



Stellungnahme

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek),
Landesvertretung Nordrhein–Westfalen,

zum Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN „Solidarische Gesundheitsversorgung erhalten
– Bürgerversicherung einführen“ (Drucksache 15/854) und

zum Änderungsantrag der Fraktion DIE LINKE zum oben
genannten Antrag

Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit,
Soziales und Integration des Landtags NRW am 13. Juli 2011

Inhaltsverzeichnis	Seite
1. Grundsätzliche Positionen	
1.1 Stabilitätsfaktor Gesetzliche Krankenversicherung	3
1.2 Bürgerversicherung und Kopfpauschale	4
1.3 Kurzfristige Maßnahmen zur Stärkung der GKV	5
2. Stellungnahme zu ausgewählten Punkten der Anträge	
2.1 GKV-Finanzierungsgesetz 2010	
2.1.1 Zusatzbeiträge	7
2.1.2 Sozialausgleich	8
2.2 Vorkassensystem/Kostenerstattung	9
2.3 Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze	10
2.4 Einbezug aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung	11
2.5 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)	11
2.6 „Unabhängige Patientenberatung“	13

1. Grundsätzliche Positionen

1.1 Stabilitätsfaktor Gesetzliche Krankenversicherung

Deutschland hat eines der leistungsfähigsten Gesundheitssysteme der Welt. Eine solidarisch finanzierte Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) sichert allen Versicherten, unabhängig von Alter, Geschlecht, individuellem Krankheitsrisiko und den finanziellen Möglichkeiten eine umfassende, hochwertige medizinische Versorgung. Die Soziale Krankenversicherung in Deutschland bietet fast 90 Prozent der Bevölkerung einen umfassenden Krankenversicherungsschutz. Dieser auf Solidarität basierende Schutz ist ein entscheidender Standortfaktor und hat maßgeblich zum wirtschaftlichen Erfolg Deutschlands beigetragen. Das deutsche Krankenversicherungssystem ist somit auch ein bedeutender Garant für die Stabilität unserer Gesellschaft.

Der Verband der Ersatzkassen setzt sich dafür ein, dass die solidarischen Strukturprinzipien der GKV erhalten bzw. wieder hergestellt werden. Die Strukturmerkmale „Solidarität, Sachleistung, Selbstverwaltung und Pluralität“ bieten auch für die Zukunft einen klaren Organisationsrahmen zur effektiven und effizienten Gestaltung sozialer Sicherheit. Gerade für die Bewältigung zukünftiger Herausforderungen bilden die Prinzipien eine leistungsstarke Ausgangsbasis.

Kern der solidarischen Absicherung gegen Gesundheitsrisiken muss auch weiterhin die Verantwortungsgemeinschaft der Starken und Schwachen unserer Gesellschaft sein. Solidarität darf auch zukünftig nicht auf die Gemeinschaft von Schwachen oder die Fürsorge für Bedürftige reduziert werden. Gleichzeitig gilt es, die Eigenverantwortung des Einzelnen zu stärken. Individuelle Verantwortung kommt dabei insbesondere im bewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit und der bedarfsgerechten Inanspruchnahme von Leistungen zum Ausdruck. Erst das Zusammenwirken beider Merkmale – Solidarität und Subsidiarität – führt zu jener Gemeinwohlorientierung, die als Grundlage einer zukunftsfähigen Krankenversicherung unabdingbar ist.

Als tragendes Strukturmerkmal der GKV muss das Solidarprinzip wieder eine stärkere Verankerung finden. Nur so ist allen Versicherten ein einheitlicher Leistungsanspruch garantiert und schützt sie vor finanzieller Überforderung im Krankheitsfall. Auch künftig sollen die finanziell Stärkeren für die finanziell Schwächeren, die Jungen für die Alten und die Alleinstehenden für die Familien eintreten. Die Höhe der Beiträge muss sich ausschließlich nach der finanziellen

Leistungsfähigkeit des Einzelnen richten. Alter, Geschlecht und gesundheitliche Risiken müssen auch weiterhin im Gegensatz zur risikoäquivalenten Prämien-gestaltung privater Krankenversicherungsunternehmen unberücksichtigt bleiben.

