



Reformpläne der Bundesregierung

AMS-INTERVIEW 1	
■ REICHEL: STÄRKUNG DES WETTBEWERBS NÖTIG	2
AMS-INTERVIEW 2	
■ AXICORP-CHEF SIEHT CHANCEN DURCH RABATTVERTRÄGE	6
AMS-HINTERGRUND	
■ WIE NEUE ARZNEIMITTEL ZUGELASSEN WERDEN	9
AMS-STICHWORT	
■ WIE SICH MEDIKAMENTENPREISE ZUSAMMENSETZEN	11
AMS-GRAFIK	
■ KOSTENFAKTOR PATENTGESCHÜTZTE ARZNEIMITTEL	12
AMS-DOKUMENTATION	
■ DARF´S NOCH ETWAS MEHR SEIN?	13
AMS-GLOSSAR	
■ VON ARZNEIMITTELPREISE BIS ZUZAHLUNG	22

ams-Interview: Dr. Herbert Reichelt, AOK-Bundesverband

„Strukturelle Reformen und Wettbewerbsstärkung nötig“

21.07.10 (ams). Die Gesundheitsreform des Bundesgesundheitsministeriums steht in den Grundzügen: Durch einen höheren einheitlichen Beitragssatz und durch Einsparungen soll das für 2011 prognostizierte Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitgehend aufgefangen werden. „Damit sind die Krankenkassen in der Lage, auch im nächsten Jahr die gute Versorgung der Patienten bei vollständigem Leistungsangebot sicherzustellen“, sagt der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Dr. Herbert Reichelt. Zugleich mahnt er die Politik, neben diesen Kostenbremsen auch strukturelle Änderungen anzugehen. „Wir brauchen in der GKV mehr Bereiche, in denen Kassen und Leistungsanbieter auf wettbewerblichem Weg die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten gestalten können“, so Reichelt gegenüber dem AOK-Medienservice (ams).



Dr. Herbert Reichelt ist Vorstandsvorsitzender des AOK-Bundesverbandes.

Herr Dr. Reichelt, die Regierungskoalition hat sich darauf verständigt, das für 2011 prognostizierte Defizit in der GKV von rund elf Milliarden Euro durch höhere Beiträge und Einsparungen zu vermeiden. Sind Sie damit zufrieden?

Reichelt: Zunächst einmal ist es wichtig, dass die Regierung die Leistungsfähigkeit der GKV gewährleistet. Damit sind die Krankenkassen in der Lage, auch im nächsten Jahr die gute Versorgung der Patienten bei vollständigem Leistungsangebot sicherzustellen. Und auch der Ansatz, die zusätzlichen finanziellen Belastungen auf viele Schultern zu verteilen, ist richtig. Die Beitragszahler – Arbeitgeber und Versicherte – tragen einen Anteil, die Steuerzahler beteiligen sich, die Pharmaindustrie wird durch höhere Rabatte und ein Preismoratorium herangezogen, und auch die Krankenkassen müssen in ihrer Verwaltung mit weniger Geld auskommen. Beim Sparbeitrag der Ärzte und der Krankenhäuser ist mir die Regierung allerdings etwas zu zaghaft. Beide – die Vertragsärzte und die Kliniken – haben 2009 hohe Vergütungssteigerungen verzeichnet, weil sich die Politik dafür eingesetzt und entsprechende Vorgaben gemacht hatte. Ich hätte mir von der Regierung jetzt ein ähnliches Engagement gewünscht. Eine Nullrunde, wie die AOK und andere Kassen gefordert haben, wäre keine Zumutung gewesen, sondern angesichts der jüngsten Honorarzuwächse und der absehbaren Belastungen für die Beitragszahler vertretbar.

Die Regierung belässt es ja nicht bei der Kostenbremse, sondern schlägt in der Finanzierung einen neuen Weg ein. Der Beitragssatz für den Gesundheitsfonds soll auf 7,3 Prozent für die Arbeitgeber und 8,2 Prozent für die Arbeitnehmer eingefroren werden. Alle künftigen Kostensteigerungen in der GKV sollen die Versicherten über Zusatzbeiträge in Euro und Cent bezahlen. Ist das der richtige Weg hin zu einer zukunftsfesten Finanzierung der GKV?

Reichelt: Der Zusatzbeitrag ist ja keine neue Erfindung, sondern steht seit 2007 im Gesetz und kann seit dem Start des Gesundheitsfonds 2009 erhoben werden. Wir haben damals schon in der Planungsphase des Zusatzbeitrags auf die Notwendigkeit einer sozial verantwortbaren und zugleich praktikablen Ausgestaltung hingewiesen. Das ist bisher nicht gelungen, da die jetzt noch geltenden Regelungen zu Verwerfungen führen, die allein auf der Einkommenssituation der Versicherten beruhen. Hat eine Kasse viele Geringverdiener, muss sie bei gleichem Finanzbedarf wie eine Kasse mit vielen Gutverdienern einen höheren Zusatzbeitrag erheben. Die Diskussion der vergangenen Tage zeigt, dass auch der jetzige Vorschlag für den Einzug des Zusatzbeitrags noch nicht überzeugend ist. Das ist aber umso notwendiger, da die Regierung die Belastungsgrenze von einem auf zwei Prozent des Bruttoeinkommens heraufsetzen will.

Welche Kriterien sind entscheidend?

Reichelt: Damit ein künftig unbegrenzt hoher Zusatzbeitrag sozial verantwortbar ist, müssen unbürokratischer und vollständiger Beitragseinzug und Sozialausgleich gewährleistet sein. Beim Sozialausgleich ist das für jedermann offensichtlich. Der vollständige Beitragseinzug ist wichtig, weil Zahlungsausfälle von bis zu 30 Prozent dazu führen, dass alle anderen Versicherten dieser Kasse noch höhere Beiträge zahlen müssen. Deshalb sollte der Zusatzbeitrag für ALG II-Bezieher direkt über die Arbeitsagentur geleistet werden. Denn dieser Quellenabzug, wie er derzeit für den einheitlichen Beitrag der GKV und für alle anderen Sozialversicherungen läuft, stellt sicher, dass die Beitragsgelder bei den Krankenkassen, den Rentenversicherern, der Arbeitsagentur und den Pflegekassen ankommen.

Sie plädieren also dafür, dass die Kassen den Zusatzbeitrag in diesen Fällen nicht direkt bei ihren Mitgliedern einziehen?

Reichelt: Richtig, denn das wäre mit einem enormen Verwaltungsaufwand verbunden, wie auch die Erfahrungen der Kassen zeigen, die jetzt schon einen Zusatzbeitrag erheben müssen. Und ich glaube, niemand will sich die Situation eines Inkassos bei einer Rentnerin mit 600 Euro im Monat vorstellen. Dazu darf es erst gar nicht kommen.

Reichen denn die Kostenbremsen aus, um die Finanzierung der GKV zu sichern?

Reichert: Nein, auf keinen Fall. Denn das Bundesgesundheitsministerium geht davon aus, dass spätestens 2014 ein Defizit von zwölf Milliarden Euro angewachsen ist. Das wird auch der Fall sein, wenn es bei der jetzigen Ausgabendynamik in der GKV bleibt. Deshalb appellieren wir an die Bundesregierung, strukturelle Änderungen anzugehen. Mit den vorgesehenen gesetzlichen Neuregelungen für patentgeschützte Arzneimittel hat sie einen ersten wichtigen Schritt gemacht. Wenn diese Neuregelung umgesetzt ist, werden die Kassen für neue Arzneimittel nicht mehr Mondpreise bezahlen müssen. Allerdings werden in dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG), in dem diese Neuregelung steht, solche guten Ansätze konterkariert durch geplante schwerwiegende Änderungen bei den Möglichkeiten der Kassen, nennenswerte Einsparungen durch Rabattverträge für Generika-Arzneimittel zu erzielen. Deshalb müssen die ins AMNOG geschriebenen neuerlichen Kartellrechtsinjektionen unbedingt wieder gestrichen werden. Denn die schon heute im Sozialgesetzbuch stehenden kartellrechtlichen Schutzbestimmungen funktionieren bestens. Als Rabattpartner der AOK konnten deshalb insbesondere mittelständische Unternehmen Marktanteile gewinnen und auch nach Auslaufen der Verträge halten. Eine befürchtete Oligopolbildung, die kurioserweise in der Gesetzesbegründung zum AMNOG als Anlass für die erweiterte Anwendung des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) angeführt wird, lässt sich auch nach der fünften Arzneimittelrabattausschreibung der AOKs nicht belegen. Belegt hat die AOK dagegen eindeutig, dass ihre Rabattverträge die vorher herrschenden verbraucherfeindlichen Oligopolstrukturen der marktbeherrschenden Generikaanbieter aufgebrochen haben. Und zwar zum Nutzen der Patienten und Beitragszahler und ganz im Sinne eines endlich funktionierenden Preiswettbewerbs.

