

LÜGEN, TÄUSCHUNGEN, TRICKS UND WAHRHEITEN

PROLOG

Im Vorfeld der Koalitionsverhandlungen zur „kleinen Gesundheitsreform“ gaben Kassen und Gesundheitsministerium gezielte Informationen an die Laienpresse mit dem klaren Ziel, das Verschreibungsverhalten der Ärzte als Ursache des Kostenanstiegs bei den Arzneimitteln im Jahre 2004/2005 (+ 16%) zu denunzieren. Es waren wieder die Ärzte, die nicht kostenbewusst verordneten und die gewohnheitsmäßig auf die Propaganda der Pharmaindustrie hereinfließen und wieder bessere Erkenntnisse teure und nutzlose Mee-too-Präparate verschreiben...so die veröffentlichte Meinung. Auch bei den Generika wurden ungeheure Einsparreserven vermutet – ungeachtet der Tatsache, dass Deutschland bei der Verschreibung von Generika einen internationalen Spitzenplatz einnimmt...

Die Wahrheit ist prosaischer: mehr als zwei Drittel der Kosteneffekte waren nicht den Ärzten zuzuschreiben, sondern der fürsorglichen Tätigkeit des Staates und sog. Struktureffekten. Dazu gehören insbesondere:

- Wirkungen des GMG: Absenkung des Herstellerrabatts von 16 auf 6 % (Kosten für die Kassen: 910 Mio. €)
- „Struktureffekte“ (1,5 Mrd. €), ein schwer durchschaubarer Mix von Innovationen, Therapieänderungen, Veränderungen der Morbidität, andere Packungsgrößen etc. (Angaben ABDA).
- Verordnungszuwachs der Ärzte im engeren Sinne von + 524 Mio. € vor allem durch Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich (DRG-Effekt) + verändertes Anspruchsverhalten von Patienten vor Erreichen der Belastungsgrenze (größere Packungseinheiten) etc.
- Preiserhöhungen von Medikamenten (+ 72 Mio. €).

Fazit: Der größte Kostentreiber ist also der Staat selbst – insbesondere wenn man an die geplante Mehrwertsteuererhöhung denkt.

HANDLUNG

Die Koalition hat mit der Zangengeburt des Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) ein Einsparziel im ambulanten Bereich von 1,3 Mrd. Euro angekündigt. Der Bundesrat hat es jetzt (für maximal vier Wochen) gestoppt – ein durchsichtiges Wahlkampfmanöver der unionsregierten Länder, die sich als Sachwalter der Ärzte aufspielen – wohl wissend, dass das nur ein Zeitaufschub ist, da das Gesetz nicht zustimmungspflichtig ist. Der Vermittlungsausschuss als Spanische Wand – für unbedarfte Mitbürger.

Wie immer in der Gesundheitspolitik handelt es sich bei dem jetzigen „Reförmchen“ um ein System von sich gegenseitig erklärenden Luftbuchungen, die mit solider Finanzplanung insofern nichts zu tun haben, als die Randbedingungen vorwiegend aus Hypothesen und nicht aus Tatsachen bestehen. Keiner weiß nämlich, wie sich die gesundheitspolitischen Mitspieler konkret verhalten werden.

Das sind die avisierten Eckpunkte der Regierungskoalition mit angepeilten Einsparvolumina:

- Senkung der Festbeträge für Arzneimittel (800 Mio. € jährlich)
- Senkung der Herstellerabgabepreise von 10% für Generika (500 Mio. € pro Jahr)
- Bonus-Malus soll angeblich nur den **Ausgabenzuwachs** ausbremsen – allerdings nach der Gesetzesbegründung immerhin um 500 Mio. € jährlich – sollen wir Ärzte beibringen.
- Freigestellt vom 10%-Abschlag der Generika sollen Präparate sein, die 30% unter dem Festbetrag liegen. Bei diesen Präparaten sollen die Patienten zuzahlungsbefreit werden (also

zwischen 5 und 10 €). Voraussetzung dafür aber ist: die dadurch bewirkten Einsparungen für die Krankenkassen müssen höher sein als die Einnahmeverluste für die Krankenkassen. Alles klar?!

