

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, Katja Kipping, Elke Reinke, Volker Schneider (Saarbrücken), Dr. Ilja Seifert und der Fraktion DIE LINKE.

Ausufernde Arzneimittelausgaben

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für Arzneimittel sind in den letzten Jahren deutlich stärker gestiegen als die für Ärzte und Krankenhäuser.

Die Bundesregierung und die sie tragende Koalition sind hierfür direkt verantwortlich: Sie haben die Mehrwertsteuer ab Januar 2007 um 3 Prozentpunkte auf 19 Prozent erhöht. Der volle Mehrwertsteuersatz wird auch auf Arzneimittel fällig. Im Unterschied hierzu wird auf Schnittblumen, Hundefutter und Fernsehzeitschriften nur der ermäßigte Mehrwertsteuersatz von 7 Prozent erhoben.

Die Fraktion DIE LINKE. im Deutschen Bundestag hat aus diesem Grund einen Antrag gestellt, die Mehrwertsteuer für apothekenpflichtige Arzneimittel zu senken (Bundestagsdrucksache 16/732). Die Fraktionen CDU/CSU, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben diesen Antrag im Mai 2007 abgelehnt. In den meisten EU-Mitgliedsländern wird auf Arzneimittel ein ermäßigter Mehrwertsteuersatz von zumeist unter 10 Prozent erhoben, in vielen sind Arzneimittel sogar gänzlich steuerbefreit. Deutschland ist eines der EU-Länder mit der höchsten Mehrwertsteuer auf Arzneimittel.

Die Arzneimittelausgaben steigen nicht nur wegen der Mehrwertsteuererhöhung und der zusätzlichen Schutzimpfungen, die jetzt Kassenleistung wurden¹. Dafür sind die Bundesregierung und die große Koalition ebenfalls verantwortlich, da sie bislang keine wirksamen Konzepte zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben gefunden haben.

Zwar hat die Bundesministerin für Gesundheit, Ulla Schmidt, anerkannt, dass die Arzneimittel sich seit Jahren als Kostentreiber Nummer eins erwiesen², allerdings zieht sie hieraus nicht die notwendigen politischen Konsequenzen. Die im Arzneimittelverordnungs-wirtschaftlichkeitsgesetz (AVWG) 2006 und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2007 verabschiedeten gesetzlichen Neuregelungen haben den weiteren Anstieg der Arzneimittelausgaben nicht verhindert. Von Januar bis September 2008 stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel ohne Impfstoffe um weitere 5,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Mit Impfstoffen beträgt der Anstieg 6,8 Prozent. Die in der Presse nachzulesenden Aussagen der Bundesministerin für Gesundheit über ein neues Arzneimittelsparpaket sind nicht eindeu-

¹ Vgl. Schwabe, U./Paffrath, D. (Hg.) (2008): Arzneiverordnungsreport 2008. Heidelberg, S. 6.

² Vgl. DIE WELT vom 24. September 2008.

tig. So ist im September 2008 noch zu lesen, dass kein neues Sparpaket geplant sei³, im November jedoch habe die Bundesministerin für Gesundheit der Pharmaindustrie damit gedroht⁴.

Allein in den vier Jahren von 2004 bis 2007 sind nach der Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel um über 27 Prozent gestiegen⁵. Zum Vergleich: Im selben Zeitraum sind die Löhne, Gehälter und Renten derer, die in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen, um gerade einmal knapp 1,6 Prozent gestiegen⁶.

Ein großer Teil der Beitragssatzanhebungen der gesetzlichen Krankenversicherung ist also auf die steigenden Arzneimittelausgaben zurückzuführen. Dies verdeutlicht auch folgender Vergleich: 1995 gaben die gesetzlichen Krankenkassen 17,37 Euro pro Medikamenten-Verordnung aus, 2006 waren es 41,29 Euro⁷. Das ist eine jährliche Steigerung von rund 9 Prozent!

Neben der Senkung der Mehrwertsteuer gibt es weitere Instrumente, mit denen Einsparungen erzielt werden könnten. Obwohl sie schon seit Jahren in der Diskussion sind, werden sie nicht umgesetzt und angewendet. Zum Beispiel die Positivliste. Eine solche Liste würde die Arzneimittel, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen, auf eine Auswahl entsprechend den therapeutischen Gesichtspunkten und einem hohem therapeutischen Nutzen und Bewährungsgrad begrenzen. Medikamente ohne therapeutischen Nutzen könnten somit nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verschrieben werden.