1.2 Bürgerversicherung und Kopfpauschale

Vor dem Hintergrund der skizzierten Ziele unterstützt der Verband der Ersatzkassen die in dem Antrag formulierte Bewertung, dass Kopfpauschalen im Sinne einkommensunabhängiger pauschalierter Arbeitnehmerbeiträge den solidarischen Grundgedanken der GKV aufheben. Kopfpauschalen bedeuten im Ergebnis, dass die Putzfrau genau so viel bezahlen muss wie der leitende Angestellte. Ein Pauschalbeitrag entlastet die Versicherten mit höherem Einkommen und belastet Geringverdiener und Rentner. Die Finanzierung eines notwendigen sozialen Ausgleichs würde einen zweistelligen Milliardenbetrag (Schätzungen gehen von bis zu 20 Milliarden Euro aus) kosten, der angesichts der im Grundgesetz verankerten Schuldenbremse nicht garantiert ist. Dieser Betrag müsste zusätzlich zu dem bis ins Jahr 2012 ansteigenden Steuerzuschuss von 14 Milliarden Euro für die versicherungsfremden Leistungen in der GKV aufgebracht werden.

Auch schließt sich der Verband der Ersatzkassen der These an, dass die GKV seit vielen Jahren unter einer strukturellen Einnahmeschwäche leidet. Diese resultiert daraus, dass die Gesamtsumme der beitragspflichtigen Einnahmen (Grundlohnsumme) langsamer wächst als das Bruttoinlandsprodukt. Wesentliche Ursachen für diese Entwicklung waren in der Vergangenheit die verfestigte Arbeitslosigkeit sowie veränderte Beschäftigungsstrukturen. Trotz wirtschaftlicher Aufschwungphasen und arbeitsmarktpolitischer Erfolge beim Abbau der Arbeitslosigkeit hat sich dieses strukturelle Grundproblem verfestigt und dürfte auch in Zukunft bestehenbleiben.

In erheblichem Maße resultiert die Einnahmeschwäche der GKV aber auch aus gesetzlich verordneten Beitragsausfällen, den sogenannten „Verschiebebahnhöfen“. Alleine in den Jahren 1995 – 2002 führte dies – so eine Studie des Fritz-Beske-Instituts in Kiel – zu Mindereinnahmen von rund 25 Milliarden Euro für die GKV. Ein erheblicher Anteil dieser Mindereinnahmen hat sich seitdem negativ verfestigt. Im Durchschnitt der Jahre 1989 – 2008 kann nach Schätzun-

gen der GKV davon ausgegangen werden, dass durch Gesetzänderungen die GKV mit bis zu 11 Milliarden Euro jährlich belastet wurde.

Das Konzept der Bürgerversicherung will die Finanzkraft der GKV stärken, indem der versicherungs- und beitragspflichtige Personenkreis in der GKV ausgeweitet und eine weitergehende Verbeitragung auch anderer Einkommen und Einkommensarten vorgenommen werden soll. Dieser Ansatz ist grundsätzlich zu begrüßen, weil damit nicht nur aus Finanzierungssicht positive Aspekte für die GKV verbunden sein können, sondern auch unter Gerechtigkeitsaspekten eine Stärkung der GKV einhergehen kann.

Aus Sicht des vdek hat somit die Idee der Bürgerversicherung unzweifelhaft in der Tradition klassischer Sozialpolitik großen Charme und kommt damit der deutschen Form von Sozialstaatlichkeit sehr viel näher als das Kopfprämienmodell. Jedoch muss deutlich darauf hingewiesen werden, dass sowohl die fiskalischen Gesamteffekte als auch die Verteilungswirkungen von der konkreten Ausgestaltung der Konzeption abhängen. Je nach Variation der Parameter, wie Versicherungspflichtgrenze, Beitragsbemessungsgrenze und sonstige Einkunftsarten ergeben sich höchst unterschiedliche Folgewirkungen.

