

Debatte um geheime Arzneimittelpreise

Nutzen „empirisch nicht hinreichend belegt“

— Ob die von Kassen, Kliniken und Versicherungen für patentgeschützte Medikamente zu zahlenden Beträge weiterhin öffentlich gemacht werden sollen, steht wieder zur Debatte: Im geplanten Medizinforschungsgesetz sind vertrauliche Erstattungspreise angedacht. In der Begründung des Referentenentwurfs heißt es, die Industrie verspre-

che größeres Entgegenkommen bei Preisverhandlungen, wenn die Behörden anderer Länder im Rahmen ihrer Ausgabensteuerung nicht mehr auf hiesige Preisniveaus Bezug nehmen könnten. Weshalb man nun „die neue Verhandlungskomponente“ einführen wolle, auf Verlangen des Anbieters den Erstattungsbetrag nicht an Spitzenverband Bund der Krankenkassen (BKV), Apothekerverband (DAV), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) sowie den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zu übermitteln. Ein „AMNOG-Kurzreport“ der DAK-Gesundheit dokumentiert großen Einspruch: Der GKV-Spitzenverband etwa kritisiert, dass über die gesamte Abgabekette bis hin zur Rezeptabrechnung zunächst Listenpreise gelten würden. Die Differenzbeträge – auch der Handelsstufen – seien von den Herstellern zwar nachträglich auszugleichen. Das jedoch belaste die Liquidität der Krankenkassen in

Milliardenhöhe. Man befürchtet, dass Geheimpreise sofort und dauerhaft den Bürokratieaufwand und die Ausgaben steigern könnten. Die DAK-Gesundheit ergänzt, dass in Sachen Verordnungssteuerung völlig ungeklärt sei, wie sich Ärztinnen und Ärzte ohne Kenntnis der tatsächlichen Preise an das Wirtschaftlichkeitsgebot halten sollen. Ähnlich hatte unlängst schon die KBV argumentiert und geschlussfolgert, mit der Einführung geheimer Preise sei die sozialrechtliche Verpflichtung hinfällig, alljährlich ein Arzneimittelbudget zu vereinbaren. Die Autoren des DAK-Reports halten sich mit einer abschließenden Bewertung vertraulicher Erstattungspreise betont zurück. Empirisch, heißt es, sei deren Nutzen „ebenso wie der einer Preistransparenz bislang nicht hinreichend belegt“. In nahezu allen entwickelten Industrienationen würden verhandelte Arzneimittelpreise derzeit geheim gehalten. Theoretisch ließe sich daraus zumindest eine Chance ableiten, hierzulande höhere Rabatte auszuhandeln.

Christoph Winnat



© Mathias Richter / Stock.adobe.com

Ob Arzneimittelpreise geheim bleiben sollen, wird erneut diskutiert.

Versorgung von Asylbewerbern

Keine sinkenden Ausgaben durch höhere Hürden

— Nach dem Asylbewerberleistungsgesetz war die Gesundheitsversorgung für Geflüchtete in Deutschland bislang für maximal 18 Monate ab Ankunft in Deutschland auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Seit Ende Februar 2024 ist diese Einschränkung auf 36 Monate verlängert. Dies entsprach dem Wunsch unionsregierter Bundesländer sowie der CDU/CSU-Fraktion im Bundestag. Eine Verlängerung der einge-

schränkten Gesundheitsversorgung für Geflüchtete könne pro Jahr bundesweit Einsparungen „im dreistelligen Millionenbereich“ ermöglichen, hieß es in einem Antrag der Union. Dem widerspricht Dr. Louise Biddle vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW): Es gebe eine solide Studienlage, die zeige, dass Einschränkungen in der Versorgung langfristig sogar zu höheren Gesundheitsausgaben führen. „Werden Ge-

sundheitsprobleme erst adressiert, wenn dies unerlässlich ist oder es sich um einen Notfall handelt, ist es meist teurer als eine frühzeitige Behandlung“, so Biddle. Je nach dem Status des Asylverfahrens werde sich die tatsächliche Wartezeit auf eine reguläre Gesundheitsversorgung von rund einem auf zwei Jahre verlängern, teilte das DIW unter Verweis auf Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) mit.

Nach Angaben des DIW wird die länger eingeschränkte Gesundheitsversorgung insbesondere zu Lasten von Geflüchteten mit niedriger Bildung und geringeren Deutschkenntnissen gehen – obwohl diese Gruppe in der Regel eine höhere Krankheitslast aufweise. Biddle monierte zudem, dass die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete bisher nur in sechs Bundesländern – und das nicht flächendeckend – eingeführt worden sei, obwohl beispielsweise Hamburg den Verwaltungsaufwand im Vergleich zu den früheren Behandlungsscheinen um jährlich 1,6 Millionen Euro verringern konnte. Zudem würden bürokratische Hürden für Patienten und Ärzte abgebaut, da via eGK auch Klarheit über den Umfang der von der Kasse bezahlten Gesundheitsleistungen geschaffen werde.

Florian Staack



© Candy Weiz/arfoto UG/dpa-Zentralbild/picture.alliance

Die eGK für Geflüchtete ist bisher nur in sechs Bundesländern eingeführt.