Nach Ansicht zweier unterschiedlicher Bundesregierungen (schwarz-gelb und rot-grün) wäre die Einführung einer Positivliste eine effektive Maßnahme. Bereits 1992 gab es unter Bundesminister Horst Seehofer (CSU) die Bestrebung, eine Positivliste einzuführen. Damals legten jedoch zwei SPD-Ministerpräsidenten ihr Veto ein, vermutlich um die Interessen der in ihren Bundesländern angesiedelten Pharmaunternehmen zu wahren.

Der letzte Versuch stammt aus dem Jahr 2003 und geht auf die derzeitige Bundesministerin für Gesundheit der SPD, Ulla Schmidt, zurück. Die Bundesregierung antwortete auf eine Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU (Bundestagsdrucksache 15/797) mit einer klaren Aussage: „Zur Positivliste gibt es nach Auffassung der Bundesregierung keine sinnvolle Alternative. Die Positivliste ist erforderlich um zu gewährleisten, dass eine Arzneimitteltherapie nach dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis für die gesetzlich Versicherten auch weiterhin finanzierbar bleibt.“ Das Vorhaben wurde gestoppt, um das Klima der Verhandlungen mit der CDU/CSU um das GKV-Modernisierungsgesetz nicht zu stören⁸.

Zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben sehen viele andere Staaten vor, den Pharmaunternehmen durch verschiedene Verfahren Preise vorzugeben. In Deutschland hingegen kann jedes patentierte Arzneimittel zu Phantasiepreisen zu Lasten der Beitragszahlerinnen und -zahler verordnet werden. Dafür muss der Hersteller den Zusatznutzen des Arzneimittels gegenüber etablierten Therapien nicht beweisen. Staatlicherseits kann in Deutschland kein Höchstbetrag festgelegt oder auf andere Weise die finanzielle Belastung für die Solidarversicherung begrenzt werden. Beispielsweise kostet die noch recht neue HPV-Impfung (abgeschlossene Grundimmunisierung mit drei Injektionen) gegen bestimmte

³ Ebd.

⁴ Schütze-Brief, Nr 89/2008, S.10

⁵ Vgl. BMG, KJ1: 2007 waren es 27,8 Mrd. Euro, 2004 waren es noch 21,8 Mrd. Euro.

⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Bekanntmachungen nach § 71 Abs. 3 SGB V.

⁷ Siehe KBV, Grunddaten 2007, Kapitel III.4: „Indikatoren zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben in der GKV“.

⁸ DIE ZEIT, 27/2003.

Verursacher von Gebärmutterhalskrebs in den USA 273 Euro, in Australien ebenfalls unter 300 Euro, in Deutschland hingegen 465 Euro.

In Deutschland gibt es gesetzlich geregelte Instrumente zur Begrenzung überhöhter Arzneimittelpreise, die zumindest fragwürdig sind. Die niedergelassenen Ärzte dürfen ein festgelegtes Arzneimittelbudget nicht überschreiten, sonst werden sie in Regress genommen. So wird es für Patientinnen und Patienten zum Quartalsende zunehmend schwieriger, Rezepte zu erhalten, insbesondere wenn sie teure Präparate benötigen. Medizinisch lässt sich dies nicht begründen. Weil Ärzte ihr Budget nicht überlasten können, müssen Patientinnen und Patienten verordnete Arzneimittel entweder voll bezahlen, oder auf eine Therapie verzichten. Diese heimliche Rationierung zur Begrenzung der Medikamentenausgaben findet auf dem Rücken der Ärztinnen/Ärzte und Patientinnen/Patienten statt, was unverantwortlich ist.