Hinsichtlich einer konkreten Umsetzung und politischen Realisierung des Konzepts ist der Verband der Ersatzkassen zum jetzigen Zeitpunkt skeptisch, ob alle mit einer Umsetzung verbundenen verteilungspolitischen, ökonomischen, demographischen, rechtlichen und strukturellen Aspekte ausreichend analysiert sind. Außerdem läuft jede Reform der Finanzierungsseite ins Leere, wenn nicht gleichzeitig auf der Ausgabenseite notwendige Strukturmaßnahmen die Finanzstabilität sichern.

Dies legt es aus Sicht des vdek nahe, über sinnvolle und realistische Alternativen zur Bürgerversicherung nachzudenken, die zu einer Stärkung der GKV unter den bestehenden Rahmenbedingungen führen.

1.3 Kurzfristige Maßnahmen zur Stärkung der GKV

Um die Gesetzliche Krankenversicherung einnahmen- als auch ausgabenseitig sowie unter Gerechtigkeitsgesichtspunkten kurzfristig zu stärken, schlägt der Verband der Ersatzkassen folgende Maßnahmen vor:

Finanzierungsseite

- Wiederherstellung der paritätischen Finanzierung durch Versicherte und Arbeitgeber
- Abschaffung der Zusatzbeiträge und Rückkehr zu kassenindividuellen Beitragssätzen
- Einschränkung der Wechselmöglichkeiten von freiwillig Versicherten in die PKV (z. B. durch Wiedereinführung der 3-Jahres-Frist) bzw. mittelfristig Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze
- Zahlung von kostendeckenden Beiträgen der Bundesagentur für Arbeit für Arbeitslose (ALG II-Empfänger) an die GKV
- In der **Sozialen Pflegeversicherung** Beteiligung der Privaten Pflegeversicherung (PKV) am Solidarausgleich; so könnten Teile der Rückstellungen der PKV, die lediglich durch Risikoselektion entstanden sind, in Höhe von derzeit mehr als 20 Milliarden Euro für die Versorgung aller Pflegebedürftiger genutzt werden und die Finanzstabilität mittelfristig sichern.

Ausgabenseite

- Nullrunden für 2012 im ambulanten und stationären Bereich
- Wegfall der Verpflichtung zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73 b SGB V
- Anwendung des reduzierten Mehrwertsteuersatzes von 7 Prozent auf Arzneimittel
- Einführung einer strikten gesetzlichen Kostenbegrenzung im Arzneimittelbereich (4. Hürde) für therapeutische Solisten (Arzneimittel ohne Vergleichsmöglichkeiten) und Me-too-Präparate (Scheininnovationen)
- Einführung einer Positivliste für Arzneimittel
- Ausweitung der selektivvertraglichen Möglichkeiten, um besondere Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanstrengungen zu fördern; hierzu bedarf es flankierender gesetzlicher Rahmenbedingungen (Budgetbereinigung etc.)

Landesebene

- Zügige Neujustierung der Krankenhausplanung NRW zur Sicherung der Versorgungsqualität und zum Abbau des Bettenüberhangs
- Strikte „Bedarfsprüfung“ bei den Zulassungen der Krankenhäuser für die ambulante Behandlung (§ 116 b SGB V)

- Klare politische Einflussnahme im ambulanten Bereich zur Umsteuerung von Versorgungskapazitäten in strukturschwache und ländliche Gebiete durch Abbau von Überkapazitäten, vor allem in Ballungsgebieten
- Novellierung des Rettungsdienstgesetzes NRW im Hinblick auf leistungsfähigere und wirtschaftlichere Versorgungsstrukturen
- (finanzieller) Einbezug der PKV in versorgungspolitische Landesinitiativen

2. Stellungnahme zu ausgewählten Punkten der Anträge

2.1 GKV-Finanzierungsgesetz 2010

2.1.1 Zusatzbeiträge

Im Antrag der Fraktionen von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sind Entwicklungen im Hinblick auf die Gesetzgebungsaktivitäten der derzeitigen Bundesregierung angedeutet, die in Form des GKV-Finanzierungsgesetzes dann tatsächlich am 01.01.2011 in Kraft getreten sind.

Der Verband der Ersatzkassen stimmt in der Analyse der Folgen mit den Antragstellern überein. Kernelemente der Reform auf der Finanzierungsseite sind die Anhebung des allgemeinen Beitragssatzes auf 15,5 Prozent – Arbeitgeber tragen zukünftig festgeschriebene 7,3 Prozent, Versicherte 8,2 Prozent des Beitrags – sowie die unbegrenzt mögliche Ausdehnung einkommensunabhängiger Zusatzbeiträge. Zwar gelingt es dem Gesetzgeber mit dieser Reform, die Finanzen der GKV angesichts des erwartbaren Defizits von 10 Milliarden Euro in 2011 zu stabilisieren, jedoch ist der Preis hierfür außerordentlich hoch. Für zukünftige Kostensteigerungen müssen ab 2011 alleine die Versicherten aufkommen.

Für die Arbeitgeber kommt es zu einer letztmaligen Beitragssatzerhöhung von 0,3 Beitragssatzpunkten, dann wird der Beitragssatz auf dem Niveau von 2011 eingefroren. Die Arbeitgeber werden so schrittweise aus der finanziellen Verantwortung entlassen. Stattdessen müssen die Versicherten für die künftigen Kostensteigerungen alleine aufkommen. Sie tragen nicht nur die anteilige Beitragssatzerhöhung in 2011. Es gibt künftig auch keinen Anpassungsmechanismus beim Beitragssatz mehr – steigen die Kosten, müssen die Krankenkassen das Geld allein bei den Versicherten über die Zusatzbeiträge erheben. Der Zusatzbeitrag wird somit Schritt für Schritt zur kleinen Kopfpauschale.

Diese Entwicklung wird schneller eintreten als behauptet. Die kurz vor Toreschluss am GKV-Finanzierungsgesetz herbeigeführten Änderungen zugunsten der Leistungserbringer lassen folgende Situation entstehen: Der den Kliniken zugestandene Nachschlag von 400 Millionen Euro, der Ärztenachschlag von 120 Millionen Euro und der für die Zahnärzte von fast 30 Millionen Euro muss von den Kassen aufgebracht werden. Insgesamt wird dies dazu führen, dass mehr Krankenkassen schon 2011 höhere Zusatzbeiträge verlangen müssen als bisher. Auch bringt der konjunkturelle Aufschwung den Krankenkassen aufgrund der Fondskonstruktion keine Erleichterung, da keine höheren Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds fließen. Diese richten sich nämlich allein nach den Prognosen des Schätzerkreises von Anfang Oktober 2010, in denen die konjunkturbedingten Aufschläge noch nicht berücksichtigt waren.

Hinzu kommen weitere Ausgabenrisiken durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz, das zum 01.01.2012 in Kraft treten soll. Trotz guter Ansätze beim Einstieg in eine sektorübergreifende Versorgung weist der Gesetzentwurf eine massive Schiefelage auf. Auf die bestehenden Überversorgungsprobleme im ambulanten Bereich werden nur unzureichende Antworten gefunden. Stattdessen werden die Vergütungsbedingungen für Ärzte verbessert – und der GKV wichtige Instrumente zur Sicherung einer wirtschaftlichen Versorgung genommen. Hinzu kommen erhebliche Kostenrisiken durch den neuen Versorgungssektor der spezialärztlichen Versorgung. Insgesamt drohen hier unkalkulierbare Mehrbelastungen für die Beitragszahler – ohne qualitative Verbesserungen bei der Versorgung.

