

Statement

von

Ulrike Elsner

Hauptamtliche Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)

anlässlich

der Neujahrs-Pressekonferenz

**Was muss 2016 getan werden?
Finanzen der GKV unter Druck, Schieflage im Wettbewerb der
Krankenkassen, Arzneimittel im Fokus**

am 20. Januar 2016

im Tagungszentrum im Haus der Bundespressekonferenz,
Schiffbauerdamm 40/Ecke Reinhardtstraße 55,
10117 Berlin

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

15 Gesetze in 15 Monaten sprechen eine eindeutige Sprache: Die Bundesregierung hat eine Vielzahl von Themen bearbeitet. Aus meiner Sicht besteht 2016 in zwei Feldern besonderer Handlungsbedarf: In der Arzneimittelversorgung und beim Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, dem Morbi-RSA.

Beginnen wir mit dem Arzneimittelsektor: Große Sorgen bereitet uns hier die Ausgabendynamik. Noch 2013 haben sich die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel auf 30,1 Milliarden Euro belaufen. Im Jahr 2014 waren wir bereits bei 33,4 Milliarden Euro. Das ist ein sattes Plus von knapp zehn Prozent. Für das Jahr 2015 kann man von einer Veränderungsrate von 4,5 Prozent ausgehen. Die GKV musste 2014 übrigens 17 Prozent ihrer Gesamtausgaben für Arzneimittel aufwenden. Das sind in etwa die Ausgaben für die ambulante/ärztliche Versorgung.

Die Gründe hierfür sind hinreichend bekannt: Allein dadurch, dass der Gesetzgeber den Herstellerabschlag von 16 auf 7 Prozent gesenkt hat, stiegen die Ausgaben 2014 um 973 Millionen Euro.

Besonders zu Buche schlagen zudem die patentgeschützten Arzneimittel, deren Kosten um 1,8 Milliarden Euro gestiegen sind. Allein im Jahr 2015 hat die GKV zum Beispiel für die neuen Hepatitis-C-Medikamente wie Sovaldi geschätzt 1,4 Milliarden Euro gezahlt. Eine zwölfwöchige Therapie bei Sovaldi kostete vor den Preisverhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband mindestens 60.000 Euro. Das ist fast das doppelte Brutto-Jahreseinkommen einer Krankenschwester. Oder wie das Magazin "Euro" errechnet hat: Sovaldi war – bezogen auf den Preis pro Gramm – zwanzigmal wertvoller als Gold.

Neben den Ausgaben sehe ich eine weitere Entwicklung mit Sorge: Die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung kommen immer noch zu wenig bei den Ärzten und damit in der Versorgung an. Nehmen wir zum Beispiel den Wirkstoff gegen Multiple Sklerose Fampridin: Der Bruttoumsatz für dieses Medikament lag 2011 für Ersatzkassenversicherte bei rund 3,7 Millionen Euro – 2013 waren es knapp 34 Millionen Euro. Und das, obwohl der Gemeinsame Bundesausschuss für Fampridin 2012 keinen Zusatznutzen festgestellt hat.

Deshalb ist zunächst einmal auch in Hinblick auf den anstehenden Pharmadialog, an dem die Krankenkassen nicht regelhaft beteiligt wurden, zu sagen:

Der Gesetzgeber muss an den bewährten Instrumenten zur Steuerung der Arzneimittelausgaben festhalten.

Das gilt ganz entscheidend für das AMNOG-Verfahren. Dieses ist gut für die Arzneimittelversorgung! Erstmals wird relativ schnell nach der Markteinführung eines neuen Arzneimittels zwischen einer echten Innovation für Patienten und Wirkstoffen ohne Zusatznutzen unterschieden. Und bis heute wurden insgesamt 159 Verfahren abgeschlossen, das war und ist ein großer Fortschritt für die Arzneimittelversorgung.

Aber auch über die Nutzenbewertung hinaus gilt: Festbeträge, Rabattverträge, Herstellerabschlag und Preismoratorium – sie alle haben bewiesen, dass sie die Arzneimittelversorgung für die Solidargemeinschaft bezahlbar halten. Angesichts der Ausgabensteigerungen plädieren wir dafür, dass die Große Koalition den Herstellerabschlag wieder auf 16 Prozent anhebt und das Preismoratorium nach 2017 fortgelten lässt. Gerade im Hinblick darauf, dass sie sich gegen die Nutzenbewertung des Bestandsmarktes entschieden hat. Denn dadurch konnten wir einen Großteil der Wirtschaftlichkeitsreserven nicht heben: Der Gesetzgeber hat bei der Einführung des AMNOG Einsparungen von zwei Milliarden Euro pro Jahr erwartet. Von 2011 bis einschließlich 2014 kommen wir aber auf lediglich 600 Millionen Euro.

Wir brauchen daher ein AMNOG 2.0. Dabei sind folgende Themen für uns zentral:

1. Der Erstattungsbeitrag muss rückwirkend zur Markteinführung gelten.

Wie Sie alle wissen, darf die Pharmaindustrie im ersten Jahr nach der Markteinführung den Preis für das Medikament frei bestimmen. Ich halte das für nicht akzeptabel. Hier werden Wunschpreise der Industrie mit Beitragszahlergeld beglichen. Umso weniger verständlich ist das, wenn diesen Preisen kein Mehrwert für die Patienten gegenübersteht. Die Forderung nach rückwirkenden Preisen wird für uns daher im Mittelpunkt jeder Arzneimittelgesetzgebung stehen.

2. Auch Arzneimittel gegen seltene Krankheiten, die sogenannten orphan drugs, sollten der vollständigen Nutzenbewertung unterzogen werden.

Ein Sonderfall bei der Nutzenbewertung liegt bei den orphan drugs vor. Für diese Medikamente gegen seltene Erkrankungen gilt der Zusatznutzen bereits durch die Zulassung als belegt. Für die Pharmaindustrie besteht daher ein Anreiz, Medikamente als orphan drugs zu labeln, sie sozusagen zu orphanisieren. Denn dann können die Hersteller ihre Wunschpreise durchsetzen; ein Zusatznutzen – so

die heutige Gesetzeslage – liegt schließlich automatisch vor. Bei orphan drugs liegt aber eben nicht grundsätzlich ein Zusatznutzen vor; das zeigen die vorliegenden Studien. Genauso wenig kann man sie nicht mit vorhandenen Therapieoptionen vergleichen, auch das hat sich als Irrglaube herausgestellt. Warum sollten wir also nicht auch für Patienten mit seltenen Erkrankungen Transparenz über den Nutzen ihrer Medikation herstellen?

Ein Beispiel für Orphanisierung: Das Präparat Glivec wurde ursprünglich nur für eine seltene Form der Leukämie zugelassen. Novartis ist es im Laufe der Zeit gelungen, für Glivec einen sage und schreibe sechsfachen Status als orphan drug zu erreichen. Plötzlich war es auch als Medikament gegen Hauttumore und Magen-Darm-Krebs zugelassen. Mit Kosten für die GKV von 250 Millionen Euro allein im Jahr 2011. Das Medikament wurde zwar noch so definiert, aber natürlich war es kein orphan drug mehr. Ein anderes Beispiel: Die Anzahl der Neueinführungen von orphan drugs lag 2011 noch bei 2. Im Jahr 2015 sind wir bei 13 und damit einem Drittel der neu zugelassenen Arzneimittel angekommen. Ein Wirkstoff daraus: Eliglustat – mit Jahrestherapiekosten von bis zu 390.000 Euro. Die 2011 auf dem deutschen Markt verfügbaren 67 orphan drugs lagen bei einem Jahresumsatz von rund einer Milliarde Euro zulasten der GKV. Ende 2015 befinden sich nun schon 86 orphan drugs auf dem deutschen Markt – dementsprechend dürfte der Jahresumsatz gestiegen sein.