Rund 520 Millionen Euro spart dadurch allein die AOK im Jahr 2010, GKV-weit dürften die Einsparungen bei ca. einer Milliarde Euro liegen. Und diese Einsparungen darf der Gesetzgeber jetzt nicht wieder zur Beute der Pharmaligopole werden lassen, indem er die Abwehrkräfte der gesetzlichen Krankenkassen gegen die Oligopole durch schädliche GWB-Injektionen entscheidend schwächt.

Wir brauchen in der GKV stattdessen mehr Bereiche, in denen Kassen und Leistungsanbieter auf wettbewerblichem Weg die medizinische Versorgung der gesetzlich Versicherten gestalten können.

Thema

In der ambulanten Versorgung ist das seit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 möglich.

Reichert: Ja. Jetzt brauchen wir den Einstieg in der stationären Versorgung, aber ohne den Zwang zu Einzelverträgen. Wir plädieren dafür, dass Kassen und Kliniken bei planbaren Leistungen Einzelverträge abschließen dürfen. Die AOK-Gemeinschaft hat durch das Instrument der Qualitätssicherung mit Routinedaten die Möglichkeit, Verträge mit Qualitätsanforderungen zu verknüpfen. Derzeit müssen die Kassen alle Kliniken vergüten, die im Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgeführt sind. Das hat dann zur Folge, dass etwa im Umkreis von 50 Kilometern um den Hauptbahnhof Dortmund mehr als 120 Kliniken das operative Einsetzen eines künstlichen Hüftgelenks anbieten. Hier sollte man Kassen und Krankenhäusern endlich Einzelverträge ermöglichen.

(bho)

ams-Interview: Dirk Ullrich, AxiCorp GmbH

„Diese Reform der Rabattverträge rettet keinen Arbeitsplatz“

21.07.10 (ams). In ihrem Koalitionsvertrag haben CDU, CSU und FDP die „Weiterentwicklung der Rabattverträge“ vereinbart. Ihr Ziel: mittelständischen Unternehmen schützen. Dazu wollen sie unter anderem weitere Teile des Kartellrechts auf das Gesundheitswesen ausdehnen. „Dem Mittelstand wird diese Reform nicht helfen“, sagt Dirk Ullrich. Der Chef des mittelständischen Pharmaunternehmens AxiCorp befürwortet das AOK-Modell der exklusiven regionalen Arzneiverträge, das mit der Reform auf dem Spiel steht. „Die Exklusivverträge über regionale Lose sind die Lösung dafür, dass hier nicht alle aussterben“, sagt Ullrich im ams-Interview. Er befürchtet massive Nachteile für kleine und mittlere Unternehmen, wenn durch das geplante Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) eine neue Klagewelle gegen die Arzneimittelverträge ausgelöst wird.

Herr Ullrich, sind die Rabattverträge der „Sargnagel“ der mittelständischen Pharmaindustrie?

Ullrich: Das deutsche Gesundheitssystem hat sich für Rabattverträge entschieden. Alle müssen sich auf Rabattverträge einstellen – auch der Mittelstand. Das ist eine riesige Herausforderung. Die Probleme des Mittelstandes haben auch, aber nur bedingt mit den Rabattverträgen zu tun. Es würde auch ohne sie eine Marktberreinigung geben. Die „guten alten Zeiten“ für die Pharmaindustrie sind vorbei. Wer glaubt denn noch, dass hierzulande Generika-Arzneimittel hergestellt werden? 75 Prozent der Generika weltweit – zumindest die Rohstoffe – stammen schon jetzt aus Indien. In Deutschland steht allenfalls noch ein Tabletten-Presswerk. Für die kleinen und mittleren Unternehmen wird der Wettbewerb nicht gerechter. Nehmen Sie nur das Lobbying in Berlin: Welche Unternehmen werden denn durch den Branchenverband „Pro Generika“ vertreten?

Union und FDP führen ausdrücklich die Arbeitsplätze im Mittelstand als Argument für ihre Reformpläne an.

Ullrich: Kein Arbeitsplatz in Deutschland wird gerettet, indem man eine exklusive Ausschreibung verhindert und drei oder vier Unternehmen Zuschläge ermöglicht. Im Gegenteil: Die Exklusivverträge über regionale Lose, wie die AOK sie praktiziert, sind die Lösung dafür, dass hier nicht



Dirk Ullrich ist Geschäftsführender Gesellschafter und 2002 gegründeten AxiCorp GmbH und Vorstandsvorsitzender der 2005 ausgegliederten Generika-Tochter axcount Generika AG. Die Firmengruppe mit Sitz bei Bad Homburg gehört zu den Top 40 der Pharmaunternehmen in Deutschland. Sie beschäftigt 250 Mitarbeiter und erzielte 2009 einen Umsatz von 133 Millionen Euro. AxiCorp ist AOK-Vertragspartner für das Diabetesmittel Metformin.

alle aussterben. Wenn ich die Wahl habe, entscheide ich mich für exklusive Rabattverträge mit garantiertem Absatz zu einem festen Preis. Das ist planbar. Gewinne ich als kleines Unternehmen den Zuschlag, mache ich einen Riesensprung nach vorne.

Als Mittelständler habe ich dagegen ein Riesenproblem, wenn ich bei einer Krankenkasse als eines von drei Unternehmen den Zuschlag erhalte und mich dann gegen Ratiopharm, Stada oder Hexal durchsetzen muss. Die Apotheker verkaufen bevorzugt die Produkte der Branchenführer. AxiCorp bliebe dann auf der bestellten Ware sitzen. Denn um überhaupt einen Zuschlag zu erhalten, müssen wir ja Lieferfähigkeit nachweisen. Ich muss also Medikamente ordern, ohne genau zu wissen, was ich später absetzen kann.

Das legt nahe, dass Sie auch der im AMNOG-Entwurf vorgesehenen Mehrkostenregelung wenig abgewinnen können. Sie soll es den Patienten erlauben, gegen Aufpreis das Wunschpräparat statt des Vertragsprodukts der Krankenkasse zu wählen.

Ullrich: Da hätte ich das gleiche Problem wie bei den Mehrfach-Zuschlägen. Die Patienten lassen sich bei der Wahl ihres Medikamentes natürlich von den Apothekern beeinflussen, die wiederum die bekannten großen Marken bevorzugt abgeben. Aber in dieser Frage sind wir eigentlich ganz entspannt, weil sich diese Regelung als Scheinregelung herausstellen wird. Seien wir ehrlich: Welcher Versicherte wird denn in der Apotheke wirklich selbst zahlen?

Wie haben sich die Arzneimittelverträge bisher für Ihr Unternehmen ausgewirkt?

Ullrich: Wir sind seit Juni 2009 exklusiver Rabattpartner der AOK beim Diabetesmittel Metformin. Vor dem Zuschlag lag unser Marktanteil bei 0,5 Prozent. Durch die AOK-Verträge haben wir einen Anteil von 25 Prozent erreicht. Einschließlich weiterer Verträge mit anderen Krankenkassen liegt AxiCorp im Moment bei mehr als 30 Prozent Marktanteil für Metformin. Selbst wenn Verträge auslaufen und wir keinen neuen Zuschlag erhalten, fallen wir sicher nicht mehr auf 0,5 Prozent zurück. Durch die Rabattverträge haben wir ja einen gewissen Bekanntheitsgrad bei Apothekern und Patienten erlangt.

