Hausarztverträge) geschlossen wurden. Das Bundesministerium für Gesundheit hat hier weder eine Steuerungs- noch Eingriffskompetenz. Ein Eingriff von staatlicher Seite in die Selbstverwaltung und die Vertragsgestaltung bei Ärzten und Krankenkassen bzw. ihren jeweiligen Verbänden ist darüber hinaus abzulehnen.

III. Weiterer Handlungsbedarf im Arzneimittelbereich

Festzustellen ist, dass die geplanten Maßnahmen nicht dazu geeignet sind, die Effizienz langfristig zu erhöhen und das Sparpotenzial im Bereich Arzneimittel zu heben. Daher sollte jetzt die Chance genutzt werden, den Referentenentwurf für ein Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes und anderer Vorschriften entsprechend nachzubessern und dringend notwendig Struktur reformen anzugehen.

Der deutsche Arzneimittelmarkt ist hochgradig reguliert, und die Arzneimitteldistribution erfolgt, bedingt durch das Mehr- und Fremdbesitzverbot, auch heute noch in zunftähnlichen Strukturen. Eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung wird durch diese Umstände erschwert. Die Arzneimittelausgaben machen mit rund 18 Prozent im Jahr 2007 neben den Ausgaben für die Krankenhausversorgung und der Versorgung in Arztpraxen einen der größten Ausgabenposten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aus. Gerade in 2007 wurde die GKV mit einem erneuten Kostenschub durch Arzneimittel stark belastet. Nach einem moderaten Kostenanstieg von 1,6 Prozent in 2006 haben die Arzneimittelausgaben 2007 wieder deutlich um 6,7 Prozent auf 27,8 Mrd. € zugenommen und damit maßgeblich zum Gesamtanstieg der GKV-Ausgaben um 3,7 Prozent auf 153,6 Mrd. € beigetragen. Dies zeigt, dass das zum 1. Mai 2006 in Kraft getretene Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung seine dämpfende Wirkung spürbar verloren hat.



Es lassen sich erhebliche Einsparpotenziale im Arzneimittelsektor identifizieren. Instrumente zur Hebung der Effizienzpotenziale sind mehrfach benannt und publiziert worden. So fordern der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung sowie das Rheinisch-Westfälische Institut für Wirtschaftsforschung (RWI) und auch die EU-Wettbewerbskommission in ihren Gutachten aus den Jahren 2005 bzw. 2008 bzw. 2009 eine Verstärkung des Wettbewerbs, die Freigabe der Preissetzung, die Aufhebung des Mehr- und Fremdbesitzverbots sowie die Erleichterung des Markteintritts von Generikaherstellern.

1. Freie Preisgestaltung ermöglichen: Wegfall fixer Großhandels- und Apothekenaufschläge

Zur weiteren Stärkung des Wettbewerbs im Arzneimittelmarkt würde die Aufhebung der Regelungen zu Großhandels- und Apothekenfestzuschlägen in ihrer derzeitigen Form beitragen. Krankenkassen und Apotheken würde es wechselseitig ermöglicht, miteinander Selektivverträge abzuschließen. Damit würde dem Gedanken Rechnung getragen, dass Apotheken durch ggf. stattfindende Marktkonzentration in der Lage wären, eigenständig Rabatte zu verhandeln und auch zu vergeben. Die Freigabe der Preissetzung im Zusammenhang mit einem verstärkten Wettbewerb zwischen den Apotheken würde den Wettbewerb im Arzneimittelmarkt insgesamt intensivieren. Die Aufhebung der Großhandels- und Apothekenfestzuschläge hätte insbesondere im Zusammenhang mit einem Wegfall des Mehr- und Fremdbesitzverbotes eine große Wirkung.

2. Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs: Mehr- und Fremdbesitz von Apotheken zulassen

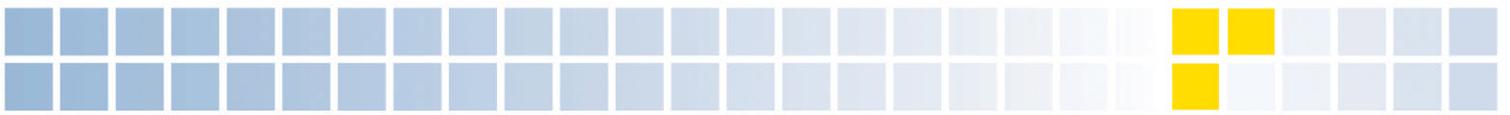
Im Interesse einer höheren Wettbewerbsintensität in der Distribution von Medikamenten ist die derzeitige Exklusivität des Apothekenvertriebs abzubauen. Dies fordert auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung in seinen Jahresgutachten 2002/03 (Tz. 502) und 2008/09 (Tz. 695). Das

bestehende Fremd- und Mehrbesitzverbot bedeutet das Verbot von Apothekenketten. Eine wettbewerbsfeindliche Wirkung solcher Zusammenschlüsse ist aufgrund der wettbewerbsgesetzlichen Regelungen sowie bei der Anzahl von 21.500 Apotheken (davon 19.200 Einzelapotheken) und einer Apothekendichte von weniger als 4.000 Einwohnern pro Apotheke nicht zu erwarten, ebenso wenig wie eine Verschlechterung des Gesundheitsschutzes der deutschen Bevölkerung. Das Ziel der sorgfältigen Arzneimittelabgabe und somit des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung wird bereits dadurch erreicht, dass die Apotheken ausschließlich durch qualifizierte Berufsträger (Apotheker) geführt werden dürfen, so wie es § 2 Abs. 5 Nr. 2 ApoG bei den Filialapotheken vorschreibt.

3. Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten: Selbstbeteiligung ausbauen

Zum Gelingen der Bemühungen zur Kostensenkung sind allerdings immer auch flankierende Maßnahmen zur Stärkung des Kostenbewusstseins der Versicherten notwendig. Die Eigenverantwortung der Versicherten muss durch mehr Selbstbeteiligung ausgeweitet werden. Durch eine angemessene Selbstbeteiligung wird dem Grundsatz Rechnung getragen, dass sich die Solidarversicherung entsprechend dem Subsidiaritätsprinzip ausschließlich auf Leistungen beschränken sollte, die der Einzelne nicht selbst tragen kann. Damit die Versicherten ihrer Kostenverantwortung gerecht werden können, müssen jedoch unterstützend auch Transparenz und Information der Versicherten erhöht werden. Hierbei sollte jeder Krankenkasse freigestellt werden, vom Sachleistungs- auf das Kostenerstattungsprinzip umzustellen.

Die heutige Regelung zur Zuzahlung zu Arzneimitteln von 10 Prozent der Kosten, mindestens jedoch 5 € und höchstens 10 €, steckt den Zuzahlungen einen sehr engen Rahmen, innerhalb dessen sie ihre Steuerungswirkung kaum entfalten können. Die Selbstbeteiligung wäre hier auszubauen, um den Einzelnen zu wirtschaftlichem Verhalten und Kostenverantwortung zu motivieren. Die heute geltende Belastungsgrenze für Selbstbeteiligung sollte zudem von 2 auf 3 Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen angehoben werden. Eine solche Belastungsgrenze reicht



aus, um eine Überforderung des Einzelnen zu verhindern und gewährleistet, dass auch im späteren Verlauf eines Jahres noch die gewünschte Steuerungswirkung der Zuzahlungsregelungen gegeben ist.