- die einzelnen Krankenkassen erhalten die Möglichkeit, Rabattverträge mit einzelnen Herstellern zu schließen, wenn dadurch festbetragbedingte Aufzahlungen für Patienten vermieden werden können. Dies gilt für einzelne Präparate nicht für Sortimente. Das sollen wir Ärzte alles berücksichtigen und wissen... viel Spaß beim Computerspiel!

Betrachtet man die Gesamtgemengelage, so muss man von einem neuerlichen Blinde-Kuh-Spiel ausgehen. Weder die Generika-Zwangsrabatte, Verbote von Naturalrabatten, noch der Preisstopp für erstattungsfähige Medikamente können ein definiertes Einsparvolumen exakt bezeichnen. Ob die Senkung der Festbeträge tatsächlich zu einer breiten Preissenkung führt, oder ob die Pharmaindustrie die Patienten konkret zu Kasse bittet ist unklar. Es tut sich möglicherweise ein neues Problem auf: Neben Zuzahlungen muss der Patient evtl. eine zweite Art von Zuzahlungen leisten: die der individuellen medikamentenbezogenen.

Folgerungen für die Praxis: wir müssen über die konkrete Preisgestaltung zeitnah permanent informiert werden. Die KBV wurde verpflichtet, industrieunabhängige Arzt-Softwareprogramme zu zertifizieren – was ja nicht schlecht sein muss. Kleiner Nachteil: die Industrie sponsert diese Programme bisher massiv. Tut sie das nicht mehr, wird es für die Anwender sicherlich wesentlich teurer als bisher.

Umsichtig wurde im AVWG der so genannte „kleine Gesetzgeber“ der Selbstverwaltung, der gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit neuen Kompetenzen ausgestattet: er darf ärztliche Verordnungen ausschließen, die er als „unzweckmäßig“ oder „unwirtschaftlich“ erkennt und kann so Innovationen schon vor Markteinführung blockieren, zusammen mit der Steigbügelhilfe des staatsnahen „IQWiG“ (wer's noch nicht weiß: „Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen“). Das erste große Projekt, bei dem sich Deutschland vom internationalen Fortschritt verabschiedet, ist die Bewertung der schnellen Analoginsuline und des inhalierbaren Insulins. Die Stellungnahme des IQWiG wird international nur als durchsichtige Kostendämpfungsmaßnahme gewertet und nicht als wissenschaftlich angemessen und ist eine Lachplatte.

Schauen wir die *politisch programmierten Finanzbelastungen der GKV* in naher Zukunft an, so fragt man sich, wie das mit einer soliden Reform gehen soll:

- ab 2007 minus 1 Mrd. € wegen Erhöhung der MWSt. auf Arzneimittel und Medizinprodukte von 16 auf 19 %
- Kürzung des Bundeszuschusses für die GKV (erst 2004 mit dem GMG eingeführt) um 2,7 Mrd. € (von insgesamt 4,2 Mrd. €) auf 1,5 Mrd. in 2007 und auf Null im Jahre 2008.

Zusammengefasst: Gesamtbelastung der GKV von 148 Mrd. € im Jahre 2007: 3,7 Mrd. € und im Jahre 2008 5,2 Mrd. Das heißt: da die GKV schon im Jahre 2005 ohne Bundeszuschuss (aus der Tabaksteuer) gerechnet eigentlich schon pleite wäre, kann sie in den folgenden Jahren nur noch pleiter sein... Alle veröffentlichten Zahlen der Kassen und des BGM sind unter diesem Vorbehalt zu sehen. Vor diesem Hintergrund sind die vollmundigen Erklärungen unserer Gesundheitspolitiker angemessen zu bewerten.

EPILOG

Das interessanteste Informationswerk für die Entwicklung der GKV kommt aus einem „Konkurrenzausschuss“ des Bundestages dem für „Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung (Bundestagsdrucksache 16/478). Die Folgen des demographischen Wandels werden in Richtung Tourismus beschrieben. Der Bericht untersucht nebenbei die Kosten für Krankenbehandlung in 2002 (Gesamt 224 Mrd. €) und kommt zum Ergebnis, dass die Kosten in Beziehung zum Alter exponentiell steigen. Bei den 65jährigen und Älteren fielen Kosten in Höhe von 96 Mrd. an, und bei den 85jährigen und Älteren 18,6 Mrd. Bezogen auf ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung sind das je dreimal so hohe bzw. achtmal so hohe Krankheitskosten. Da der Anteil der Hochbetagten kontinuierlich steigt so steigt das Risiko der Pflegebedürftigkeit permanent an. Der Bericht geht von einer Zahl von 9,1 Mio. Hochbetagten (= 12 % in 2050) gegenüber 4 % in 2003 aus – eine immense Herausforderung für die Gesellschaft. Der Bericht kommt zum Ergebnis,

dass die sozialen Sicherungssysteme kollabieren werden bei gleichen Bedingungen und empfiehlt: „Die teilweise Rückverlagerung der Verantwortung für Alter und Krankheit hin zu den Privaten wäre eine mögliche Antwort auf die demographische Herausforderung. Dies bedeutet vor allem auch einen (teilweisen) Umstieg vom Umlageverfahren hin zu einem Kapitaldeckungsverfahren...Aber gleich welche der zahlreich diskutierten Reformen man auf den Weg bringen wird, in allen Fällen ergäben sich negative Auswirkungen auf die frei verfügbaren Einkommen.“ (zitiert nach Der gelbe Dienst 5/2006 vom 13.3.20065).

Sieht man vor diesem Hintergrund die naive Sozialromantik unserer Gesundheitsministerin und ihrer Hilfstruppe, so kann man einen Begriff von Chuzpe und naiver Dreistigkeit gewinnen, mit der die Bürger getäuscht werden. Angesichts der oben beschriebenen Fakten ist ganz klar dass man von zwei Entwicklungslinien ausgehen muss:

- Für alle Versicherten wird es in Zukunft erheblich teurer werden und es wird an das verfügbare Einkommen gegangen werden
- für uns Ärzte ist in Zukunft nichts besonders Gutes zu erwarten, da wir über entsprechende Gesetzeswerke möglichst finanziell gedumpt werden sollen und uns gegenseitig durch „mehr Wettbewerb“ niederkonkurrieren sollen.

Das heißt für uns in der Quintessenz: Zusammenschluss zu politischen Strukturen, die überhaupt Widerstand entwickeln können. Wie der Kampf um das AVWG jetzt zeigt, ist die einzig wirklich relevante und flächendeckend handlungsfähige Gruppierung eben MEDI, sowohl im Ländle als auch bundesweit sowie die Genossenschaften. Das heißt für alle Ärzte: neben der Zugehörigkeit zur Fachgruppe ist die Mitgliedschaft in einer fachübergreifenden politischen Kampforganisation zwingend erforderlich. Für die Hausärzte: Der Hausärzteverband unterstützt die Proteste – wo es um Bonus-Malus geht und verfolgt die Linie einer eigenen KV trotzdem weiter. Das ist falsch und wird langfristig scheitern. Alle Hausärzte sollten ihr Engagement in einer solchen Organisation überdenken und sich fragen, ob diese Ziele wirklich ausreichend und langfristig tragend sind – wohl eher nicht.

Wir werden den Kampf für alle Ärzte weiterführen – aber nicht naiv und blauäugig sondern strategisch sinnvoll.

Hören Sie auf die Signale!