Wie fangen Sie die Rabatte, die sie den Kassen einräumen, betriebswirtschaftlich auf?

Ullrich: Wir verzichten auf Marketing und Vertrieb und konzentrieren uns auf eine professionelle Einkaufs- und Zulassungsabteilung. Weil der Ab-

satz garantiert ist, brauche ich keinen Außendienst, der alle zwei Wochen die Apotheke besucht. Was mir wichtig ist: Wir haben wegen der Rabattverträge keine Leute entlassen, sondern den Betrieb umorganisiert. Und natürlich haben wir den Einkauf in Indien optimiert.

Die Bundesregierung will insbesondere die Arzneimittelrabattverträge dem Kartellrecht unterwerfen. Die bisherigen Urteile der Sozialgerichte verlören ihre Bindungswirkung. Welche Folgen hätte das für Ihr Unternehmen?

Ullrich: Der Streit um die Rabattverträge wird von vorne losgehen. Die Klagen liegen doch bestimmt schon in den Schubladen. Für uns und anderer mittlere Unternehmen wäre das der Mega-Gau. Das Verlängern oder die Neuausschreibung von Verträgen wird sich unendlich verzögern. Als Unternehmen brauche ich aber Planungssicherheit. Wenn die Politik das so umsetzt, müsste ich Marketing und Vertrieb wieder einführen. Deshalb plädiere ich für Rabattverträge mit exklusivem Zuschlag und garantiertem Absatz zum Festpreis. Wir sollten uns entscheiden: Entweder die Politik will Rabattverträge, was ich so wahrnehme, oder sie hat ein neues Konzept zur Realisierung von Einsparungen. Jedenfalls hat alles eine Konsequenz. AxiCorp ist ja bestes Beispiel dafür, dass es der AOK gelungen ist, vorhandene Oligopolstrukturen zugunsten kleinerer Firmen zu knacken. Auch wenn es jeweils nur für zwei Jahre gilt. Das wichtigste für Unternehmer ist ein planbares Umfeld.

(Interview: Thomas Rottschäfer)

**Mehr Informationen zu den AOK-Arzneimittelrabattverträgen:
www.reform-aktuell.de > Wettbewerb**



ams-Hintergrund:

Wie neue Arzneimittel zugelassen werden

21.07.10 (ams). Jedes Arzneimittel, das ein Pharmahersteller auf den Markt bringen will, bedarf einer Zulassung durch eine Behörde. Dazu gibt es unterschiedliche Wege. Im Folgenden erläutert der AOK-Medienservice (ams) die Möglichkeiten, Verfahren und wichtigsten Anforderungen bei einer Arzneimittelzulassung.

Die Arzneimittelhersteller können die Marktzulassung ihrer Medikamente auf drei Wegen beantragen: So kann der Markteintritt nach deutschem Recht auf nationalem Wege oder über das europäische Zulassungsverfahren auf zentralem oder dezentralen Wege erfolgen. Dem europäischen Verfahren kommt dabei eine immer größere Bedeutung zu.

Die Bestimmungen für die nationale Marktzulassung von neuen Fertigarzneimitteln – also allen Arzneimitteln, die im voraus hergestellt und in bestimmten Packungsgrößen abgegeben werden – sind hierzulande im Arzneimittelgesetz (AMG) festgeschrieben. Demnach müssen Fertigarzneimittel durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und Impfstoffe vom Paul-Ehrlich-Institut überprüft werden. Die Zulassung ist auf fünf Jahre befristet, kann aber nach Antrag und erneuter Überprüfung verlängert werden.

Drei wichtige Hürden

Im Rahmen der nationalen Zulassungsprüfung müssen neue Arzneimittel drei Hürden nehmen: So haben die Hersteller die Wirksamkeit, die Unbedenklichkeit und die pharmazeutische Qualität des Arzneimittels durch analytische, pharmakologisch-toxikologische und klinische Prüfungen nachzuweisen. Wenn keine therapeutischen Ergebnisse nachgewiesen werden können, gilt der Wirksamkeitsnachweise als misslungen. Hingegen kann die Zulassung nicht deshalb versagt werden, weil therapeutische Ergebnisse nur in einer beschränkten Zahl von Fällen erzielt worden sind (vgl. § 25 Abs. 2 AMG). Entsprechend kann das BfArM Medikamenten den Marktzutritt nur versagen, wenn es ihrerseits nachweist, dass diese unwirksam sind.

Die Unbedenklichkeit von Arzneimitteln umfassen auch eine wissenschaftliche Beurteilung des Nutzens und der Risiken des betreffenden Arzneimittels. Eine Unbedenklichkeit ist gegeben, wenn nach wissenschaftlicher Beurteilung Nutzen und die unerwünschten, Risiken in einem vertretbaren Verhältnis zu-

einander stehen. Die pharmazeutische Qualität bezieht sich auf die Beschaffenheit der Medikamente, die „nach Identität, Gehalt, Reinheit, sonstigen chemischen, physikalischen, biologischen Eigenschaften oder durch das Herstellungsverfahren bestimmt wird“, wie es im AMG heißt.

Die Bewertung der Arzneimittel geschieht insbesondere anhand der von den Herstellern im Rahmen der drei Klinischen Phasen gesammelten Erkenntnisse.

Generika unterliegen als sogenannte Zweitanmelderpräparate gesonderten, erleichterten Zulassungsbedingungen: Die Hersteller der Nachahmerprodukte können – sofern die Erstzulassung des Originalpräparates nicht älter als zehn Jahre ist – Bezug auf die Nutznachweise des Originalherstellers nehmen. Im Zuge dessen muss lediglich belegt werden, dass das Generikum dieselbe Bioverfügbarkeit wie das Originalpräparat hat.

Zentrale Zulassung für den EU-Raum

Im Rahmen der europäischen Zulassung kann ein Hersteller die Marktzulassung für den gesamten EU-Raum von der Europäischen Kommission zentral erhalten. Für neue Wirkstoffe gegen Krebs, HIV, neurogenerative Erkrankungen und Diabetes – ist diese zentrale Zulassung seit 2004 sogar zwingend. Beantragt wird die Marktfreigabe bei der Europäischen Agentur für die Beurteilung für Arzneimittel (European Medicines Evaluation Agency – EMA) in London. Das dezentrale Anerkennungsverfahren kann genutzt werden, wenn nationale Zulassungen in mehreren EU-Staaten erworben werden sollen. Wird die Zulassung erteilt, gilt sie in allen beteiligten Staaten.

Mit der Einführung des zentralen und dezentralen Verfahrens haben die nationalen Markteintritte an Bedeutung verloren. Unabhängig von der Zulassungsart gilt, dass Medikamente nach der Marktfreigabe in der Regel auf Kosten der GKV verordnet werden können. Dabei wird nicht berücksichtigt, über welchen tatsächlichen Zusatznutzen ein neues Medikament verfügt. Stattdessen können Arzneimittelhersteller die Preise für Produkte frei festlegen.