Hinsichtlich der Entwicklung der Zusatzbeiträge schätzt der GKV-Spitzenverband, dass diese bei ungebremsster Ausgabenentwicklung in den nächsten Jahren auf 50,00 bis 70,00 Euro pro Monat steigen können.

2.1.2 Sozialausgleich

Zur „sozialen Abfederung“ soll beim Zusatzbeitrag ein Sozialausgleich ab einer Höhe von 2 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens greifen und sich an einem GKV-durchschnittlichen Zusatzbeitrag orientieren. Dass der Sozialausgleich bis 2015 aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds bestritten werden muss, führt dazu, dass die Beitragszahler ihren eigenen Sozialausgleich

finanzieren. Die versprochene Leistungsgerechtigkeit durch höhere Steuermittel läuft somit ins Leere.

Fakt ist auch, dass schon heute der Sozialausgleich von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen der Regierungsparteien als nicht gerecht angesehen wird. Da bei der Berechnung nur das Einkommen aus abhängiger Beschäftigung berücksichtigt wird, kann es sein, dass auch wohlhabende Versicherte mit kleinem Erwerbseinkommen, aber hohen Miet-, Zins- oder freiberuflichen Einnahmen in den Genuss des Ausgleichs kommen. Hinzu kommt noch, dass der Ausgleich in der konkreten Abwicklung sehr kompliziert und aufwändig ist. Die Kassen haben immer dafür plädiert, den Zusatzbeitrag prozentual zu erheben. Der Sozialausgleich wäre dann „automatisch“ erfolgt.

2.2 Vorkassensystem/Kostenerstattung

Der Verband der Ersatzkassen teilt die Auffassung der Antragsteller, dass ein Vorkassensystem nicht zu mehr Transparenz und Einsparungen führt und entstehende Mehrausgaben alleine zu Lasten der Versicherten gehen. Auch wenn die Kostenerstattung von einem kleinen Personenkreis genutzt und geschätzt wird, muss eine qualitativ hochwertige Versorgung als Sachleistung weiterhin charakteristisch für die GKV bleiben. Zum Schutz der Patienten vor finanzieller Überforderung und zur Stärkung der Solidargemeinschaft sollte deshalb die Kostenerstattung auf keinen Fall weiter ausgebaut werden. Nur durch das Sachleistungsprinzip im Kontext des Verhandlungsmandates der Krankenkassen kann sichergestellt werden, dass in den Verträgen die nötigen Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte berücksichtigt werden. Zudem wird einer unnötigen Mengenentwicklung ein Riegel vorgeschoben und Preistreiberei unterbleibt.

Wie problematisch der „Anbietermarkt“ für eine gute Gesundheitsversorgung ist, zeigt die Entwicklung bei den sogenannten IGEL-Leistungen. Diese werden von den Ärzten aus rein ökonomischen Motiven verkauft und nehmen immer mehr zu. Nach einer Studie des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WidO) wurde jedem vierten Versicherten im letzten Jahr IGEL verkauft. Die Zusatzeinnahmen der Ärzte belaufen sich auf rund 1,5 Milliarden Euro jährlich. In über 50 Prozent der Fälle unterblieb die schriftliche Vereinbarung, bei jeder siebten Leistung gab es keine Rechnung. Die Initiative für diese Leistungen geht in der Regel vom Arzt aus.

Bezogen auf den Arzneimittelbereich weist der Verband der Ersatzkassen darauf hin, dass durch die Ausweitung der Kostenerstattung in Form der Mehrkostenregelung auch das Steuerungsinstrument der Rabattverträge geschwächt wird. Die Neuregelung bewirkt, dass die Rabattverträge ein Stück weit ins Leere laufen, da vermehrt die Abgabe rabattierter Medikamente durch nicht-rabattierte ersetzt wird. Den Differenzbetrag muss der Versicherte aus eigener Tasche zahlen.

