



Judith Skudelny  
Mitglied des Deutschen Bundestages

**Wahlkreis**  
Siebenmühlenstr. 36  
70771 Leinfelden-Echterdingen  
Telefon 0711 22097-700  
Fax 0711 22097-699  
E-Mail: [judith.skudelny@wk.bundestag.de](mailto:judith.skudelny@wk.bundestag.de)

Internet: [www.judith-skudelny.de](http://www.judith-skudelny.de)

Judith Skudelny MdB • Siebenmühlenstr. 36 • 70771 Leinfelden-Echterdingen

Berlin, 27.12.2010

## Gesundheitsreform II

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden möchte ich für Sie die weiteren Schritte der Gesundheitsreform darstellen.

Die Gesundheitsreform war notwendig, da für die Krankenkassen für das Jahr 2011 nach den neuesten Schätzungen ein Fehlbetrag von bis zu 9 Milliarden Euro prognostiziert worden war.

Im ersten Schritt der Gesundheitsreform wurde die Einnahmeseite neu strukturiert. Im Krisenjahr 2008 wurden sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer durch Umsatzeinbrüche und Kurzarbeit stark belastet. Um hier eine Entlastung zu schaffen, wurden die Beiträge zur Gesundheitsvorsorge im Rahmen des Konjunkturpakets II um insgesamt 0,6 Prozentpunkte entlastet. Die Entlastung war von der Bundesregierung voll durch Schuldenaufnahme finanziert worden. Aufgrund der verbesserten Weltwirtschaftslage und insbesondere den besseren Prognosen für Deutschland wurde zunächst diese Entlastung zurückgenommen. Darüber hinaus wurden strukturelle Änderungen der Krankenkassenbeiträge eingeführt, die voraussichtlich jedoch erst ab 2012 zum Tragen kommen werden. Zu den Details diesen Teils der Gesundheitsreform verweise ich auf mein Schreiben vom 16. Juli 2010. Dieses kann von meiner Homepage heruntergeladen werden. Gerne übersenden wir Ihnen das Schreiben auch auf Anforderung.

Über den ersten Schritt der Gesundheitsreform sollen ca. 6 Milliarden Euro eingenommen werden. Das verbleibende Manko muss der Gesundheitssektor tragen. Dabei handelt es sich insbesondere um die Pharmaindustrie, den Arzneimittelgroßhandel, die Apotheker, Krankenhäuser und Ärzte. Von diesem Manko sollen ca. 2,4 Milliarden Euro durch die jetzige Reform finanziert werden. Dazu wurde im Deutschen Bundestag das Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG), das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-Änderungsgesetz) und das GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) beschlossen.

## **I. Grundlagen**

Auch heute schon zählt das deutsche Gesundheitswesen zu den weltweit besten. Das ist aber nicht gleichbedeutend mit der bestmöglichen Versorgung der Versicherten. Schon heute muss das deutsche Krankenversicherungssystem nur Leistungen vorhalten, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Es handelt sich also um eine Basisversorgung, die keine Spielräume für Zusatzleistungen lässt.

Die zentrale medizinische, ethische und politische Schwierigkeit besteht darin, zwischen notwendiger Leistung (Grundversorgung) und zusätzlicher Behandlungen zu unterscheiden.

Im System der gesetzlichen Krankenkassen ist das Sachleistungsprinzip vorherrschend. Das Sachleistungsprinzip sieht vor, dass ein Versicherter Anspruch auf eine gewisse Leistung hat, die für ihn bereitgestellt werden muss. In welcher Form und von wem diese Leistung zu erbringen ist, darf er jedoch nicht bestimmen. Man kann daher die gesetzliche Krankenversicherung mit einem All-Inclusive-Hotel (Vollpension einschließlich Getränke) vergleichen. Die Gäste können in dem Hotel alle Leistungen kostenlos in Anspruch nehmen. Gehen sie jedoch außerhalb essen, müssen Sie den vollen Rechnungsbetrag des Restaurants tragen. Ähnlich verhält es sich mit der gesetzlichen Krankenversicherung: Nimmt man andere Leistungen als die von der Krankenkasse vorgesehenen in Anspruch, muss man heute den vollen Betrag bezahlen.