Weitere Infos:
www.aok-bv.de > Lexikon



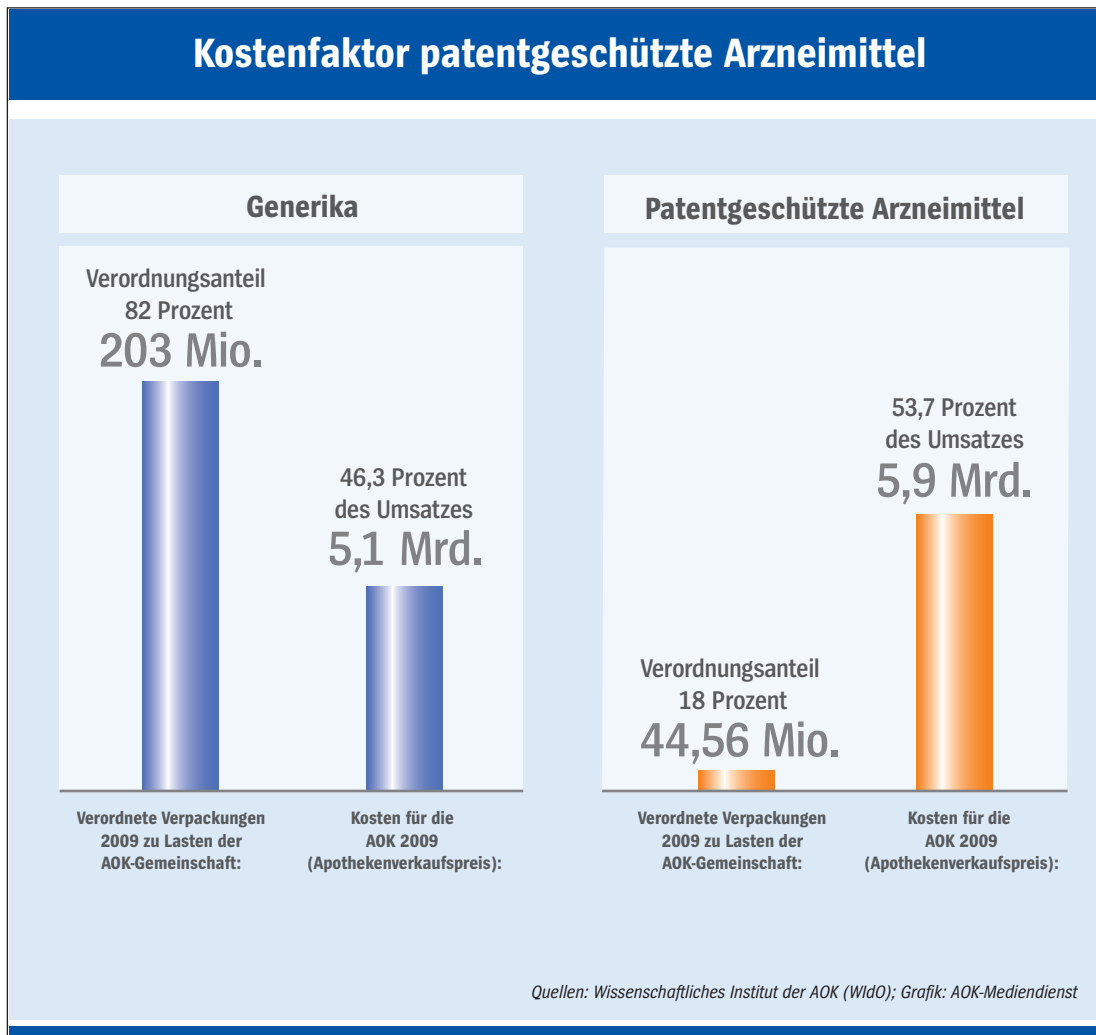
ams-Stichwort:

Wie sich die Preise von Medikamenten zusammensetzen

21.07.10 (ams). Die Preisbildung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist in Deutschland gesetzlich bestimmt und wird im Wesentlichen über die Arzneimittelpreisverordnung (AMPreisV) geregelt. Nach der Zulassung eines neuen Medikaments zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können die Pharmafirmen den Hersteller-Abgabepreis frei bestimmen. Von diesem ausgehend legt die AMPreisV Preisspannen für Leistungen des pharmazeutischen Großhandels fest, der für die Beschaffung, Bevorratung und Verteilung der Medikamente an die Apotheken verantwortlich ist. Für Fertigarzneimittel mit einem Hersteller-Abgabepreis bis einschließlich 3,00 Euro beträgt der maximal zulässige Großhandelszuschlag 15 Prozent. Bei einem Abgabepreis von über 26,83 Euro beträgt dieser sechs Prozent. Kostet ein Medikament mehr als 1.200,00 Euro, ist der Zuschlag auf 72,00 Euro begrenzt.

Die Apotheken ihrerseits rechnen auf den von ihnen gezahlten Einkaufspreis drei Prozent zuzüglich eines Festzuschlages von 8,10 Euro je Packung sowie die Mehrwertsteuer von 19 Prozent hinzu. Paragraph 130 des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sieht vor, dass die Apotheken den Krankenkassen einen Abschlag gewähren. Insgesamt ergibt sich so für alle verschreibungspflichtigen Fertigarzneimittel aus den Regelungen der AMPreisV ein einheitlicher Apothekenabgabepreis. Der Apothekenabschlag für die Kassen lag bisher bei 2,30 Euro, ist aber in einer Entscheidung der Schiedsstelle auf 1,75 Euro je Verpackung für 2009 gesenkt worden. Der GKV-Spitzenverband, der sich gegen die Senkung ausgesprochen hatte, hat für die Krankenkassen Klage gegen den Schiedsspruch erhoben. Für die Begleichung der Rechnungen zum Apothekenabschlag für 2009 sind die Krankenkassen gesetzlich verpflichtet, die Rechnungen anhand der prüffähigen Unterlagen durchzuführen. Auf der Basis dieser Prüfung leisten sie derzeit vorbehaltlich einer gerichtlichen Entscheidung über die Klage des GKV-Spitzenverbandes gegen die Absenkung auf 1,75 Euro für 2009 Rückzahlungen an die Apotheker von insgesamt rund 330 Millionen Euro für 2009.

Aktuell haben die Kassen an die Bundesregierung appelliert, in der anstehenden Gesundheitsreform auch von den Apotheken einen Beitrag zur Kostendämpfung zu fordern und den Apothekenabschlag gesetzlich rückwirkend ab 2010 auf 2,30 Euro pro Packung festzulegen. Die Höhe des Apothekenabschlags für verschreibungspflichtige Fertigarzneimittel ist nach einer 2007 mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz eingeführten Regelung jährlich anzupassen (§ 130 SGB V). Können sich Kassen und Apotheker nicht einigen, entscheidet eine Schiedsstelle.



Obwohl 82 Prozent aller AOK-Arzneimittelverordnungen auf Generika und lediglich 18 Prozent auf patentgeschützte Arzneimittel entfallen, ist mehr als die Hälfte der Arzneimittelkosten auf patentgeschützte Medikamente zurückzuführen: Demnach hat die AOK 2009 rund 5,9 Milliarden Euro für patentgeschützte Mittel bezahlt. Bei Gesamtkosten für Arzneimittel von rund 11 Milliarden Euro entspricht dies einem Umsatzanteil von 53,7 Prozent.

Diese Grafik können Sie bei Quellenangabe „AOK-Mediendienst“ kostenlos verwenden:
www.aok-presse.de (AOK-Bilderservice: Gesundheitswesen)

ams-Dokumentation: Beitrag Mehrkostenregelung aus G+G 06/10

Darf's noch etwas mehr sein?

21.07.10 (ams). Ob Zahnersatz, Hörgeräte oder Reha: Schon heute können Patienten Alternativen zur Regelversorgung der Krankenkassen wählen – wenn sie die Mehrkosten übernehmen. Diese Möglichkeit will Schwarz-Gelb ausbauen. Das ist mit Risiken für die Versicherten und den Wettbewerb verbunden, wie eine Analyse von Klaus Jacobs, Caroline Kip und Sabine Schulze in der Juni-Ausgabe des AOK-Magazins „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G) zeigt. Darin erklären sie die jetzigen Mehrkosten-Regelungen bei Zahnersatz, bei Hilfsmitteln wie Hörgeräten und bei Arzneimitteln sowie ihre unterschiedlichen Auswirkungen auf die Versorgung und finanziellen Folgen für die Versicherten. Der AOK-Medienservice dokumentiert den Beitrag.

Nach den Plänen der schwarz-gelben Bundesregierung sollen Versicherte und Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) künftig mehr individuelle Wahlmöglichkeiten bekommen. Laut Koalitionsvertrag soll dazu vor allem eine Ausweitung von „Mehrkosten-Regelungen“ geprüft werden. Verbunden wird diese Ankündigung mit dem Hinweis auf die bisherigen Erfahrungen mit Festzuschüssen, Festbeträgen und Mehrkosten-Regelungen beim Zahnersatz, bei Arzneimitteln und bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, die „überwiegend positiv“ seien. Das ist Grund genug, sich die genannten Regelungen und die damit gesammelten Erfahrungen etwas genauer anzusehen.

Was sind überhaupt Mehrkosten-Regelungen? Gemeint ist damit im Allgemeinen Folgendes: Die Versicherten der GKV haben im Krankheitsfall Anspruch auf bestimmte Versorgungsleistungen, die den gesetzlichen Vorschriften zufolge „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein müssen. In einzelnen Fällen können sie aber auch eine alternative Leistung wählen. Dann müssen die Versicherten die Differenz zwischen den Kosten der von ihnen gewählten Leistung und der GKV-Regelleistung selbst bezahlen. Diese Mehrkosten werden häufig auch als Aufzahlung bezeichnet – im Unterschied zu den üblichen Zahlungen, die alle Versicherten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen entrichten müssen. Ohne die Existenz einer Mehrkosten-Regelung müssten die Versicherten die gesamten Kosten von Leistungen außerhalb der GKV-Regelversorgung selbst tragen.

Die beiden anderen Begriffe – Festzuschüsse und Festbeträge – haben unmittelbar mit der Definition der GKV-Regelleistung zu tun, auf der Mehrkosten-Regelungen aufsetzen. Sie unterscheiden sich von ihrer Philosophie her grundlegend. Im einen Fall ist der Anspruch der Versicherten auf die Höhe des Festzuschusses beschränkt. Er kann von vornherein als Teilkasko-Wert angelegt sein – zum Beispiel 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung.

Härtefall-Regelungen sollen verhindern, dass einkommensschwache Versicherte von notwendigen Versorgungsleistungen ausgeschlossen werden, weil der von ihnen zu tragende Eigenanteil ihre ökonomische Leistungsfähigkeit übersteigt. Wer nicht unter die Härtefall-Regelung fällt, muss jedoch bei jeder Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen eine substantielle Eigenbeteiligung erbringen.

Festbeträgen schließen Innovationen ein

Ganz anders wirken Festbeträge, die keine grundsätzliche Einschränkung des umfassenden Leistungsanspruchs der Versicherten bedeuten (Vollkasko-Prinzip). Wenn es für bestimmte Leistungen Festbeträge gibt, müssen diese so festgelegt werden, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung ohne substantielle Eigenbeteiligung der Patienten (jenseits der üblichen Zuzahlungen) gewährleistet ist. Dies schließt auch Innovationen ein, denn das Sozialgesetzbuch schreibt ausdrücklich vor, dass Qualität und Wirksamkeit der GKV-Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Dabei gilt die zentrale Funktion von Festbeträgen einer möglichst wirtschaftlichen Versorgung – basierend auf der Erwartung einer entsprechenden Preiswirkung.

Mehrkosten-Regelungen in der Zahnmedizin

Beim Zahnersatz gibt es seit 2005 das System der „befundbezogenen Festzuschüsse“. Dazu legt der Gemeinsame Bundesausschuss fest, für welche Befunde Festzuschüsse gewährt werden und ordnet diesen prothetische Regelversorgungen zu. Die Versicherten erhalten abhängig vom Befund einen Zuschuss in Höhe von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung, bei regelmäßiger Teilnahme an Präventions- und Vorsorgemaßnahmen auch mehr. Für einkommensschwache Versicherte gibt es nach individueller Einkommensprüfung höhere Zuschüsse, die maximal das Doppelte des Festzuschusses betragen. Bei Wahl der Regelversorgung müssen sie gegebenenfalls also gar keinen Eigenanteil aufbringen.

Mit der Einführung einer Mehrkosten-Regelung wurde die Möglichkeit geschaffen, dass Versicherte beim Zahnersatz eine über die Regelversorgung hinausgehende, medizinisch anerkannte prothetische Versorgungsform wählen können, ohne ihren Anspruch auf den Festzuschuss zu verlieren. Eine Mehrkostenregelung gibt es auch bei zahnärztlichen Füllungen – hier allerdings ohne Festzuschüsse: Wählen Versicherte zum Beispiel Inlays (im zahntechnischen Labor hergestellte Zahnfüllungen), die nicht zu den GKV-Leistungen gehören, erstattet die Krankenkasse die preisgünstigste Füllungsalternative, und der

Versicherte leistet eine Aufzahlung.

Unterschiedlichen Auswirkungen

Schon diese beiden Anwendungsbeispiele Zahnersatz und Füllungen zeigen, dass es letztlich unmöglich ist, alle Mehrkosten-Regelungen pauschal zu beurteilen, also unabhängig vom Kontext der jeweiligen Leistung. So bringt das bei Zahnersatz auch schon vor 2005 praktizierte Teilkasko-Prinzip grundsätzlich die Gefahr mit sich, dass notwendige Versorgungsleistungen unterbleiben – nicht notwendige Leistungen dürfen in der GKV ohnehin nicht beansprucht, bewirkt oder bewilligt werden –, weil Versicherte mit schmalem Geldbeutel den von ihnen eingeforderten Eigenanteil nicht aufbringen wollen oder können. Bei Zahnersatz ist die Wirkung sogar doppelt problematisch, weil der Bedarf in diesem Bereich schichtenspezifisch stark variiert und gerade bei einkommensschwächeren Versicherten besonders hoch ausfällt. Insoweit stellt das Festzuschuss-System im Grunde einen Fremdkörper im GKV-System dar, weil es – trotz Härtefall-Regelung für die Einkommensschwächsten – dem Solidarprinzip („Leistungen ausschließlich nach dem medizinischen Bedarf“) zuwiderläuft.

Ausweitung und Ausgrenzung von Leistungen

Die Erweiterung individueller Wahlmöglichkeiten durch Einführung der Mehrkosten-Regelung hat hieran im Prinzip nichts geändert. Aber auch für Versicherte, die bereit und in der Lage sind, einen substanziellen Eigenanteil beim Zahnersatz aufzubringen, sind die Auswirkungen der Mehrkosten-Regelung nicht eindeutig. Das liegt vor allem daran, dass Zahnärzte Versorgungsleistungen, die alternativ zu der GKV-Regelleistung gewählt werden können, zumindest teilweise nach der privatärztlichen Gebührenordnung GOZ abrechnen. Das gilt auch für solche Leistungen, die früher als „richtlinienkonforme Leistungen“ im Rahmen der GKV abgerechnet wurden. Insofern bedeutete die Einführung des befundbezogenen Festzuschuss-Systems plus Mehrkosten-Regelung nicht nur eine Ausweitung von Leistungen (in Form individueller Wahloptionen mit GKV-Zuschuss), sondern zugleich auch eine Ausgrenzung von Leistungen.

Hiermit erklärt sich auch der hohe Anteil an Privatabrechnungen bei der Versorgung mit Zahnersatz bei GKV-Versicherten. Nach einer Studie im Auftrag der Spitzenverbände der Krankenkassen betrug dieser Anteil im Jahr 2005 mehr als 60 Prozent. Vor diesem Hintergrund ist die Frage, ob das System der befundbezogenen Festzuschüsse mit Mehrkosten-Regelung die Versicherten finanziell stärker belastet als zuvor, noch keineswegs abschließend geklärt. Damit gibt es aber auch keine gesicherte Grundlage für die Behauptung

tung, dass die entsprechenden Erfahrungen „überwiegend positiv“ seien – zumindest nicht für die Versicherten.

Private Zusatzversicherungen sind Gewinner

Positiv waren die Erfahrungen dagegen für die private Versicherungswirtschaft, denn der Anteil von GKV-Versicherten mit einer privaten Zusatzversicherung für Zahnersatz hat sich seit Einführung des befundbezogenen Festzuschuss-Systems deutlich erhöht: von 14,4 Prozent 2005 auf 26,5 Prozent 2009. Dabei gilt: je höher das Einkommen der Versicherten, desto höher der Anteil derjenigen, die über eine private Zusatzversicherung für Zahnersatz verfügen. Ein zweiter Gewinner der Mehrkosten-Regelung könnten die Zahnärzte sein. Dafür spricht auch ein weiteres Ergebnis der genannten Studie der Spitzenverbände: Lediglich 57 Prozent der befragten Versicherten, die im Rahmen der Mehrkosten-Regelung eine teurere Versorgung gewählt hatten, waren von ihrem Zahnarzt auf die preiswertere Regelversorgung hingewiesen worden.