Der Verband der Ersatzkassen gibt auch zu Bedenken, dass die vermehrt geäußerte Forderung nach Festzuschüssen zur Entsolidarisierung führt. Die seit 2005 geltenden Festzuschüsse im Zahnarztbereich haben gezeigt, dass die ausschließliche Befundorientierung und die Vermengung von vertragszahnärztlicher Versorgung und privater Gebührenordnung dazu geführt hat, dass die Versicherten mit höheren Eigenanteilen belastet werden. Diese Entwicklung verschärft sich durch Anpassungen der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) und muss aufmerksam beobachtet und ggf. korrigiert werden.

2.3 Anhebung bzw. Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze

Eine Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze führt nur dann zu positiven Finanzergebnissen, wenn gleichzeitig die Versicherungspflichtgrenze aufgehoben bzw. erheblich angehoben wird. Ansonsten würden die dadurch mehrbelasteten freiwilligen Versicherten verstärkt in die PKV abwandern. Grundsätzlich stärkt eine Anhebung den einkommensbezogenen Solidarausgleich innerhalb der GKV und führt zu nennenswerten Beitragssatzeffekten (so würde eine Anhebung auf das Niveau der Rentenversicherung zu einem Beitragssatzrückgang um 0,8 Beitragssatzpunkte führen). In welchem Umfang dies geschehen soll, ist eine politische Entscheidung.

Eine komplette Aufhebung der Beitragsbemessungsgrenze scheidet aus Sicht des Verbandes der Ersatzkassen aus Gründen der Belastungsgerechtigkeit und aus verfassungsrechtlichen Gründen aus. Die damit einhergehende erhebliche, zusätzliche Belastung gut verdienender Personenkreise würde zu einer Überstrapazierung des Solidargedankens führen. Verfassungsrechtlich ist eine solche Regelung mehr als strittig, da dadurch eine Art zusätzliche Einkommenssteuer ähnlich dem Solidaritätszuschlag entstehen würde.

2.4 Einbezug aller Einkunftsarten in die Beitragsbemessung

Der Verband der Ersatzkassen ist der Auffassung, dass durch eine Berücksichtigung aller Einkunftsarten die tatsächliche individuelle Leistungsfähigkeit grundsätzlich besser abgebildet wird als durch die derzeitige reine Verbeitragung von Lohn und Gehalt. Jedoch ist auch hier in der praktischen Ausgestaltung zu berücksichtigen, dass insbesondere Personen mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze belastet würden (es sei denn, man würde verschiedene Beitragssäulen einführen; dann würden die unterschiedlichen Einkunftsarten mit unterschiedlichen Beitragsbemessungsgrenzen getrennt verbeitragt). Dies würde dem Grundgedanken widersprechen, vor allem Besserverdienende stärker am Solidarausgleich zu beteiligen. Regressive Verteilungswirkungen lassen sich aber selbst dann nicht ganz ausschließen, wenn die Beitragsbemessungsgrenze angehoben wird.

Offenbleibt darüber hinaus in den meisten Modellen, wie die sonstigen Einkunftsarten überprüft und technisch verbeitragt werden sollen. Hier ist darauf zu achten, dass auf der einen Seite kein enormer bürokratischer Aufwand entsteht, der zu Lasten der zusätzlichen Einnahmen gehen würde. Eine Verlagerung des kompletten Einzugsverfahrens an die Finanzämter wäre teuer und der unabwendbare Einstieg in ein rein steuerfinanziertes staatliches Gesundheitssystem. Auch wäre zu klären, wie mit Freibeträgen in diesem Modell umgegangen wird. Insgesamt ist die Einbeziehung sonstiger Einkunftsarten nach wie vor mit zahlreichen technischen und verteilungspolitischen Problemen behaftet, so dass eine unkomplizierte und unbürokratische Umsetzung äußerst schwierig erscheint.