Demgegenüber handelt es sich bei der privaten Krankenversicherung um einen Kostenerstattungsanspruch. Innerhalb des festgelegten Leistungsumfangs kann sich der privat Krankenversicherte die Leistung frei aussuchen, die Krankenkasse ist zur Kostenerstattung verpflichtet. Quasi eine Versicherung „à la carte“.

## **II. Gesetzliche Regelungen**

Die gesetzlichen Regelungen der Gesundheitsreform finden sich in verschiedenen Gesetzen, vor allem im sogenannten AMNOG (Arzneimittel Markt Neuordnungsgesetz). Ich werde im Folgenden nur die sachlichen Änderungen, nicht aber deren gesetzliche Umsetzung darstellen. Soweit jemand an den gesetzlichen Grundlagen sowie den einzelnen Änderungsgesetzen interessiert ist, bitte ich, gezielt die Fragen an mich zu stellen. Ich werde diese Informationen dann nachreichen. Zur besseren Verständlichkeit werde ich sie hier jedoch weglassen.

Da das Gesundheitssystem auch enorm komplex ist, werde ich hier lediglich eine schematische Darstellung leisten können. Detaillierte Nach- oder Einzelfragen bitte ich auch direkt an mich zu richten.

## **Arzneimittel**

### **1. Einsparungen bei den Herstellern**

Der Arzneimittelumsatz zu Apothekenverkaufspreisen der gesetzlichen Krankenversicherungen betrug im Jahr 2009 rund 32 Milliarden Euro. Damit lag der Umsatz ca. 5,3 Prozent über dem des Vorjahres. An diesem Betrag waren die Kosten für sog. Solisten (Medikamente mit mutmaßlich neuen Wirkstoffen oder Zusammensetzungen ohne Alternativpräparate) deutlich überproportional. Diese meist noch mit Patentschutz versehen Präparate machten gerade einmal 2,5 Prozent aller verschreibungspflichtigen Arzneimittel, aber 26 Prozent der Ausgaben aus.

### **2. Erstattungsbetrag und Preisbildung bei Arzneimitteln**

Die gesetzlichen Krankenkassen sind dazu verpflichtet, die vom Hersteller festgesetzten Preise für Arzneimittel zu bezahlen. Diese Situation ändert sich, wenn es Alternativen zu diesem Medikament gibt. Alternativen gibt es zum einen dann, wenn der Patentschutz für ein Medikament entfällt und andere Hersteller die Wirkstoffe in eigenen Medikamente verarbeiten (sog. Generika) oder andere Behandlungen mit gleicher oder ähnlicher Erfolgswirkung vorhanden sind.

#### *(a) Arzneimittel in Festbetragsgruppen*

Auf dem deutschen Arzneimittelmarkt gibt es eine Vielzahl von Arzneimitteln in vergleichbarer Qualität, mit vergleichbarer Wirkung und zum Teil auch identischer Zusammensetzung, deren Preise aber sehr unterschiedlich sind. Deshalb gibt es seit 1989 Arzneimittelfestbeträge, die die gesetzlichen Krankenkassen und damit die Versichertengemeinschaft vor überhöhten Arzneimittelpreisen schützen. Festbeträge sind Höchstbeträge für die Erstattung von Arzneimittelpreisen durch die gesetzlichen Krankenkassen. Das bedeutet: Die Krankenkassen zahlen nicht automatisch jeden Preis, sondern nur Festbeträge: Diese werden für Gruppen vergleichbarer Arzneimittel festgesetzt. Verordnet der Arzt dennoch ein Arzneimittel, dessen Preis über dem Festbetrag liegt, so muss der Patient diesen Differenzbetrag zusätzlich zur gesetzlichen Zuzahlung entrichten

Arzneimittel, die als Innovation patentiert werden, aber keinen erkennbaren therapeutischen Fortschritt bringen, können in eine bestimmte Festbetragsstufe einbezogen werden. Dies gilt auch für den Fall, dass alle Arzneimittel einer Festbetragsgruppe patentgeschützt sind. Eine solche Gruppe muss mindestens drei Arzneimittel enthalten.

### *(b) Solisten mit freier Preisbildung*

Neue patentgeschützte Arzneimittel, die eine therapeutische Verbesserung bedeuten, sind von der Festbetragsbildung ausgenommen. Für diese „Solisten“ genannten Arzneimittel kann der Preis frei festgelegt werden. Aus dieser Situation ergibt es sich allerdings, dass die Preise gerade für neue Medikamente in Deutschland überproportional hoch sind. Andere Länder regeln die Erstattung bereits ab Zulassung des Medikaments, bestimmte Produkte dürfen dann erst gar nicht von den Krankenkassen erstattet werden. Das wollen wir in Deutschland nicht. Denn würde man bei Solisten diese Regelung wählen, wären die Arzneimittel zwar billiger. Jedoch wären diese besonderen Medikamente dann evtl. gar nicht erhältlich, obwohl sie innovativ sind.

### *(c) Neuregelung*

Im ersten Schritt regelt die Bundesregierung im Rahmen der aktuellen Gesundheitsreform daher die Preisbildung für neu zugelassene Arzneimittel. Für diese Medikamente muss ab 2011 der Hersteller gegenüber dem gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gleich bei der Zulassung ein Dossier über den Zusatznutzen in Bezug auf eine Vergleichstherapie vorlegen. Im G-BA sind bspw. Vertreter der Ärzteschaft, Krankenkassen und Krankenhäuser vertreten. Der G-BA bewertet das Dossier, um einen Zusatznutzen festzustellen (oder eben auch nicht). Für diese Feststellung kann der G-BA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer Frühbewertung beauftragen.

Soweit kein Zusatznutzen festgestellt werden, das Arzneimittel aber einer Festbetragsgruppe zugeordnet werden kann, kommt es schneller als früher dort hinein. Ist das nicht möglich, weil das Produkt ein Solist ist (es gibt also nichts Vergleichbares), muss über einen Erstattungsbetrag verhandelt werden. Wird ein Zusatznutzen festgestellt, muss der Erstattungsbetrag zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Hersteller vereinbart werden.

Dieser Vorgang muss innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein. Soweit eine Einigung entweder über den Zusatznutzen oder den Preis nicht getroffen werden kann, muss eine Schiedsstelle innerhalb von drei Monaten entscheiden.

Bei den sog. Solisten versagt der freie Markt, da echte Solisten-Medikamente eben keine Alternativen haben. Im Krankheitsfall möchte jedoch niemand auf die wirksamste Behandlung verzichten. In der Vergangenheit hat das IQWiG zwar wie bisher Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln vorgenommen. Diese hatten aber keinen direkten Einfluss auf die Bildung des Erstattungsbetrages. Diese Situation wird nun durch die neue, schnelle Nutzungsbewertung und neuen Preisbildungsmechanismen abgeschnitten. Die Wirkung der Gesetzesänderung wird jedoch erst ab 2012 eintreten.

Da das Kassendefizit bei den gesetzlichen Krankenkassen schon für 2011 erwartet wird, mussten zusätzlich kurzfristige Maßnahmen ergriffen werden. Um die Kosten für bereits am Markt befindliche „Solisten“ für die gesetzlichen Krankenversicherungen im Griff zu behalten, wurden im vergangenen Jahr

gesetzliche Zwangsrabatte eingeführt. Diese liegen aktuell bei 6 Prozent und werden ab 2011 auf 16 Prozent erhöht. Basis für die Rabatte sind die Arzneimittelpreise Stand August 2009. In diesem Bereich wurde Kritik laut, dass die Hersteller die Preise einfach im August 2009 um den zu erwartenden Rabatt hochgesetzt haben. Obwohl dies noch nicht nachgewiesen werden konnte, wurden nachträglich Schadensersatzregelungen beschlossen für den Fall, dass ein solches Vorgehen nachgewiesen werden kann. Mit dieser Maßnahme sollen 1,2 Milliarden Euro eingespart werden.