Arzneimittel-Festbeträge steuern die Preise

Anders als beim Zahnersatz setzt die bestehende Mehrkosten-Regelung bei Arzneimitteln nicht auf einem Festzuschuss-, sondern auf einem Festbetrags-system auf. Für bestimmte Arzneimittel, für die es vergleichbare therapeutische Alternativen gibt, gelten als Obergrenze für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen Festbeträge. Wählen Versicherte ein festbetragsfähiges Arzneimittel, dessen Preis diese Grenze übersteigt, müssen sie den Differenzbetrag „aufzahlen“. Für Medikamente mit Patentschutz und ohne vergleichbare therapeutische Alternative gibt es keine Festbeträge.

Welche Arzneimittel festbetragsfähig sind, entscheidet der Gemeinsame Bundesausschuss, der auch entsprechende Festbetragsgruppen für therapeutisch vergleichbare Arzneimittel bildet. Für jede dieser Gruppen legt der GKV-Spitzenverband die Höhe des Festbetrags fest, die in der Regel im unteren Preisdrittel liegen soll. Der Festbetrag muss so hoch sein, dass mindestens ein Fünftel der Verordnungen und Packungen der Festbetragsgruppe ihn nicht übersteigt. Dadurch ist gewährleistet, dass auch ohne Aufzahlung eine ausreichende Zahl von Arzneimitteln verfügbar ist.

Seit ihrer Einführung 1989 haben sich die Arzneimittel-Festbeträge als ausgesprochen wirksames Instrument der Preissteuerung erwiesen, ohne die Vielfalt der Arzneimittelversorgung zu beeinträchtigen. Im Marktsegment der Festbetragsarzneimittel gibt es kaum Hersteller, die ihre Preise nicht auf das Festbetragsniveau absenken. Damit gibt es in diesem Marktsegment aber auch kaum Medikamente, die überhaupt zu Mehrkosten führen können. „Po-

sitive Erfahrungen“ in diesem Kontext beziehen sich somit auf die Preiswirksamkeit der Festbetragsregelung, während die Mehrkosten-Regelung praktisch gar nicht relevant wird.

Festbeträge bei Hilfsmitteln

Auch bei Hilfsmitteln gibt es Mehrkosten-Regelungen, die auf einem Festbetragsystem aufsetzen. Festbeträge gibt es zurzeit bei Einlagen, Hörhilfen, Inkontinenzhilfen, Hilfsmitteln zur Kompressionstherapie, Sehhilfen und Stomaartikeln. Auch hier erfolgt die Festsetzung in zwei Schritten, für die jeweils der GKV-Spitzenverband zuständig ist. Zunächst werden funktional gleichartige und gleichwertige Hilfsmittel in Gruppen zusammengefasst. Sodann werden für die Gruppen Festbeträge bestimmt. Versicherte, die ein Hilfsmittel wählen, dessen Preis den jeweiligen Festbetrag übersteigt, müssen eine Aufzahlung in Höhe des Differenzbetrags leisten.

Spätestens an dieser Stelle endet die Analogie zur Arzneimittelversorgung, bei der die hohe Preiswirksamkeit der Festbeträge dazu führt, dass für die Versicherten praktisch gar keine Mehrkosten entstehen können. Entsprechendes gilt zumindest für Hörgeräte nicht. Im Gegenteil: Nach Einschätzung von Branchenkennern – gesicherte Informationen liegen nicht vor – müssen die Versicherten bei einer Versorgung mit Hörgeräten in weit über 80 Prozent der Fälle teilweise deutliche Mehrkosten tragen, weil der Preis den bestehenden Festbetrag übersteigt. Unklar bleibt, ob der große Anteil der Versorgung mit Hörgeräten jenseits des Festbetrags die Folge einer bewussten Entscheidung der Versicherten für eine das Maß des Notwendigen übersteigende Hörgeräteversorgung ist oder ob es gar keine adäquaten Angebote zum Festbetrag gibt. Das ist ohne eigenständige Untersuchung letztlich nicht zu beantworten.

Unterschiedliche Funktionalität bei gleichem Festbetrag

Bei Hörgeräten ist die Preisgestaltung bis zum Endabgabepreis völlig frei. So können die Preise für ein identisches Hörgerät bei unterschiedlichen Anbietern erheblich voneinander abweichen. Zudem treffen die Festbeträge im Hörgerätemarkt auf ein insgesamt wesentlich weniger dynamisches und preisreagibles Marktgeschehen als bei den festbetragsfähigen Arzneimitteln. Schließlich sind aber auch die Hörgeräte, für die es einen einheitlichen Festbetrag gibt, in ihrer Funktionalität weitaus heterogener als die zu einer Festbetragsgruppe zusammengefassten Arzneimittel, sodass hinsichtlich der postulierten Austauschbarkeit aller Geräte innerhalb der Festbetragsgruppe begründete Zweifel bestehen.

Diese Zweifel werden auch dadurch genährt, dass Klagen von schwer hörgeschädigten Versicherten auf eine über den Festbetrag hinausgehende Kos-

tenübernahme für ihre Hörgeräteversorgung vor Sozialgerichten oft erfolgreich waren. Zuletzt hat das Bundessozialgericht Ende 2009 entschieden, dass die Leistungspflicht der Krankenkassen über den Festbetrag hinausreicht, wenn dieser bei Versicherten mit erheblicher Einschränkung des Hörvermögens keine adäquate Hörgeräteversorgung erlaubt. Dem Urteil zufolge stellt „die Festbetragsregelung eine besondere Ausprägung des Wirtschaftlichkeitsgebots dar, legitimiert aber nicht zu grundsätzlichen Einschnitten in den GKV-Leistungskatalog“. Und weiter: „Soweit der Festbetrag für den Behinderausgleich objektiv nicht ausreicht, bleibt es bei der Verpflichtung der Krankenkasse zur – von Zuzahlungen abgesehen – kostenfreien Versorgung der Versicherten.“

Konsequenzen aus Urteil offen

Es bleibt abzuwarten, welche konkreten Folgen dieses Urteil für die Hörgeräteversorgung haben wird. Das gilt nicht nur für die künftige Bildung der Festbetragsgruppen und eine nachvollziehbare Festsetzung der Höhe der Festbeträge, sondern etwa auch im Hinblick auf die den Kassen vom Gericht ausdrücklich zugeschriebenen „Obhuts- und Informationspflichten, wenn vor allem bei anpassungsbedürftigen Hilfsmitteln der notwendige Überblick über die Marktlage und geeignete Angebote auch bei zumutbarer Anstrengung für Versicherte schwierig zu erlangen ist“.

Im hier betrachteten Kontext bleibt zunächst festzuhalten, dass die derzeitige Festbetragsregelung offenbar in hohem Maße unbefriedigend wirkt. Anders als bei Arzneimitteln führen die Festbeträge – entgegen ihrer erklärten Zielsetzung – bei Hörgeräten offenkundig nicht zu einem lebhaften Preiswettbewerb. Wenn jedoch ein nicht geringer Teil der auf Hörgeräte angewiesenen Versicherten eine beträchtliche Eigenleistung erbringen muss, weil am Markt faktisch kein adäquates Hörgerät zum Festbetrag verfügbar ist, wäre es geradezu zynisch, dies als Ausdruck einer bewussten individuellen Entscheidung zu interpretieren.

Mehrkosten-Regelung bei Reha

Wie steht es nun um mögliche Ausweitungen von Mehrkosten-Regelungen? Schon seit 2007 gibt es auch bei Leistungen der stationären Rehabilitation die Möglichkeit, dass Versicherte im Bedarfsfall neben den von ihrer Krankenkasse vertraglich gebundenen Einrichtungen andere zertifizierte Einrichtungen auswählen können. Da der Zertifizierungsprozess noch nicht abgeschlossen ist, gibt es hierzu jedoch fast keine praktischen Erfahrungen. Allerdings besteht die Sorge, dass sich die Konditionen, zu denen eine Kasse einen Versorgungsvertrag mit einer Rehabilitations-Klinik schließt, womöglich verschlechtern, weil

die zusätzliche Wahlmöglichkeit der Versicherten zu geringeren Fallzahlen bei den Vertragshäusern führen könnte. Die Wirkung vertragsbasierter Steuerungsinstrumente droht also durch damit unabgestimmte individuelle Versorgungswahlrechte der Versicherten beeinträchtigt zu werden.