2.5 Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG)

Der Arzneimittelbereich stellt den drittgrößten Ausgabenblock in der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Während es in anderen Ausgabenbereichen zumindest temporär gelungen ist, die jährlichen Ausgabenanstiege zu bremsen bzw. abzuschwächen, sind die Ausgaben für Arzneimittel in den letzten Jahren im Schnitt um sechs Prozent ungebremst gewachsen. Der aktuell im 1. Quartal 2011 zu verzeichnende Rückgang der Arzneimittelausgaben um rund 4 Prozent dürfte nur eine kurzfristige Abflachung darstellen, die bald wieder aufgezehrt sein wird. Die Ersatzkassen sehen hier dringenden Handlungsbedarf. Auch muss man feststellen, dass zwar jedes Jahr etwa 30 neue Wirkstoffe auf den

Markt kommen, sich davon aber fast die Hälfte als reine Scheininnovationen erweisen. Vor diesem Hintergrund sind die Anstrengungen der Bundesregierung zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der GKV grundsätzlich zu begrüßen.

Jedoch ist festzustellen, dass das grundsätzlich richtige Vorhaben so abgeschwächt wurde, dass dies zu Lasten der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung geht. Auch der Ansatz, dass die pharmazeutischen Hersteller ab 2011 erstmalig verpflichtet werden, für neue Arzneimittel mit den Krankenkassen über den Preis zu verhandeln, wurde verwässert. Mit Bedauern nimmt der Verband der Ersatzkassen zur Kenntnis, dass die Bundesregierung sich in diesem Zuge nicht zur Implementierung einer echten Vierten Hürde (staatliche Preisfestsetzung) entschließen konnte. Da die pharmazeutischen Unternehmen auch nach dem AMNOG bei der Markteinführung ihrer Produkte weiterhin die Preise frei bestimmen können, wird der sich anschließende Verhandlungsprozess um Erstattungspreise anfällig für Strategien, das Preisniveau unnötig hoch zu halten.

Der Verband der Ersatzkassen begrüßt zwar vom Ansatz her die Einführung einer schnellen Nutzenbewertung, in deren Zuge auch vorgesehen ist, dass Arzneimittel, bei denen kein Zusatznutzen feststellbar ist, schneller als bisher der Festbetragsregelung zugeführt werden. Ob die „schnelle Nutzenbewertung“ in der Praxis funktioniert, bleibt jedoch abzuwarten. Da sie zu einem relativ frühen Zeitpunkt ansetzt, liegen möglicherweise kaum aussagekräftige Studien vor, auf deren Basis ein Nutzen-Beleg erfolgen kann. Die Aussagen der Schnellbewertung hätten dann allenfalls prognostischen Charakter. Problematisch ist ebenfalls, dass mit der Ermächtigung zum Erlass einer Rechtsverordnung seitens des BMG erstmals direkt in die Regelungskompetenz des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) eingegriffen wird. Durch die bereits ange-deutete Akzeptanz, auch von Studien niedrigerer Evidenz, entsteht die Gefahr, dass die bisher durch den G-BA in seiner eigenen Verfahrensordnung festgelegte Bindung an Studien möglichst hoher Evidenz rechtlich angreifbar gemacht wird. Es dürfte juristisch kaum haltbar sein, dass der G-BA für die von ihm ohne Rechtsverordnungsvorgabe geregelten Tatbestände (z. B. Festbetragsgruppen) eine höhere Evidenz fordert als sie die Rechtsverordnung für die schnelle Nutzenbewertung vorsieht.

Darüber hinaus ist die Regelung problematisch, dass die Hersteller zum Nachweis der Zweckmäßigkeit ihrer Arzneimittel durch weitere Studien eine „ange-

messene Frist“ vom G-BA eingeräumt bekommen müssen. Da ein solches Verfahren 2–3 Jahre dauern dürfte, bleiben die Arzneimittel solange zu Lasten der GKV auf dem Markt. In der Konsequenz werden sich qualitativ minderwertige Arzneimittel zu lange in der Versorgung halten; mit negativen Effekten für die Versorgungsqualität der Patientinnen und Patienten und die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung.