Die vielleicht wichtigste gesetzgeberische Maßnahme der Bundesregierung zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der Kassen in den letzten Jahren war die Einführung der Möglichkeit von Rabattverträgen der Krankenkassen mit den Medikamentenherstellern. Zwar konnte so der Preis von Medikamenten im Einzelfall etwas gesenkt werden; es gibt aber massive Probleme: Nach einer Umfrage in 200 Apotheken gaben knapp zwei Drittel der Apotheker an, es gebe Lieferschwierigkeiten mit Rabattarzneimitteln. Die Wartezeiten in Apotheken haben sich nach dieser Umfrage in vier Fünftel der Apotheken häufig verlängert. Es gibt 25 000 Rabattarzneimittel, die mithilfe von 19 Millionen Datensätzen in der Apothekensoftware verarbeitet werden. Diese Flut von verschiedenen Verträgen der über 100 Hersteller mit über 200 Kassen ist nicht mehr zu überblicken. Patientinnen und Patienten werden durch die neuen Regelungen zunehmend verunsichert. Die Therapietreue nimmt ab und die Patientinnen und Patienten werden nicht optimal versorgt.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. In welchen Mitgliedsländern der Europäischen Union gibt es
 - a) keine,
 - b) eine ermäßigte Mehrwertsteuer auf Arzneimittel(bitte für jedes Land mit entsprechender Regelung aufführen)?
2. Welche EU-Mitgliedsländer erheben den vollen Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel?
3. Weshalb geht die Bundesregierung einen europäischen Sonderweg bei der Besteuerung von Arzneimitteln und orientiert sich nicht in etwa an dem in der EU üblichen Steuersatz für Arzneimittel von unter 10 Prozent?
4. Wie hoch waren die Umsätze mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln in den vergangenen zehn Jahren (bitte nach Jahr auflisten)?
5. Wie hoch waren die Umsätze mit rezeptfreien apothekenpflichtigen Arzneimitteln in den vergangenen zehn Jahren (bitte nach Jahr auflisten)?
6. Wie hoch waren die Umsätze mit Arzneimitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in den vergangenen zehn Jahren (bitte nach Jahr auflisten)?
7. Wie hoch sind die Steuereinnahmen aus der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel in den vergangenen zehn Jahren (getrennt nach GKV, rezeptpflichtig und rezeptfrei), und welcher Anteil davon fließt dem Bund, den Ländern und den Kommunen zu?
8. Wie stark werden die gesetzliche Krankenversicherung und privaten Haushalte durch die Erhöhung der Mehrwertsteuer von 16 auf 19 Prozent aktuell belastet (bitte getrennt nach GKV, rezeptpflichtig und rezeptfrei auflisten)?

9. In welchem Umfang könnten die gesetzlichen Krankenkassen durch eine Absenkung des Mehrwertsteuersatzes für apothekenpflichtige Arzneimittel auf 7 Prozent entlastet werden?
In welchem Umfang könnten hierdurch die Beitragssätze zur gesetzlichen Krankenversicherung reduziert werden?
10. Worin sieht die Bundesregierung die Ursachen, dass laut einer aktuellen OECD-Studie die Preise für Medikamente 30 Prozent über dem Durchschnitt vergleichbarer Industrieländer wie z. B. Frankreich liegen?
Welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?
11. Weshalb ist die Bundesregierung heute offensichtlich nicht mehr der Auffassung, die die Vorgängerregierung, in der dieselbe Bundesministerin wie heute für Gesundheit verantwortlich war, in der Antwort auf die o. g. Kleine Anfrage vertrat?
12. Welche EU-Mitgliedsländer haben inzwischen eine Positivliste für Arzneimittel eingeführt, und welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung hinsichtlich ihrer Wirkungen vor (bitte für jedes EU-Mitgliedsland auflisten)?
13. Wie bewertet die Bundesregierung die Auswirkungen der Rabattverträge von Krankenkassen mit Pharmakonzernen?
Wie hoch sind die Einsparungen für die Krankenkassen aus diesen Verträgen?
14. Welche Erkenntnisse hat die Bundesregierung bezüglich Probleme und Nachteile, die aus den Rabattverträgen für
 - a) Patientinnen und Patienten,
 - b) für Ärztinnen und Ärzte sowie
 - c) für Apothekerinnen und Apotheker erwachsen?
15. Hat die Bundesregierung Erkenntnisse hinsichtlich erhöhter Zuzahlungen, Wartezeiten, Medikamentenwechsel und Compliance-Problemen, Intransparenz, Regress-Forderungen, die aufgrund von Rabattverträgen entstehen?
16. Gibt es Fälle, in denen aufgrund der Budgetbeschränkung Patientinnen und Patienten nicht adäquat versorgt werden?
17. Wie viele Regress-Fälle wegen Überschreitung des Arzneimittelbudgets gab es 2007?
18. Was spricht nach Meinung der Bundesregierung für (und was gegen) eine staatliche Preisregulierung, wie sie in vielen anderen europäischen Ländern stattfindet, wenn Pharmahersteller ein Medikament nicht zu einem Preis anbieten, der bezahlbar ist, und dadurch die Solidarversicherung über Gebühr belasten würde?
19. Plant die Bundesregierung noch bis zur Bundestagswahl 2009 ein neues Gesetz mit dem Zweck, die Arzneimittelausgaben zu begrenzen?
20. Wie bewertet die Bundesregierung die Forderung, eine so genannte vierte Hürde zur Preiskontrolle von Arzneimitteln einzuführen?
Gibt es diesbezügliche Pläne der Bundesregierung?

Berlin, den 21. November 2008

Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion