

Statement

von

Ulrike Elsner

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

anlässlich

der vdek-Pressekonferenz

**„Gesundheitspolitik im Wahljahr 2017 –
Erwartungen der Ersatzkassen“**

am 8. Februar 2017

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

(Es gilt das gesprochene Wort.)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Reform des Morbi-RSA ist ein wichtiges Anliegen der Ersatzkassengemeinschaft. In der GKV-Finanzierungssystematik ist der Morbi-RSA nun einmal die zentrale Stellschraube im Wettbewerb der Kassen untereinander. Denn wenn das Geld, das der Gesundheitsfonds an die Krankenkassen ausschüttet, so verteilt wird, dass es zu Über- und Unterdeckungen bei den einzelnen Krankenkassen kommt, schadet das den betroffenen Krankenkassen im Wettbewerb und ihren Versicherten, wenn diese mit höheren Zusatzbeiträgen belastet werden. Noch einmal zur Erinnerung: Im Jahr 2015 betrug die Unterdeckung bei den Ersatzkassen minus 644 Millionen Euro, während die AOKn eine Überdeckung von über einer Milliarde Euro aufweisen konnten. Auch die BKKn und IKKn sind negativ betroffen von dieser Entwicklung.

Die Ersatzkassen haben deshalb im vergangenen Jahr ein gemeinsames Reformpaket präsentiert, das geeignet ist, die wettbewerbliche Schieflage zu beenden und die Manipulationsanfälligkeit des Morbi-RSA zu reduzieren. Wir freuen uns, dass unsere politischen Aktivitäten – im Übrigen im Bündnis mit dem IKK e.V. und dem BKK Dachverband e.V. – Gehör gefunden haben. So haben wir einen ersten Teilerfolg erzielt: Das BMG hat dem Wissenschaftlichen Beirat zur Weiterentwicklung des RSA den Auftrag für ein Sondergutachten erteilt. Bis zum 30.9.2017 soll das Gremium, das beim BVA angesiedelt ist, die Wirkungen des RSA überprüfen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA abschätzen. Die Politik signalisiert damit, dass das Problem angekommen ist. Gut ist auch, dass die Vorschläge der Ersatzkassen im Wissenschaftlichen Beirat beraten werden sollen.

Eine wichtige Forderung der Ersatzkassen ist die Einführung einer Regionalkomponente beim Morbi-RSA. Denn Krankenkassen, deren Versicherte vor allem in städtischen Regionen mit einer hohen Krankenhaus- und Ärztedichte wohnen (das sind oft Versicherte von Ersatzkassen), sind gegenüber Krankenkassen in dünn besiedelten Gebieten derzeit im Nachteil. So erhalten bekanntlich regionale Krankenkassen deutlich mehr Geld aus dem Gesundheitsfonds als sie zur Versorgung ihrer Versicherten benötigen. Die Versorgungsstrukturen in den Regionen sind von den Krankenkassen aber weitestgehend nicht beeinflussbar. Daher muss der RSA um eine Regionalkomponente ergänzt werden, die die unterschiedlichen Versorgungs- und Kostenstrukturen einbezieht.

Mit den Änderungsanträgen zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) soll geregelt werden, dass ab dem 1.1.2018 Regionalkennzeichen von den Krankenkassen erhoben werden sollen, um damit regionale Analysen zu ermöglichen. Das ist ein erster wichtiger Schritt in Richtung Regionalkomponente, aber der Zeitpunkt ist viel zu spät gewählt! Besser wäre es,

diese Analysen jetzt im Sondergutachten vorzunehmen. Die Krankenkassen erheben bereits die Postleitzahlen der Versicherten, sodass Kosten- und Versorgungscluster gebildet werden können – es muss nur gesetzlich geregelt werden, dass das Bundesversicherungsamt (BVA) die Daten auch nutzen darf.

Wichtig ist uns aber vor allem: In Sachen Morbi-RSA muss bald etwas passieren! Wir erwarten, dass zu Beginn der nächsten Legislaturperiode entscheidende Reformen auch umgesetzt werden, die die beschriebenen Verwerfungen beseitigen!

Meine Damen und Herren,

neben dem Thema Morbi-RSA bewegen uns ganz aktuell die Entwicklungen rund um das Thema Arzneimittelversorgung, und hier vor allem

1. das ungelöste Problem der Hochpreispolitik der Pharmahersteller,
2. das drohende Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln und
3. das drohende Verbot der Ausschreibungen von ambulanten Chemotherapien (Zytostatika).

An allen drei Beispielen zeigt sich im Übrigen meines Erachtens eine Politik zugunsten der Pharmaindustrie und der Apothekerschaft – und zulasten der Patienten und der Versichertengemeinschaft.

Zur Hochpreispolitik: Das Problem ist hier hinreichend bekannt. Neu auf den Markt zugelassene Medikamente wie das Hepatitis-Medikament Sovaldi verteuern die Arzneimittelversorgung exorbitant. Denn die Hersteller können im ersten Jahr die Preise frei festsetzen. Dabei werden zum Teil Mondpreise verlangt. Sovaldi ist kein Einzelfall. Zahlreiche neue Therapieoptionen, zum Beispiel in der Behandlung von Multipler Sklerose oder Krebs, kosten jeweils mehr als 100.000 Euro je Patient. Die Politik wollte mit dem Pharmagipfel eine Lösung dieses Problems herbeiführen, aber das Ergebnis, das uns jetzt im Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz (AM-VSG) präsentiert wird, ist enttäuschend. Mehr als die Einführung einer Umsatzschwelle von 250 Millionen Euro im ersten Jahr nach der Zulassung ist der Politik nicht eingefallen. Die Wirkung dieses Instrumentes wird verpuffen, denn die Umsatzschwelle wurde bis zum Jahr 2015 lediglich von drei Medikamenten überschritten. Derartige massive Kostensteigerungen führen im Ergebnis zu Beitragssatzerhöhungen. Die Ausgaben für Arzneimittel werden mit durchschnittlich fünf Prozent pro Jahr deutlich stärker steigen als die Grundlohnsumme. Wir wiederholen daher unsere Forderung: Der mit dem GKV-Spitzenverband verhandelte Preis für neue Medikamente muss rückwirkend ab dem ersten Tag der Zulassung gelten. Der Schwellenwert muss entfallen. Denn Arzneimittel müssen auch weiterhin bezahlbar bleiben!

Zum Verbot des Versandhandels mit Arzneimitteln: Für die Ersatzkassen nicht nachvollziehbar ist das geplante Verbot des Versandhandels mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Gesundheitsminister Gröhe reagiert damit auf das Urteil des Europäischen Gerichtshofs vom 19.10.2016, wonach die deutsche Arzneimittelpreisverordnung für Versandapotheken aus dem EU-Ausland nicht bindend ist. Ausländische Apotheken wie DocMorris haben sofort auf das Urteil reagiert und bieten seitdem wieder Boni für Patienten an – in Höhe von zwei Euro je Packung bzw. bis zu 25 Euro je Rezept –, wenn diese ihre Medikamente von ihnen liefern lassen.

Bei inländischen Apotheken hat dies zu massiven Protesten geführt. Hier sind zwei Gruppen zu unterscheiden:

Erstens die etwa 3.000 deutschen Versandhandelsapotheken: Sie sind in der Tat benachteiligt, denn sie unterliegen der deutschen Arzneimittelpreisverordnung nach wie vor und dürfen den Patienten keine Boni anbieten. Hier liegt eine Inländerdiskriminierung vor, die beseitigt werden muss.

Zweitens: Die etwa 20.000 Präsenzapotheken in Deutschland, denen der Versandhandel generell ein Dorn im Auge ist, und die in Unterschriftenaktionen und öffentlichen Kampagnen das Ende der wohnortnahen Versorgung prophezeien. Offenbar hat sich die Apothekerlobby hier erfolgreich durchgesetzt, denn nun unterstützt neben der CDU/CSU auch die SPD das generelle Verbotsverfahren.

Faktisch geht dieses Verbot jedoch an der Versorgungsrealität vorbei. Zwar ist das Volumen des Versandhandels immer noch sehr gering; es macht weniger als ein Prozent des Gesamtumsatzes der Apotheken mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln aus (etwa 167 Millionen Euro im Jahr). Aber für die Versicherten – insbesondere für Menschen, die eine Dauermedikation benötigen – ist die Online-Apotheke eine willkommene Versorgungsalternative. Perspektivisch möchten immer mehr Patienten die Vorteile des Online-Versands für sich nutzen. Diese Möglichkeit sollte man ihnen nicht verwehren.

Wir schlagen daher ein Modell vor, das mit dem Europarecht konform geht, aber auch wirtschaftliche Anreize für Patienten und Krankenkassen berücksichtigt. Hierfür muss der Gesetzgeber tätig werden und die bisher geltende Arzneimittelpreisverordnung flexibilisieren.

Im Einzelnen heißt das:

1. Für Arzneimittel, die per Versandhandel in den Markt gebracht werden, ist der Verkaufspreis der Präsenzapotheken, der sich aus der Arzneimittelpreisverordnung ergibt, ein Höchstpreis.
2. Krankenkassen können mit Versandapotheken für versendete Arzneimittel über Preisnachlässe verhandeln, die mit der Krankenkasse direkt verrechnet werden. Diese Preisnachlässe kommen dann der Solidargemeinschaft der Krankenkasse insgesamt zugute.
3. Die Krankenkasse kann die gesetzliche Zuzahlung für Patienten reduzieren (wie bereits jetzt bei Rabattverträgen möglich). Diese Nachlässe würden bei den Patienten den Eigenanteil reduzieren.
4. Wie bisher auch müssen alle Apotheken, also auch die ausländischen Versandapotheken, die 16 Cent Notdienstpauschale je Arzneimittelpackung in den Notdienstfonds einzahlen. Die Pauschale steht weiterhin zur Förderung derjenigen Apotheken zur Verfügung, die besonders häufig Nacht- und Notdienste leisten müssen. Damit wird die wohnortnahe Akutversorgung (auch durch Versandhandelsapotheken) unterstützt.
5. Die Versandhandelsoption muss – unter gleichen Lieferbedingungen – sowohl für inländische wie auch für ausländische Versandapotheken gelten.

Wir wünschen uns im Sinne der Wahlfreiheit der Versicherten, dass sich die Politik hier noch einmal bewegt und das geplante Gesetz zum Verbot wieder zu den Akten legt.

Zum Verbot von Zytostatika-Ausschreibungen: Mit dem AM-VSG ist beabsichtigt, den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit zu nehmen, über Ausschreibungsverträge mit einzelnen Apotheken Vereinbarungen zur Versorgung ihrer an Krebs erkrankten Versicherten mit individuell hergestellten Zytostatika-Lösungen zu schließen. Dieses Hü und Hott bei den Ausschreibungsverträgen halten wir sowohl unter Versorgungsaspekten, aber auch aus wirtschaftlichen Gründen für ausgesprochen problematisch. Zahlreiche Kassen haben von dieser Möglichkeit, die ihnen der Gesetzgeber ja erst 2009 eingeräumt hatte, Gebrauch gemacht bzw. führen gerade eine Ausschreibung durch. Die Kassen, die bereits Erfahrungen gesammelt haben, berichten ausdrücklich positiv über die Ausschreibungsverträge! Die Ausschreibungen fanden unter transparenten Bedingungen statt, sie setzten zusätzliche Qualitäts- und Belieferungsstandards und es konnten Effizienz- und Wirtschaftlichkeitsreserven gehoben werden. Wichtiger Bestandteil ist etwa die Wohnortnähe der Apotheke wie auch deren Qualifikation, Leistungsfähigkeit und Servicebereitschaft. Die Patienten haben zudem einen festen Ansprechpartner in der Apotheke, das heißt auch außerhalb der Arztpraxis.

Daneben können die Krankenkassen über die Zytostatika-Ausschreibungen GKV-weit Rabatte von 600 bis 700 Millionen Euro jährlich realisieren. Diese Einsparungen sind angesichts der Entwicklung der Arzneimittelausgaben dringend nötig.

Die Apotheker kritisieren die Verträge insbesondere mit der Begründung, die freie Apothekenwahl würde durch die Ausschreibungen verloren gehen. Dies ist ein vorgeschobenes Argument, denn ein Patientenwahlrecht hat es de facto in diesem Segment nie gegeben.

Dies hat im Übrigen auch das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 25.11.2015 bestätigt. Dort heißt es: Die Onkologen kooperierten bisher mit einer Apotheke ihrer Wahl, auf die die Patienten keinen Einfluss nähmen. Diese Auswahlentscheidungen seien intransparent und interessengeleitet, die Versorgung in der Folge oft unwirtschaftlich. Noch einmal in Zahlen ausgedrückt: 2015 summierten sich die abgerechneten Zytostatika-Lösungen auf mehr als drei Milliarden Euro. Rund 400 spezialisierte Apotheken organisierten die Versorgung. Verordnet wurden die Rezepte von nur rund 1.500 niedergelassenen Onkologen. Rabatte der Industrie wurden gegenüber den Krankenkassen weder offengelegt noch weitergeleitet. Die Rabatte verbleiben bei Apothekern und/oder Onkologen.

Die Ausschreibungen von Krankenkassen bieten die Chance, neben einem Mehr an Versorgungsqualität auch Wirtschaftlichkeitsreserven in Form von Rabatten für die Versichertengemeinschaft zu realisieren. Die Politik muss von dem geplanten Verbot Abstand nehmen und die Versicherteninteressen auf Platz eins setzen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!