3. Wir brauchen mehr Transparenz im Arzneimittelmarkt, insbesondere bei der Preisgestaltung.

An Transparenz fehlt es vielfach im Gesundheitswesen. Ganz besonders gilt das für Arzneimittel. Zum Beispiel wissen wir nicht, auf welcher Basis Pharmaunternehmen die Preise für ihre Produkte kalkulieren. Auch mir ist klar: Innovation setzt oft kostenintensive Forschung voraus. Wenn aber ein Pharmaunternehmen diese kostenintensive Forschung für sein Medikament reklamiert, will ich auch einen Nachweis dafür, dass für dieses Medikament hohe Forschungskosten entstanden sind.

4. Informationsverbesserung der Ärzte/Anpassung der Praxissoftware

Und ich habe zu Beginn schon darauf hingewiesen: Vielfach greifen Ärzte zudem nicht auf die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung zurück – ich erinnere nur an das Beispiel Fampridin. Wir müssen dafür sorgen, dass diese Ergebnisse der Nutzenbewertung auch in der Versorgung ankommen. Digital umsetzen könnten wir dies über eine schnellere Anpassung der Praxissoftware.

Ein weiteres Thema, das die Ersatzkassengemeinschaft sehr bewegt, ist der Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen, der sogenannte morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich, kurz Morbi-RSA. Ein Ausgleich, der es immer weniger schafft, einen fairen Wettbewerb unter den Kassen zu gewährleisten.

Um die Problematik des Morbi-RSA deutlich zu machen, will ich noch einmal an die grundsätzliche Zielsetzung des RSA erinnern. Mit der Einführung der Wahlfreiheit für alle Mitglieder im Jahr 1996 sollte keine Krankenkasse aufgrund ihrer Versichertenstruktur einen finanziellen Nachteil im Wettbewerb erleiden. Ein hinreichend zielgenauer RSA zwischen den Krankenkassen war und ist daher die fundamentale Voraussetzung für ein funktionierendes Wettbewerbssystem und einen gerechten Wettbewerb zwischen den Kassen. Zunächst stellte der RSA im Wesentlichen auf die ausgabenseitigen Merkmale Alter, Geschlecht und Erwerbsminderungsstatus ab.

Seit 2009 hat der Gesetzgeber den RSA neu justiert mit der Absicht, die Zielgenauigkeit der Zuweisungen durch direkte Einbeziehung der Morbidität als Risikofaktor (Krankheiten und Krankheitsgruppen) deutlich zu erhöhen. Das war – man kann das ganz deutlich sagen – damals eine fundamental neue Weichenstellung im RSA, die vor allem den Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKen) zu Gute kam. Der RSA stellt seitdem neben den bisherigen Risikofaktoren auf einer Auswahl von 80 Krankheiten mit eigenen Risikozuschlägen ab.

Warum aber stellt der Morbi-RSA keine fairen Wettbewerbsbedingungen mehr her?

Ein wichtiger Seismograph, um die Funktionsfähigkeit des RSA zu bewerten, sind die Deckungsquoten bei den Krankenkassen. Hier müssen wir heute feststellen, dass sich diese ganz deutlich zum Nachteil für die Ersatzkassen entwickelt haben. Während die AOKen im RSA-Jahresausgleich 2014 ein Plus von 888 Millionen Euro ausweisen, verzeichnen die Ersatzkassen eine Unterdeckung von minus 433 Millionen Euro. Es fällt auf, dass beispielsweise eine AOK Niedersachsen – vor zehn Jahren noch mit einem deutlich überdurchschnittlichen Beitragssatz von 14,4 (der durchschnittliche Beitragssatz aller Kassen betrug damals 13,35) – heute mit einem unterdurchschnittlichen Zusatzbeitragssatz von 0,8 Prozent auskommt oder die AOK Sachsen-Anhalt nur gar 0,3 Prozent Zusatzbeitragssatz benötigt.

Dass die in diesem Jahr immer größer werdende Spreizung der Zusatzbeiträge das Ergebnis von wirtschaftlicherem oder unwirtschaftlicherem Krankenkassen-Handeln ist – diese Behauptung ist falsch. Die Spreizung ist maßgeblich das Ergebnis einer ungerechten Verteilung der Gelder aus dem Gesundheitsfonds, von der

insbesondere die AOKen profitieren, was am Beispiel der AOK Sachsen-Anhalt ganz deutlich wird. Sie hat die höchsten Verwaltungskosten, gleichzeitig hat sie auch eine immens hohe Deckungsquote (fünf Prozent höhere Zuweisungen als Ausgaben), sodass sie mit einem solch niedrigen Zusatzbeitragssatz auskommen kann. Sie konnte sogar noch Rücklagen bei diesem niedrigen Zusatzbeitragssatz aufbauen.

Die Bedingungen für den Wettbewerb sind für die Kassen sehr unterschiedlich. Der Morbi-RSA ist in seiner derzeitigen Ausgestaltung übersteuert und muss nachjustiert werden. Hier muss der Gesetzgeber handeln. Wir brauchen ein faires Ausgleichsverfahren, in dem keine Kasse bevor- oder benachteiligt wird.

Folgende Handlungsfelder müssen überprüft werden:

- Auswahl der Krankheiten

Die Codierung muss manipulationssicher gestaltet werden. Der RSA muss nicht nur die Versorgung Kranker unterstützen, sondern auch die Präventionsaktivitäten der Kassen.

- Pauschale für Disease-Management-Programme (DMP) und für Erwerbsminderungsrentner

Diese gesonderten quasi indirekten Morbiditäts-Zuschläge aus der Zeit vor 2009 sind in einem generell an Krankheiten ausgerichteten Morbi-RSA systemfremd. Versicherte in Disease-Management-Programmen und Erwerbsminderungsrentner lösen über ihre Morbidität bereits Zuweisungen für die Krankenkassen aus. Hier werden zwei aus vielen denkbaren Einzelgruppen herausgehoben.

- Regionale Kostenstrukturen

Regionale Kostenstrukturen sind unterschiedlich und führen bei bundeseinheitlichen Zuweisungsprofilen zu Wettbewerbsverzerrungen.

- Refinanzierung für im Ausland lebende Versicherte

Für diese Versichertengruppe werden im derzeitigen System standardisierte Zuweisungen auf der Grundlage des deutschen Kostenniveaus vorgenommen. Daraus resultieren starke Fehlzuweisungen. Für viele im Ausland lebende Versicherte fallen bei Weitem nicht solch hohe Kosten an, da das Kostenniveau in vielen Ländern deutlich geringer ist. Bei einzelnen Kassenarten beträgt die Deckungsquote trotz der Übergangsregelung aus dem GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz (FQWG) für Auslandsversicherte deutlich über 200 Prozent. Die Kosten der Auslandsversorgung sind durch die Kassen nicht zu beeinflussen. Standardisierte Zuweisungen innerhalb des Morbi-RSA können daher nicht zielgenau wirken. Deshalb wäre ein reiner Ist-Kostenausgleich der im

Ausgleichsjahr abgerechneten Leistungen für Auslandsversicherte eine sachgerechte Lösung.

Die Ersatzkassengemeinschaft setzt darauf, dass die Politik beim Thema RSA schnell handelt. Der Morbi-RSA muss dort, wo er ganz offensichtlich dem Anspruch, die zentrale Voraussetzung für einen fairen Wettbewerb zu schaffen, nicht gerecht wird, entsprechend nachjustiert werden.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich über weitergehende Fragen.