Rabattverträge würden verwässert werden

Dieses Problem könnte bald auch in einem anderen Kontext sichtbar werden, denn die Bundesregierung hat im Rahmen ihrer Arzneimittel-Reform vor, eine Mehrkosten-Regelung bei rabattierten Arzneimitteln einzuführen. Derzeit gilt: Wenn eine Krankenkasse einen Rabattvertrag mit einem Arzneimittelhersteller geschlossen hat, sind die Apotheken bei einer entsprechenden ärztlichen Verordnung verpflichtet, das rabattierte Arzneimittel an die Versicherten dieser Kasse abzugeben. Erst diese Verpflichtung – eingeführt im Jahr 2007 – hat dazu geführt, dass das vertragswettbewerbliche Instrument der Arzneimittel-Rabattverträge „scharf gestellt“ wurde. Denn so konnten die Mengenzusagen der Kassen für die Hersteller verlässlicher gemacht werden, um die Preissenkungspotenziale von Rabattverträgen wirksam zu erschließen und damit die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung spürbar zu erhöhen.

Wenn den Versicherten nunmehr die Möglichkeit eingeräumt werden soll, auch ein anderes als das rabattierte Produkt zu wählen, droht deshalb das Instrument der Rabattverträge wieder verwässert zu werden: Die Kassen könnten den Arzneimittelherstellern in Vertragsverhandlungen deutlich weniger gesicherte Mengenzusagen machen und entsprechend geringere Rabatte vereinbaren. Die vorgesehene Mehrkosten-Regelung würde damit den vertragsbasierten Steuerungseffekt der Rabattverträge (Preissenkungen gegen Mengenzusagen) konterkarieren.

An dieser Stelle ist ein wenig Gesundheitsökonomie zum besseren Verständnis durchaus hilfreich: Anders als in der privaten Krankenversicherung setzen wettbewerbliche Instrumente zur Leistungs- und Ausgabensteuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie auf dem Versorgungsmarkt an den Vertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern an. Das gilt für alle Formen von Direktverträgen wie zum Beispiel Rabattverträge oder Verträge zur hausarztzentrierten oder zur integrierten Versorgung. Ohne eine hinreichende Versichertenbindung kann es für diese Verträge weder eine gesicherte Kalkulationsgrundlage geben, noch können die vereinbarten Versorgungsziele erreicht werden.

Vertragswettbewerb erweitert Wahlmöglichkeiten

Bei Hausarzt- und Integrationsverträgen erfolgt die Bindung der Versicherten über deren freiwillige (befristete) Einschreibung in entsprechende Versorgungs-

modelle, für die es bei den Kassen gesonderte Versorgungstarife gibt. Die Einschreibung in ein Hausarztmodell und das gleichzeitige Recht, weiterhin alle zugelassenen Haus- und Fachärzte ohne Einschränkung direkt aufsuchen zu können, schließen sich logisch aus. Die Erweiterung der individuellen Wahlrechte der Versicherten besteht bei der vertragswettbewerblichen Option Hausarzt- oder Integrationsvertrag in der zusätzlichen Möglichkeit, sich in ein entsprechendes Versorgungsmodell einzuschreiben. Allerdings beschränkt die Ausübung dieses Wahlrechts zugleich die sonst bestehenden Möglichkeiten der Direkt-Inanspruchnahme von Ärzten außerhalb des gewählten Versorgungsmodells, denn andernfalls würde diesen Modellen ihre Funktionsgrundlage entzogen.

Wenn die vertragswettbewerbliche Leistungs- und Ausgabensteuerung in der GKV wirksam bleiben oder sogar noch ausgebaut werden soll, darf sie nicht durch hiermit unabgestimmte individuelle Handlungsfreiräume auf dem Behandlungsmarkt ausgehebelt werden. Das bedeutet ja keineswegs eine Einschränkung der individuellen Wahl- und Entscheidungsspielräume der Versicherten – im Gegenteil: Durch wettbewerbliche Vielfalt an Direktverträgen mit entsprechenden Versorgungstarifen können die individuellen Wahlmöglichkeiten deutlich erhöht werden – allerdings nicht unmittelbar auf dem Behandlungsmarkt, also in Bezug auf die direkten Beziehungen zwischen Patienten und Leistungserbringern, sondern auf dem Versicherungsmarkt bei der freien Kassen- und Tarifwahl.

Patientensouveränität als Voraussetzung

Damit gilt es im Hinblick auf Mehrkosten-Regelungen Folgendes festzuhalten: Die bisherigen Erfahrungen sind – entgegen der Pauschalbehauptung im schwarz-gelben Koalitionsvertrag – keineswegs „überwiegend positiv“. Das hat meist jedoch weniger mit der jeweiligen Mehrkosten-Regelung selbst, sondern mit der Ausgestaltung des Leistungsrechts zu tun, auf das sie jeweils aufsetzt.

Unabhängig vom konkreten Anwendungskontext gilt zudem grundsätzlich, dass Mehrkosten-Regelungen die Wahlfreiheiten der Versicherten immer nur dann sinnvoll erhöhen können, wenn diese tatsächlich in der Lage sind, eigenverantwortliche Entscheidungen über ihre Versorgung zu treffen, also wenn sie über ausreichende Patientensouveränität verfügen. Alternative Hörgeräte können die Versicherten noch relativ problemlos in unterschiedlichen Umgebungen ausprobieren. Aber bei Zahnersatz oder individuell angefertigten Prothesen gibt es solche individuellen Testmöglichkeiten schon nicht mehr. Bei medizinischen Entscheidungen – etwa hinsichtlich der Wirkstoffauswahl von Arzneimitteln oder der Notwendigkeit von Operationen – wäre es geradezu absurd, eine freie Patientenentscheidung an die Stelle der ärztlichen Beurteilung zu setzen.

Auch deshalb sollte beim Ziel der Erweiterung individueller Entscheidungsspielräume der Kassen- oder Tarifwahl unbedingte Priorität eingeräumt werden. Hier ist hinreichende Konsumentensouveränität auch ohne Medizinstudium grundsätzlich möglich. Zugleich wäre gewährleistet – siehe die Beispiele der hausärztlichen und integrierten Versorgung sowie der Arzneimittel-Rabattverträge –, dass vertragswettbewerbliche Steuerungsinstrumente in ihrer Wirkung nicht eingeschränkt würden.

*Sabine Schulze und Caroline Kip sind wissenschaftliche Mitarbeiterinnen
im Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO).
Dr. Klaus Jacobs ist Geschäftsführer des WIdO.*

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des AOK-Magazins „Gesundheit und Gesellschaft“ (G+G)

Weitere Infos:
www.wido.de



ams-Glossar:

Von Arzneimittelpreise bis Zuzahlung

21.07.10 (ams). Das Gesundheitswesen mit seinen komplexen Zusammenhängen ist stark von Fachbegriffen geprägt. Deren Bedeutung jedoch ist zum Teil unbekannt oder unklar. Gerade in der aktuellen Debatte um die nächste Gesundheitsreform sind Kenntnisse über die wichtigsten Begriffe wichtig. Das ams-Glossar gibt eine Übersicht.

Arzneimittelpreis:

Nach der Zulassung eines Medikaments können Arzneimittelhersteller in Deutschland die Herstellerabgabepreise für ihre Arzneimittel frei festlegen. Erst danach greifen Preisregulierungsinstrumente wie Festbeträge oder Rabattverträge.

Aufzahlung:

Siehe Mehrkostenregelung.