Im Bereich der Impfstoffe werden bei den Herstellern weitere 300 Millionen Euro eingespart. Hier werden die in Deutschland hohen Preise mittels gesetzlich zu gebender Rabatte auf europäisches Vergleichsniveau gesenkt. Warum diese überhaupt so hoch sind, hat sich aus den mir vorliegenden Unterlagen nicht ergeben. Gut ist aber, dass dies jetzt umgesetzt wird.

### **3. Einbeziehung der privaten Krankenkassen und öffentlichen Krankenhausambulanzen**

Wie bereits dargestellt, gelten die gesetzlichen Regelungen bislang nur für die gesetzlichen Krankenkassen. Die privaten Krankenkassen mussten bislang eigene Verhandlungen führen oder eben die vom Hersteller festgesetzten Preise bezahlen. Durch die Reform des Gesundheitsministeriums werden nun die gesetzlichen Herstellerrabatte auf die privaten Krankenkassen erweitert. Dies insbesondere auch, um im Bereich der Beihilfe (die Krankenversicherungsform für Beamte) Geld zu sparen. Insgesamt werden 200 Millionen Euro auf diesem Wege bei den Herstellern eingespart. Davon entfallen ca. 60 Millionen Euro auf die Beihilfe.

Gleiches gilt für die Krankenhäuser. Deren Ambulanzen, die direkt Medikamente herausgeben, mussten ihre Rabatte selbst aushandeln. Auch hier wird der Wirkungskreis der gesetzlichen Rabatte erweitert. Hier werden weitere 200 Millionen Euro eingespart.

### **4. Einsparungen im Vertriebsweg**

#### **Großhandel und Apotheken**

Grundsätzlich zu unterscheiden von der Erstattungssicht der Krankenkassen ist die Verkaufspreisbildung. Der Hersteller eines Medikaments kann seinen Verkaufspreis für Arzneimittel im Prinzip frei festsetzen. Auf diesen Preis der Hersteller kommen gesetzlich festgelegte Zuschläge für den Großhandel sowie die Apotheken.

Ist ein Medikament durch diese Preisbildung teurer als der Erstattungsbetrag der Krankenkasse (Festbetrag), zahlen die Versicherten entweder die Mehrkosten oder sie bekommen ein anderes

Medikament ohne Aufschlag aus der gleichen Gruppe. Meist wollen die Versicherten die Arzneimittel ohne Aufschlag. Daher fordern Pharmaunternehmen nur für wenige Arzneimittel Preise über dem Festbetrag..

Zusatzinfo: Für jedes Arzneimittel müssen Versicherte zuzahlen: zehn Prozent des Verkaufspreises, jedoch mindestens fünf, höchstens zehn Euro. Ausnahmen davon gibt es nur für besonders günstige Arzneimittel, die mindestens 30% unter dem Festbetrag liegen.

Um das Defizit bei den gesetzlichen Krankenkassen zu decken, sollten im Bereich Großhandel/Apotheken ursprünglich die prozentualen Zuschläge verringert und dadurch 400 Million Euro eingespart werden. Jedoch haben bereits bei den ersten Verhandlungen mit den entsprechenden Verbänden sowohl Großhandels- als auch Apothekerverband dargelegt, überproportionale Belastungen ausgesetzt zu sein. Beabsichtigt war, durch die jeweils zugeteilten Rabatten beide Parteien um je 200 Millionen am Gesamteinsparvolumen zu beteiligen. Beide Verbände haben aber vorgetragen, dass der andere Verband so stark sei, dass er sein Sparvolumen über die Lieferbedingungen einfach dem jeweils anderen aufdrücken könne.

Daher wurde ein neues System eingeführt. Für verschreibungspflichtige Medikamente erhält der Großhandel statt des bisher prozentualen Zuschlags zunächst einen Fixbetrag. Hinzu kommt ein prozentualer Zuschlag, der auch künftig rabattfähig ist, also für Verhandlungen mit den Apotheken zur Verfügung steht. Die Apotheken im Gegenzug müssen pro Packung auf rezeptpflichtige Medikamente einen fixen Rabatt in Höhe von 2,05 Euro gewähren. Mit dieser Zweiteilung will man gewährleisten, dass sowohl die Großhändler als auch die Apotheken gleichmäßig belastet werden.

Insgesamt werden 2011 zumindest bei den Apotheken tatsächlich Einschnitte vorgenommen. Ein Verband gibt im rechnerischen Mittel bei den verschreibungspflichtigen Arzneien eine Umsatzeinbuße einer Apotheke von 7.500 Euro jährlich an. Daher ist es verständlich, dass die Branche nicht begeistert von diesem Teil der Gesundheitsreform ist. Auf der anderen Seite ist der Gesamtmarkt – im Vergleich zu anderen (beispielsweise exportabhängigen) Branchen - relativ stabil. Dies wird auch über das gesetzliche Gesundheitssystem garantiert. Dennoch müssen die Belastungen in dem Bereich beobachtet und für die Zukunft begrenzt werden.

## **5. Weitere Einsparungen**

Neben den gesetzlichen Erstattungs- und Preisbildungsprinzipien schließen die Krankenkassen mit einzelnen Herstellern auch zusätzliche Rabattverträge ab. Liegt ein solcher Rabattvertrag vor, darf der Apotheker an den Patienten dieser Krankenkasse nur das entsprechende Medikament abgeben. Etwas

anderes gilt nur für den Fall, dass der Arzt ausdrücklich ein bestimmtes Medikament verschrieben hat, da ein Alternativpräparat in diesem besonderen Fall nicht geeignet ist. In diesem Bereich wurde eine kleine Verbesserung eingeführt: Früher musste der Patient für den Fall, dass er ein anderes wählt, den vollen Preis zahlen. Durch die Reform kann der Patient das Alternativmedikament wählen, muss jedoch nur den Aufpreis zahlen.

## **6. Zusatzinformation**

In diesem Zusammenhang ist auch der neue Tarif der Kostenerstattung zu sehen. Dieser wurde in der Presse dargestellt, da er das System der gesetzlichen Krankenkasse dem „à la carte“-System der privaten Krankenkassen angleicht. Der Versicherte in diesem Tarif trägt – wie der Privatpatient – die Arztrechnung selbst und bekommt von seiner Krankenkasse diese wiederum erstattet. Im Gegenzug darf der Patient seine Leistungen wie der Privatpatient „à la carte“ aussuchen. Allerdings erstatten die Krankenkassen nur den gesetzlich festgelegten Erstattungsbetrag. Damit besteht das Risiko, auf Differenzkosten sitzenzubleiben. Der Tarif ist daher sicherlich nur für einen geringen Teil der gesetzlich Versicherten attraktiv. Als Wahltarif in Anspruch genommen erweitert er jedoch die Angebotspalette der gesetzlichen Krankenversicherungen. Daher spricht aus meiner Sicht nichts dagegen, diesen einzuführen.

Als kurzfristige Maßnahme kann die Arzneimittelreform hingenommen werden. Die Strukturen in diesem Bereich sind derart komplex, dass eine grundlegende Reform kurzfristig nicht machbar ist. Mittel- und langfristig müssen jedoch die Transparenz in dem Bereich erhöht, Verwaltung und Bürokratie abgebaut und so Kosten gespart werden. Das Gesundheitsministerium hat daher bereits angekündigt, in den kommenden Jahren weitere Strukturreformen vorzunehmen. Die Verhandlungen werden jedoch schwer. Nicht nur, weil es um viel Geld geht. Auch der Koalitionspartner hat sich in dem Bereich nicht als einfach erwiesen. Auch wenn sich unsere bayerischen Regierungsfreunde im Bereich der Arzneimittelreform als kooperativer erwiesen haben als bei der Reform der Krankenkassenbeiträge.

Mit freundlichen Grüßen

Judith Skudelny