Kritisch sieht der Verband der Ersatzkassen den Verzicht auf eine Nutzenbewertung bei Orphan Drugs (Arzneimittel bei seltenen Erkrankungen bis zu einem Jahresumsatz von 50 Millionen Euro) und Arzneimitteln mit geringer wirtschaftlicher Bedeutung (hier reicht die schlichte Erklärung des Herstellers aus). Hier ist ein Schlupfloch für die Hersteller geschaffen worden, das gestopft werden muss, da die Hersteller weiterhin frei in der Preisgestaltung sind. Dies ist besonders bei den Orphan Drugs problematisch, da bei diesen häufig ein Missverhältnis zwischen hohen Jahrestherapiekosten mit finanzieller Belastung der GKV einerseits und fraglichem Nutzen andererseits besteht.

Ausdrückliche Unterstützung signalisiert der Verband der Ersatzkassen für die Forderung der Antragsteller nach Einführung einer Positivliste aller Arzneimittel. Eine Positivliste würde alle zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittel enthalten. Ziel einer Positivliste ist die Qualitätsverbesserung der Arzneimittelversorgung in der GKV. In Deutschland hat es mehrere gesetzgeberische Versuche gegeben, eine solche Liste einzuführen, die letztlich jedoch revidiert wurden. So wurde z. B. gegen den Widerstand der Krankenkassen und Bundesländer die Positivliste mit dem Fünften SGB V-Änderungsgesetz 1995 bereits vor ihrem Inkrafttreten zurückgenommen. Mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 wurde erneut ein Verfahren zur Realisierung einer Positivliste vom Gesetzgeber festgeschrieben. Eine Positivliste ist allerdings nie in Kraft getreten, da die entsprechende Regelung durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) unter Federführung der rot-grünen Bundesregierung wieder ersatzlos gestrichen wurde.

2.6 „Unabhängige Patientenberatung“

Der Verband der Ersatzkassen erachtet die Anfang 2011 ausgebauten Strukturen der „Unabhängigen Patientenberatung“ für ausreichend und vorbildhaft. Nachdem Ende 2010 die insgesamt zehnjährige Modellphase für eine unabhängige Patientenberatung auslief, wurde nach einer europaweiten Ausschrei-

bung im Januar 2011 vom GKV-Spitzenverband im Einvernehmen mit dem Patientenbeauftragten der Bundesregierung entschieden, dass die Bietergemeinschaft aus Sozialverband VdK Deutschland e. V., Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. und dem Verbund unabhängige Patientenberatung e. V. (kurz: SVV) den Zuschlag erhält.

Unter der Trägerschaft dieser drei Institutionen, finanziert von der GKV mit 26 Millionen Euro für fünf Jahre und unter dem Namen Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) wird ein kostenloses und qualitätsgesichertes Beratungsangebot bereitgestellt. Neu hinzugekommen ist ein muttersprachliches Angebot für Ratsuchende mit Migrationshintergrund, welches von der PKV finanziert wird. Da die Erfahrung der letzten Jahre gezeigt hat, dass ein Großteil der Beratung telefonisch in Anspruch genommen wurde, dürften die derzeit bestehenden 21 regionalen Beratungsstellen voll und ganz ausreichen. In NRW gibt es drei Beratungsstellen (Bielefeld, Köln, Dortmund).

Hinzu kommen im Übrigen die weiteren Beratungsstellen bei den Ärztekammern, den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Sozialverbänden und selbstverständlich bei den Krankenkassen.

Abschließend ist noch darauf hinzuweisen, dass dieses neue Beratungsangebot nicht dazu führen darf, dass sich die öffentliche Hand aus der Finanzierung von öffentlich bezuschussten Beratungseinrichtungen zurückzieht, hier insbesondere der Verbraucherzentralen.