

Pressekonferenz

"Arzneimittelausgaben 2009 – Die Prognose"

16. September 2008
Berlin

Seite 1/5

Statement von:

Dr. Wolfgang Plischke
Vorsitzender des Vorstandes des VFA

Es gilt das gesprochene Wort!

Im Vorfeld des in Kürze startenden Gesundheitsfonds und der mit ihm verbundenen Festsetzung des Einheitsbetrages für gesetzlich Versicherte ist jede Ausgabenprognose natürlich von besonderem gesundheitspolitischen Interesse. Wegen dieser Aufmerksamkeit für die „Kennziffer Arzneimittelausgaben“ brauchen wir eine solide empirische Grundlage, die uns eine zutreffende Interpretation ermöglicht. Der Arzneimittel-Atlas hat hier bereits Maßstäbe gesetzt und ich bin überzeugt, dass es das Prognoseinstrumentarium auf seiner methodischen Grundlage auch tun wird. Treffsichere Prognosen sind auch dringend nötig, vor allem für die jährlichen Verhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen über die Zielgrößen der Arzneimittelausgaben. 2008 werden wir übrigens aller Voraussicht nach eine fast punktgenaue Übereinstimmung der Arzneimittelvereinbarungen nach § 84 SGB V mit der tatsächlichen Ausgabenentwicklung haben.

Seite 2/5

2009 erwartet das Team von Prof. Häussler eine Steigerung bei den Arzneimittelausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung um 8,1% auf rund 31,7 Mrd. Euro. Der medizinisch getriebene Arzneimittelverbrauch und damit die Arzneimittelausgaben in der GKV steigen, die Preise für Arzneimittel sinken aber! Und das seit Jahren, 2008 sanken sie allein um 1,8% gemessen am selben Zeitraum des Vorjahres.

Der wachsende Arzneimittelverbrauch überrascht uns nicht. Denn für uns war immer klar: Es ist ein Fakt, dass wir uns auch für die Zukunft auf steigende Arzneimittelausgaben einstellen müssen, weil der medizinische Fortschritt immer bessere Medikamente für eine immer älter werdende Gesellschaft hervor bringen wird. Unter dem Strich nimmt also die Zahl der zu behandelnden Patienten zu – und das ist zunächst einmal

vorbehaltlos zu begrüßen. Denn das heißt nichts anderes, als dass wir zunehmend medikamentös behandeln können, was früher nicht behandelbar war: Denken Sie nur an die neuen Optionen in der Krebstherapie, bei der Behandlung von Rheuma oder die sich abzeichnende Revolution in der Thromboseprophylaxe. An den von mir genannten Beispielen zeigt sich, dass das Thema Arzneimittelausgaben nicht als rein buchhalterische Größe behandelt werden kann. Nur wenn wir die Arzneimittelausgaben in ein Verhältnis zum medizinischen Versorgungsniveau der Patienten setzen, können wir eine sinnvolle Debatte führen. Es wäre vollkommen kontraproduktiv, etwa neue Krebsmedikamente ausschließlich als „teure Medikamente“ zu bezeichnen, ohne die sich abzeichnenden Verbesserungen in der Therapie zu berücksichtigen. Man muss die Arzneimittelausgaben und das medizinische Versorgungsniveau zusammen betrachten, um zu realistischen Bewertungen zu kommen!

Seite 3/5

Eine prognostizierte Ausgabensteigerung von 8,1% im Jahr 2009 erscheint mir als Preis für medizinische Innovation – wie wir sie bei Krebs, Rheuma oder der Thromboseprophylaxe geschafft haben - vertretbar. Und wie die Prognose von Prof. Häussler zur Beitragssatzstabilität bis Ende 2009 zeigt, wird der medizinische Fortschritt unser Gesundheitssystem nicht sprengen.

Gleichwohl bleibt es bei meiner grundsätzlichen Skepsis gegenüber dem Gesundheitsfonds: Der beschlossene Fonds beseitigt keines der Probleme des deutschen Gesundheitssystems – er schafft im Gegenteil neue. Durch die Erhebung eines Einheitsbeitrages, der sich aus politischen Gründen am hohen Finanzbedarf wirtschaftlich schwacher Kassen orientiert, werden die Beiträge für

viele Versicherte steigen. Aber auch dieser Beitrag wird nicht für alle Kassen ausreichen. Kassen mit einem bisher mittelmäßigen Beitragssatz werden versuchen, einen Zusatzbeitrag für ihre Versicherten in jedem Fall zu verhindern. Dies geht nur, indem sie ihre Leistungsausgaben verringern. Im Ergebnis wird also durch den Gesundheitsfonds die Versorgung für viele Patienten erst teurer und dann noch potentiell schlechter. Anstatt also um die beste Versorgung der Patienten zu konkurrieren, setzt der Fonds lediglich Anreize für eine Rationalisierung der Versorgung. Wir sehen hier eine Politik des kleinsten gemeinsamen Versorgungsnenners bei üppig berechneten Beiträgen. Der Wettbewerb zwischen den Kassen bleibt eng begrenzt. Und weil der Wettbewerbsdruck zwischen den Kassen klein gehalten wird, steigt für viele Versicherte ihr Beitrag, ohne dass die Versorgung besser wird.

Seite 4/5

An einem wettbewerblichen Gesundheitssystem, das dem Einzelnen eine Mitgestaltung seines Versicherungsschutzes - und damit zwangsläufig auch seiner Versicherungsbeiträge - erlaubt, führt dabei kein Weg vorbei. Dass dieses System auch solidarisch sein muss und sicherstellen muss, dass niemand ohne adäquate Versorgung bleibt, ist auch für den VFA eine unerlässliche Bedingung. Vor allem aber plädieren wir für ein Ende der starren Reglementierungen hin zu mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Das funktioniert natürlich nur, wenn die Politik den Mut hat, stärker schwankende Beiträge zwischen den einzelnen Kassen zu akzeptieren. In der Realität aber engt sie die finanziellen Bewegungskorridore der Kassen durch den Gesundheitsfonds zusätzlich ein und provoziert so eine Versorgung nach „Schema F“.

Einheitsversorgung und Einheitsbeitrag unterstellen Einheitsbedürfnisse! Sie zwingen nämlich die Politik, alle Versicherten über einen Kamm zu scheren und die Individualität der Betroffenen zu ignorieren. Das wird auf mittlere und lange Sicht unser Gesundheitssystem in jeder Beziehung überfordern. Je früher wir es von dem Ballast vereinheitlichter Erwartungen befreien und seinen Zuschnitt - bei einer gesicherten allgemeinen Grundversorgung – den Entscheidungen des Versicherten überlassen, desto besser!