Festbeträge für Arzneimittel:

In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kann der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) Festbeträge für bestimmte Arzneimittel erlassen. Diese stellen dann den Höchstpreis dar, den die Krankenkassen für diese Medikamente bezahlen. Übersteigt der Preis den Festbetrag, haben die Versicherten die Wahl, entweder die anfallenden Mehrkosten zu zahlen oder ein anderes, therapeutisch gleichwertiges Medikament ohne Aufzahlung vom Apotheker zu erhalten.

Für die Festbeträge legt der GBA in den Arzneimittel-Richtlinien Arzneimittelgruppen von Medikamenten mit identischen Wirkstoffen, pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen und Medikamenten mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung fest. Für diese Gruppen bestimmt der GKV-Spitzenverband dann jeweils Festbeträge. Dieser muss so gewählt werden, dass mindestens ein fünftel der Verordnungen und Packungen der Festbetragsgruppe nicht teurer sein dürfen als der Festbetrag. Dadurch wird gewährleistet, dass eine ausreichende Zahl an Mitteln verfügbar bleibt, die die Versicherten ohne Aufzahlung beziehen können.

Thema

Generika:

Generika – auch Nachahmerprodukte genannt – sind Arzneimittel mit einem Wirkstoff, für den der Patentschutz abgelaufen ist. Da für die Generikahersteller dadurch nicht so hohe Investitionskosten für die Forschung und Entwicklung der Medikamente entstehen, sind Generika preisgünstiger als Originalpräparate.

Kosten-Nutzen-Bewertung:

Kosten-Nutzen-Bewertungen dienen der Preisbildung von Arzneimitteln. Solche Analysen werden in vielen Industriestaaten durchgeführt, bevor die Medikamente auf Kosten der nationalen Gesundheitssysteme verordnet werden dürfen. Über die Kosten-Nutzen-Bewertungen soll herausgefunden werden, ob neue Medikamente über einen Zusatznutzen gegenüber bereits zur Versorgung zugelassenen Arzneimitteln verfügen. Ist ein Zusatznutzen gegeben, wird in einem weiteren Schritt der Zusatznutzen ins Verhältnis zu den zusätzlichen Kosten des Medikamentes gestellt. In Deutschland sind Kosten-Nutzen-Analysen mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes 2007 möglich. Zuständig dafür ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG).

Me-Too-Präparate:

Me-Too-Präparate – oder auch: Analogarzneimittel – sind patentierte Arzneimittel-Wirkstoffe, die nur über geringfügige Molekülvariationen gegenüber bereits bekannten Wirkstoffen verfügen und pharmakologisch gleiche oder ähnliche Wirkungen besitzen wie bereits zur Versorgung zugelassene Medikamente. Me-Too-Präparate stellen dem entsprechend zumeist keine therapeutische Innovation dar. Viele der Me-Too-Präparate sind sogenannte Scheininnovationen: Ihre Wirkung ist nicht besser als die von herkömmlichen Arzneimitteln – jedoch können die Pharmahersteller mit diesen höhere Preise erzielen.

Mehrkostenregelung:

Versorgungsleistungen der GKV müssen nach den gesetzlichen Regelungen „ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich“ sein. In einigen Fällen können Patienten aber auch eine Alternative wählen. Diese Mehrkosten werden häufig auch als Aufzahlung bezeichnet – sind jedoch nicht mit den Zuzahlungen zu verwechseln, die alle Versicherten bei der Inanspruchnahme von Medikamenten oder Heil- oder Hilfsmitteln zu zahlen haben. Ist ein Medikament oder ein Hilfsmittel danach teurer als der entsprechende Festbetrag, muss der

Thema

Versicherte die Differenz zwischen Festbetrag und Arzneimittel aus der eigenen Tasche bezahlen. Für Aufzahlungen gelten nicht die Belastungsgrenzen wie bei der Zuzahlungen. (Siehe ams-Dokumentation der WIdO-Wissenschaftler Dr. Klaus Jacobs, Caroline Kip und Sabine Schulze Seite 14)

Negativliste:

Unwirtschaftliche Arzneimittel können aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen werden. Als unwirtschaftlich gelten dabei Medikamente, deren therapeutischer Nutzen nicht nachgewiesen ist. Die Zusammenstellung dieser Mittel per Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums wird als Negativliste bezeichnet.

Rabattverträge:

Krankenkassen können mit Arzneimittelherstellern einen Rabattvertrag abschließen. Im Rahmen der Verträge räumen die Hersteller den Krankenkassen Rabatte auf bestimmte Medikamente oder ihr gesamtes Sortiment (sogenannte Sortimentverträge) ein. Bei Verträgen zu ausgewählten Wirkstoffen werden die Arzneimittelhersteller im Gegenzug zu exklusiven Lieferanten der jeweiligen Krankenkasse. Mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz von 2003 und vor allem dem Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz (2006) hat die Politik dafür den gesetzgeberischen Rahmen gelegt. Ihre richtige Wirkung entfaltet haben die Rabattverträge mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) von 2007, weil seitdem die Apotheker zur Abgabe eines rabattierten Medikaments verpflichtet sind, sofern der Arzt kein bestimmtes Präparat verordnet hat. Erst dadurch konnten die Hersteller auf der Basis der Umsatzdaten einer Krankenkasse für bestimmte Wirkstoffe ihre Umsatzmengen und ihre Rabattangebote zuverlässig kalkulieren. Seitdem hat die AOK-Gemeinschaft von 2007 bis einschließlich 2010 rund eine Milliarde Euro an Arzneimittelausgaben durch ihre Rabattverträge eingespart.

Solisten:

Solisten sind Arzneimittel, zu denen es keine therapeutische Alternativen gibt. Solisten haben dem entsprechend bei ihrer Markteinführung ein Alleinstellungsmerkmal.

Zusatzbeitrag:

Zur Deckung ihrer Ausgaben erhalten die Krankenkassen seit 2009 Zuwei-

sungen aus dem Gesundheitsfonds. Reichen diese nicht aus, um den Finanzbedarf der Kasse zu decken, können die Krankenkassen von ihren Mitgliedern einen Zusatzbeitrag erheben. Ob sie einen prozentualen oder pauschalen Beitrag erheben ist den Kassen freigestellt. Um soziale Härtefälle zu vermeiden, darf der Zusatzbeitrag ein Prozent des beitragspflichtigen Einkommens des jeweiligen Mitglieds nicht übersteigen. Bei pauschalen Beiträgen von acht Euro je Mitglied erfolgt keine Einkommensprüfung.

Zuzahlung:

In der gesetzlichen Krankenversicherung werden Versicherte über Zuzahlungen an den Gesundheitskosten zusätzlich zu ihren Beitragsleistungen beteiligt. Eine Zuzahlungspflicht besteht beispielsweise bei ärztlicher Behandlung, stationären Aufenthalten, Heil- und Hilfsmitteln oder Medikamenten und Zahnersatz. Kinder sind bis zur Vollendung ihres 18. Lebensjahres von Zuzahlungen befreit. Finanzielle Überforderungen sollen durch eine Härtefallregelung vermieden werden: Demnach beträgt die Belastungsgrenze grundsätzlich zwei Prozent der jährlichen Bruttoeinnahmen. Bei chronisch Kranken dürfen die Zuzahlungen ein Prozent des Bruttoeinkommens nicht überschreiten.

Weitere Begriffe:
www.aok-bv.de > Lexikon
www.reform-aktuell.de



Redaktion
AOK-Mediendienst
Rosenthaler Straße 31

10178 Berlin

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Telefon:
Fax:
E-Mail:

Adressenänderung Bitte senden Sie den AOK-Medienservice Thema künftig an folgende Adresse:

Name:
Redaktion:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel./Fax:

Ich will den Informationsvorsprung von drei Tagen nutzen. Bitte senden Sie mir den AOK-Medienservice Thema künftig nicht mehr per Post, sondern per E-Mail:

Ich interessiere mich auch für die Politik-Ausgabe des AOK-Medienservice:

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik per Post an obige Adresse.

Bitte schicken Sie mir den AOK-Medienservice Politik per E-Mail an folgende Adresse:

Bitte streichen Sie mich aus dem Verteiler für den AOK-Medienservice Politik.

Sonstige Wünsche und Bemerkungen: