

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft

Nr. 202

September 2013

Abschätzung der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 2014 und 2015

Gutachterliche Stellungnahme für den Verband forschender Arzneimittelhersteller e. V. (vfa)

Version 1.1 vom 20. September 2013

Prof. Dr. Jürgen Wasem

Prof. Dr. Stefan Greß

IBES

IBES DISKUSSIONSBEITRAG

Nr. 202

September 2013

Abschätzung der Arzneimittelausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung 2014 und 2015

Version 1.1 vom 20. September 2013

Prof. Dr. Jürgen Wasem (juergen.wasem@uni-due.de)

Prof. Dr. Stefan Greß (sg@stefan-gress.eu)

Impressum: Institut für Betriebswirtschaft und Volkswirtschaft (IBES)

Universität Duisburg-Essen

Universitätsstraße 12

45141 Essen

E-Mail: IBES-Diskussionsbeitrag@medman.uni-due.de

Inhalt

Vorwort.....	5
1 Hintergrund und Aufbau der gutachterlichen Stellungnahme	6
2 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel	9
2.1 Ausgabenentwicklung für Arzneimittel der Jahre 2009 bis 2013	9
2.2 Ausgabenschätzung für Arzneimittel für die Jahre 2014 und 2015.....	13
3 Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt	17
3.1 Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV insgesamt in den Jahren 2009 bis 2013....	17
3.2 Einnahmen- und Ausgabenschätzung der GKV insgesamt für die Jahre 2014 und 2015	22
4 Fazit	27
5 Literatur.....	29

Tabellen

Tabelle 1: Ausgabenentwicklung für Arzneimittel in der GKV 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)	9
Tabelle 2: Komponentenanalyse der Umsatzentwicklung 2009 bis 2012 nach Arzneiverordnungsreport	11
Tabelle 3: Preisentwicklung Festbetragsmarkt und Nicht-Festbetragsmarkt 2009-2012.....	11
Tabelle 4: Komponentenanalyse der Umsatzentwicklung 2009 bis 2012 nach Arzneimittelatlas	13
Tabelle 5: Schätztableau für das Wachstum der Komponenten der Arzneimittelausgaben in der GKV für die Jahre 2014 und 2015.....	15
Tabelle 6: Gesamteffekt des Wachstums der Arzneimittelausgaben 2014 und 2015	16
Tabelle 7: Ausgabenentwicklung der GKV (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)	19
Tabelle 8: Einnahmenentwicklung der GKV (incl. Landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)	21
Tabelle 9: Finanzieller Saldo des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO).....	22
Tabelle 10: Prognose der GKV-Ausgaben (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) für die Jahre 2014 und 2015.....	24
Tabelle 11: Prognose der Einnahmenentwicklung der GKV (incl. Landwirtschaftliche Krankenversicherung) für die Jahre 2014 und 2015 (in Mrd. EURO)	25
Tabelle 12: Prognose des finanziellen Saldos des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) 2014 und 2015	26

Vorwort

Hiermit wird eine Abschätzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die Jahre 2014 und 2015 vorgelegt. Die Studie wurde als gutachterliche Stellungnahme vom Verband forschender Arzneimittelhersteller e.V. beauftragt. Die Arbeit wurde am 20. September 2013 abgeschlossen.

I Hintergrund und Aufbau der gutachterlichen Stellungnahme

Im Vorfeld der Verabschiedung der eher strukturellen Maßnahmen des Arzneimittelmarktneuordnungsgesetzes (AMNOG) hat der Gesetzgeber im Juni 2010 im Rahmen des Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (GKV-ÄndG) eine Erhöhung des so genannten Zwangsrabatts für verschreibungspflichtige Arzneimittel von 6 Prozent auf 16 Prozent beschlossen; dies gilt nicht für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel. Nach den Regelungen des § 130a Abs. 1a SGB V gilt dieser erhöhte Herstellerrabatt für den Zeitraum vom 1. August 2010 bis zum 31. Dezember 2013. Parallel zu der Einführung des erhöhten Herstellerabschlags hat der Gesetzgeber für den gleichen Zeitraum außerdem ein Preismoratorium eingeführt. Demnach sieht § 130a Abs. 3a SGB V vor, dass Erhöhungen des Herstellerabgabepreises gegenüber den Preisen vom 1. August 2009 zwar weiterhin möglich sind. Die Hersteller müssen jedoch den Krankenkassen einen Abschlag im Umfang der Preiserhöhung gewähren. Ergänzt werden die oben genannten Regelungen im Rahmen des GKV-ÄndG durch § 130 Abs. 4 SGB V. Danach hat das Bundesministerium für Gesundheit die Abschläge durch Rechtsverordnung aufzuheben oder zu verringern, wenn und soweit diese nach der gesamtwirtschaftlichen Lage, einschließlich ihrer Auswirkung auf die gesetzliche Krankenversicherung, nicht mehr gerechtfertigt sind.

Die Kombination aus erhöhtem Herstellerrabatt und Preismoratorium gehört innerhalb des Instrumentenkastens der Steuerung von Arzneimittelausgaben zu den kurzfristig wirksamen Adhoc-Maßnahmen der direkten Preisregulierung (Greß et al. 2005). Der Gesetzgeber hat die Maßnahmen des GKV-ÄndG dann auch mit der notwendigen Entlastung der Solidargemeinschaft begründet. Die steigende Belastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch Arzneimittelausgaben sei demnach durch einen eingeschränkten Preiswettbewerb bei verschreibungspflichtigen Arzneimittel mitbedingt. Mit dem erhöhten Herstellerrabatt und dem Preismoratorium würde ein Beitrag zur Stabilisierung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung geleistet. Insbesondere der Ausgabenanstieg für nicht festbetragsgebundene Arzneimittel hätte in der Vergangenheit deutlich über dem allgemeinen Ausgabenzuwachs gelegen. Durch die Wirtschafts- und Finanzkrise hätten sich außerdem die Einnahmen der GKV deutlich schlechter entwickelt als dies ohne Krise zu erwarten gewesen wäre. Zudem hätte die pharmazeutische Industrie im Vergleich zu Gesamtwirtschaft nur geringe Einbußen aufgrund der Wirtschafts- und Finanzkrise hinnehmen müssen. Die Belastung für die pharmazeutischen Unternehmen sei daher für einen befristeten Zeitraum von drei Jahren und fünf Monaten zumutbar (Deutscher Bundestag 2010).

Trotz entsprechender Forderungen der Hersteller und ihrer Verbände hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einem vorzeitigen Auslaufen von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag nicht zugestimmt. Im Rahmen der im Gesetz vorgesehenen jährlichen Überprüfung hat das BMG diese Auffassung zuletzt im Januar 2013 begründet. Danach seien im Bereich der Arzneimittel ohne Festbetrag weiterhin hohe Umsatzzuwächse festzustellen, die durch den erhöhten gesetzlichen Herstellerabschlag nur teilweise abgeschöpft würden. Außerdem wären sowohl das Preismoratorium als auch die Herstellerabschläge als Vorgriff auf das System wirtschaftlicher Erstattungsbeiträge eingeführt worden. Das hier angestrebte Einsparvolumen sei jedoch erst bei vollständiger Umsetzung zu erwarten und werde bislang nicht erreicht (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Zudem könnten die Vertragspartner in ihren Vereinbarungen zu den Erstattungsbeträgen eine Ablösung der gesetzlichen Herstellerabschläge vorsehen. Auch sehe das Gesetz Ausnahmeregelungen vor, die aber nur in geringer Zahl wahrgenommen worden seien; dies belege, dass die pharmazeutischen Unternehmer nicht überproportional belastet würden. Letztlich schätzten einerseits die Unternehmen ihre eigene wirtschaftliche Position positiv ein – gleichzeitig sei die gesamtwirtschaftliche Entwicklung aufgrund der Staatsschuldenkrise im Euroraum mit erheblichen konjunkturellen Risiken für die Beitragseinnahmen der GKV verbunden (Bundesministerium für Gesundheit 2013).

Ein vorzeitiger Wegfall von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag wird damit nicht umgesetzt. Vor dem Hintergrund der vom BMG geführten Argumentation werden jedoch Stimmen laut, die eine Verlängerung der beiden Maßnahmen über den 31. Dezember 2013 hinaus fordern.¹ In diesem Zusammenhang hat der Verband der forschenden Arzneimittelhersteller e. V. die Autoren mit einer Abschätzung der Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung bei Arzneimitteln in den Jahren 2014 und 2015 beauftragt. Dabei werden die Auswirkungen des Fortfalls der genannten gesetzlichen Regelungen ebenso berücksichtigt wie autonome Trends in Mengen-, Preis- und Strukturkomponente sowie frühere Erfahrungen mit dem Auslaufen entsprechender Maßnahmen.

Im ersten Hauptteil dieser gutachterlichen Stellungnahme wird daher zunächst (in Abschnitt 2.1) die Ausgabenentwicklung der GKV für verschreibungspflichtige Arzneimittel im Zeitraum 2009 bis zum Jahr 2013 nachvollzogen. Diese Gesamtausgabenentwicklung wird im Anschluss auf der Grundlage der zwei gängigen Verfahren nach Komponenten getrennt dargestellt. Aus den Entwicklungen der

¹ So hat etwa der GBA-Vorsitzende Hecken eine Verlängerung von Preismoratorium und erhöhtem Preisabschlag gefordert (Ärzte-Zeitung Online vom 03.07.2013) und angeregt, dafür auf die Bestandsmarktaufufe zu Nutzenbewertungen nach AMNOG zu verzichten. Von den Krankenkassen hat zuletzt etwa der Vorstandsvorsitzende der Kaufmännischen Krankenkasse in einem Interview mit der Tageszeitung Neues Deutschland vom 12. August 2013 dies gefordert („Kostenspirale steigt nach oben“, S. 9). Auch ein Sprecher des GKV-Spitzenverbands hat kürzlich vor einem Auslaufen des Zwangsrabatts gewarnt (Süddeutsche Zeitung vom 21. August 2013, S. 19). Bemerkenswert ist jedoch, dass der GKV-Spitzenverband in seinen Positionen zur Bundestagswahl eine entsprechende Forderung nicht stellt (GKV-Spitzenverband 2013).

Jahre 2009 bis 2013 sowie aus Erfahrungen mit Preismoratorien in der Vergangenheit wird dann (in Abschnitt 2.2) die Prognose der Ausgabenentwicklung für Arzneimittel in den Jahren 2014 und 2015 abgeleitet. Im zweiten Hauptteil wird (in Abschnitt 3) vor diesem Hintergrund dann die Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der GKV insgesamt im gleichen Zeitraum abgeschätzt. Ein Fazit schließt die gutachterliche Stellungnahme ab.

Hinzuweisen ist darauf, dass die hier vorgenommenen Schätzungen die gesamte gesetzliche Krankenversicherung, d.h. auch die landwirtschaftliche Krankenversicherung, umfassen. Die Schätzungen, die der sog. „Schätzerkreis“ (§ 220 Abs. 2 SGB V) vorlegt, beziehen sich hingegen nur auf die Krankenkassen, die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten, wozu die landwirtschaftlichen Krankenkassen nicht zählen.

2 Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel

Im ersten Teil dieses Abschnitts wird zunächst die Wirkung von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag auf die Ausgabenentwicklung der Arzneimittel dargestellt. Im Anschluss folgt die Abschätzung der Ausgabenentwicklung der Jahre 2014 und 2015.

2.1 Ausgabenentwicklung für Arzneimittel der Jahre 2009 bis 2013

Tabelle I zeigt die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung während der Laufzeit der Maßnahmen des GKV-ÄndG und im Referenzjahr 2009. Dabei werden die Gesamtausgaben für das Jahr 2013 auf der Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse für die ersten beiden Quartale auf das Gesamtjahr hochgerechnet.

Tabelle I: Ausgabenentwicklung für Arzneimittel in der GKV 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)

Jahr	Gesamtausgaben	Gesetzliche Rabatte Hersteller	Vertragliche Rabatte Hersteller	Summe Rabatte Hersteller
2009	30,0	0,9	0,8	1,8
2010	30,2	1,6	1,3	2,9
2011	28,9	2,5	1,7	4,2
2012	29,2	2,5	2,3	4,9
2013 ^a	29,5	2,6	2,6	5,2

^a Hochrechnung auf Basis der vorläufigen Rechnungsergebnisse KV 45.

Quelle: Bundesministerium für Gesundheit, endgültige Rechnungsergebnisse KJ I, verschiedene Jahre.

Die Zahlen in Tabelle I zeigen, dass das vom Gesetzgeber angestrebte Ziel der Ausgabenstabilisierung mit den Maßnahmen des GKV-ÄndG weitgehend erreicht werden konnte. Im Jahr 2011 – in dem erhöhter Herstellerabschlag und Preismoratorium erstmals vollständig wirksam waren – konnten die Arzneimittelausgaben im Vergleich zum Referenzjahr 2009 um rund 1,1 Mrd. Euro oder 3,7% gesenkt werden. Der in der Begründung zum GKV-ÄndG bezifferte Einspareffekt von rund 1,5 Mrd. Euro konnte relativ zielgenau erreicht werden; zumindest sind die gesetzlichen Rabatte für die Hersteller ziemlich genau in dieser Höhe im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr 2009 angestiegen. Dieser Einspareffekt berücksichtigt allerdings die mit dem AMNOG eingeführten Rabatte auch für Impfstoffe sowie solche Rabatte, die von den Unternehmen vorgenommene Preiserhöhungen kompensieren.

Wie nicht anders zu erwarten, sind die gesetzlichen Herstellerrabatte im Jahr 2012 nur noch marginal angestiegen; der Einspareffekt ist damit auf dem Niveau des Vorjahres geblieben. Auch 2013 ist er in

etwa auf dem Niveau von 2011 verblieben. Das ist bei den vertraglich vereinbarten Rabatten anders. Diese sind auch im Jahr 2012 noch einmal deutlich angestiegen und haben den Anstieg der Arzneimittelausgaben deutlich gebremst; so lagen die Arzneimittelausgaben in 2012 mit 29,2 Mrd. Euro rund 2,7% unter dem Niveau von 2009. Insgesamt ist damit zu rechnen, dass die nominale – nicht inflationsbereinigte – Summe der Arzneimittelausgaben für das Gesamtjahr 2013 noch immer rd. 500 Mio. unter den Ausgaben für das Jahr 2009 liegen wird. Wir gehen auf der Grundlage der vorläufigen Finanzergebnisse der ersten beiden Quartale 2013 davon aus, dass die Arzneimittelausgaben der GKV in 2013 rd. 29,5 Mrd. Euro betragen und damit rund 1% über dem Wert des Vorjahres, aber immer noch rd. 1,7% unter dem Niveau von 2009 liegen werden.

Die aggregierten Zahlen zur Entwicklung der Arzneimittelausgaben einschließlich der Herstellerrabatte geben ein gutes erstes Bild, lassen aber nur ein unvollständiges Urteil über die der Ausgabenentwicklung zugrunde liegenden Trends zu. Zu letzteren liegen Komponentenanalysen vor, die mit unterschiedlichen methodischen Ansätzen den Einfluss der verschiedenen Ausgabenkomponenten auf die Gesamtausgaben messen. Diese Komponentenanalysen werden regelmäßig vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (Arzneiverordnungsreport) und von IGES (Arzneimittelatlas) vorgelegt. Im Rahmen dieses Gutachtens erfolgt keine methodische Auseinandersetzung mit den Stärken bzw. Schwächen der beiden Ansätze (vgl. dazu etwa Häussler et al. 2007; Schröder et al. 2007). Es werden lediglich die Ergebnisse für den relevanten Zeitraum referiert und dann für die Ausgabenschätzung der Jahre 2014 und 2015 verwendet.

Der Arzneiverordnungsreport unterscheidet die drei Komponenten Preis, Menge und Struktur (vgl. Tabelle 2). Die Preiskomponente bezieht sich auf die Entwicklung des Bruttoumsatzes für Fertigarzneimittel ohne Berücksichtigung von gesetzlichen und vertraglichen Herstellerrabatten. Diese Betrachtung soll einen Blick auf die strukturellen Entwicklungen im Arzneimittelmarkt ermöglichen. Die Mengenkomponekte berücksichtigt die Zahl der Verordnungen. Neben der Zahl der Verordnungen trägt die Entwicklung des Wertes je Verordnung zur Veränderung des Umsatzes bei. Dieser Wert lässt sich in drei Komponenten zerlegen: Die Preiskomponente beschreibt die Veränderung der Preise für die auf dem Markt befindlichen Arzneimittel. Die Strukturkomponente beschreibt die Veränderung im Verordnungsspektrum; sie wird noch einmal unterteilt in den Inter- und den Intramedikamenteneffekt. Der Intermedikamenteneffekt soll den Wechsel zu neuen – in der Regel teureren – Präparaten erfassen. Der Intramedikamenteneffekt soll den durch die Verordnung von anderen Packungsgrößen und Dosierungen entstehenden Effekt abbilden. Als statistischer Korrekturfaktor wird schließlich die Warenkorbkomponente benötigt (Schröder et al. 2007), die in Tab. 2 zwar aufgeführt ist, die wir im weiteren Verlauf aber vernachlässigen, da sie im Regelfall nahe Null liegt.

Aus Tabelle 2 wird deutlich, dass das Wachstum der Umsätze – selbst ohne Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Rabatte – nach der Komponentenanalyse des AVR im Jahr 2011 im Vergleich zu den beiden Vorjahren drastisch zurückgegangen ist. Verantwortlich dafür sind ein Rückgang der Preiskomponente, eine Stagnation der Mengenkomponekte und ein im Vergleich zu den Vorjahren moderates Wachstum der Strukturkomponente.

Tabelle 2: Komponentenanalyse der Umsatzentwicklung 2009 bis 2012 nach Arzneiverordnungsreport

	2009	2010	2011	2012
Umsatz	6,8	4,3	0,0	2,4
Menge (Zahl der Verordnungen)	3,0	0,0	-0,1	1,3
Wert der Verordnung	3,7	4,3	0,1	1,1
Preise	0,4	0,0	-2,2	-1,3
Warenkorbbkomponente	0,0	0,1	0,1	0,1
Struktur	3,2	4,2	2,4	2,3
davon:				
Intermedikamenteneffekt	0,5	2,3	0,3	0,7
Intramedikamenteneffekt	2,7	1,9	2,1	1,6

Alle Zahlen Veränderungsdaten zum Vorjahr in Prozent.

Quelle: Arzneiverordnungsreport, verschiedene Jahre

Der Rückgang der Preiskomponente im Nicht-Festbetragsmarkt dürfte maßgeblich durch das Preismoratorium beeinflusst worden sein (vgl. Tabelle 3). Die Entwicklung der Mengen- und der Strukturkomponente dürfte jedoch eher als autonomer Trend – unabhängig von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerabschlag – anzusehen sein.

Tabelle 3: Preisentwicklung Festbetragsmarkt und Nicht-Festbetragsmarkt 2009-2012

	2009	2010	2011	2012	2013 ^a
Festbetragsmarkt	-2,7	-3,1	-3,9	-1,5	-1,5
Nicht-Festbetragsmarkt	3,0	2,2	-1,2	-1,2	0,1
Gesamtmarkt	0,4	-1,0	-2,4	-1,3	-0,6

^a bis Juli 2013

Alle Zahlen Veränderungsdaten zum Vorjahr in Prozent

Quelle: GKV-Arzneimittelindex des Wissenschaftlichen Instituts der AOK

Die Komponentenzerlegung des Arzneimittelatlas folgt im Grundsatz ebenfalls der Logik von Preis-, Mengen- und Strukturkomponente. Allerdings wird hier die Entwicklung der Komponenten nicht prozentual sondern in absoluten Veränderungsbeträgen ausgewiesen. Im Unterschied zum Arzneiverordnungsreport berücksichtigt die Preiskomponente des Arzneimittelatlas zudem die gesetzlichen und vertraglichen Herstellerrabatte und basiert damit auf den Erstattungspreisen. Die Mengen- bzw. Verbrauchskomponente misst zudem nicht die Anzahl bzw. den Wert der Verordnungen, sondern die Menge der verordneten Tagesdosen (gemessen mit dem Konzept der Defined Daily Dose, DDDs). Am weitreichendsten sind die Unterschiede beim Ausweis der Strukturkomponente. Hier unterscheidet der Arzneimittelatlas zwischen einer Innovationskomponente, technischen Einsparungen und anbieterbezogenen Einsparungen. Die Innovationskomponente wird noch einmal in Therapieansatz und Analog-Wettbewerb unterschieden. Technische Einsparungen beziehen sich auf Darreichungsform, Wirkstärke, Packungsgröße und Parallelimporte. Anbieterbezogene Einsparungen können durch Patentabläufe sowie die Verschiebung der Anbieteranteile beim Einsatz von Generika entstehen.

Bei der Betrachtung der Ergebnisse der Komponentenanalyse (vgl. Tabelle 4) manifestieren sich die methodischen Unterschiede im Vergleich zum Arzneiverordnungsreport. Die Mengen- bzw. Verbrauchskomponente ist im Wachstum vergleichsweise konstant – mit einer leichten Tendenz zu einer Wachstumsverlangsamung. Bei der Betrachtung der Preiskomponente zeigt sich klar der Anstieg der gesetzlichen und vertraglichen Herstellerrabatte in den Jahren 2010 bis 2012. Die Strukturkomponente wird in der Betrachtungsweise des Arzneimittelatlas in den Jahren 2011 und 2012 negativ und trägt damit zu einer Dämpfung der Ausgaben bei.

Tabelle 4: Komponentenanalyse der Umsatzentwicklung 2009 bis 2012 nach Arzneimittelatlas

	2009	2010	2011	2012
Menge (Verbrauch)	965	866	918	728
Preis	406	-952	-1879	-459
Struktur	63	49	-203	-330
davon:				
Innovation	401	497	462	683
Technische und anbieterbezogene Einsparungen	-338	-448	-665	-1013
Summe	1434	-37	-1164	-61

Alle Zahlen Veränderungen in Mio. Euro im Vergleich zum Vorjahr

Quelle: Arzneimittelatlas, verschiedene Jahre

Ähnlich wie beim Arzneiverordnungsreport ist davon auszugehen, dass sowohl Mengen- als auch Strukturkomponente als autonomer Trend anzusehen sind, während die Entwicklung der Preiskomponente überwiegend durch die Maßnahmen des GKV-ÄndG beeinflusst ist. Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass in die Preiskomponente des Arzneimittelatlas auch vertragliche Rabatte einfließen.

2.2 Ausgabenschätzung für Arzneimittel für die Jahre 2014 und 2015

Für die Ausgabenschätzung der Jahre 2014 und 2015 werden als Ausgangsbasis die für das Jahr 2013 hochgerechneten Arzneimittelausgaben in Höhe von 29,5 Mrd. Euro zugrunde gelegt (vgl. Tabelle I). Für die Abschätzung der Ausgabenentwicklung in den beiden Folgejahren müssen sowohl der Effekt des Wegfalls des Preismoratoriums und der erhöhten gesetzlichen Herstellerrabatte als auch die autonome Entwicklung der Mengen- bzw. der Strukturkomponente berücksichtigt werden.

Bei der Entwicklung der Preiskomponente sind die Effekte des Wegfalls des Preismoratoriums für den Nicht-Festbetragsmarkt und die Reduzierung des gesetzlichen Herstellerrabatts wieder auf sechs Prozent getrennt voneinander zu betrachten. Letztendlich hängt die Preisentwicklung im Nicht-Festbetragsmarkt primär vom Verhalten der Hersteller ab. In der Vergangenheit waren die auf ein Preismoratorium folgenden Preiserhöhungen vergleichsweise moderat. So hatte der Gesetzgeber im Gesundheitsstrukturgesetz für die Jahre 1993 und 1994 ein Preismoratorium implementiert. Im folgenden Jahr 1995 stiegen die Preise im Nichtfestbetragsmarkt im Vergleich zum Vorjahr um 2,3 Prozent, im Jahr 1996 stiegen die Preise um weitere 1,9 Prozent. Eine ganz ähnliche Entwicklung nahmen die Preise im Anschluss an das Preismoratorium, das der Gesetzgeber im Beitragssatzsicherungsge-

setz für die Jahre 2003 und 2004 beschlossen hatte. Im Jahr 2005 stiegen die Preise um 2,3 Prozent, im Folgejahr stiegen die Preise um weitere 1,8 Prozent.

Diese Erfahrungen lassen sich nach Ansicht der Gutachter für die Abschätzung der Preisentwicklung im Nicht-Festbetragsmarkt für die Jahre 2014 und 2015 übernehmen. Allerdings dauerte das Preis-moratorium des GKV-ÄndG länger als in den beiden Präzedenzfällen. Daher gehen wir von einem geschätzten Preisanstieg im Nicht-Festbetragsmarkt von 3,0 Prozent im Jahr 2014 und von 2,5 Prozent im Jahr 2015 aus. Außerdem gehen wir von einem weiterhin moderaten Preisrückgang von jeweils 1,5 Prozent im Festbetragsmarkt aus. Bei einem Umsatzanteil des Festbetragsmarktes von rund 40% ergibt sich in diesem Modellrahmen damit ein Preisanstieg von 1,2 Prozent in 2014 und 0,9 Prozent in 2015.

Durch die Rückführung des gesetzlichen Herstellerrabatts auf sechs Prozent werden sich nach Schätzung der Gutachter die gesetzlichen Rabatte grundsätzlich auf das Niveau von 2009 zurückbilden, wobei die inzwischen eingetretenen Mengen- und Struktureffekte zu berücksichtigen sind. Zu berücksichtigen ist auch, dass die ab 2011 wirksame Rabattregelung für die Impfstoffe unverändert bleibt. Auch entfällt die durch eine Erhöhung des Rabatts bislang vorgenommene Neutralisierung von Preis-erhöhungen während der Laufzeit des Preis-moratoriums, die sich auf rd. 200 Mio. Euro beläuft. Insgesamt gehen wir daher davon aus, dass die Ablösung des Rabattes für die GKV insgesamt im Jahr 2014 einen einmalig auftretenden, basisrelevanten Niveaueffekt von etwa 1,3 Mrd. Euro auslösen wird. Dieser Ausgabenanstieg wird von vertraglich vereinbarten Rabatten nicht vollständig kompensiert werden können. Hier gehen wir davon aus, dass grundsätzlich die vertraglich vereinbarten Rabatte konstant auf dem vergleichsweise hohen Niveau des Jahres 2013 verbleiben. Allerdings sind hier mögliche Abschläge von den Listenpreisen als Konsequenz der frühen Nutzenbewertung des Bestandsmarktes hinzuzurechnen. Die aufgerufenen Arzneimittelgruppen haben nach Aussagen des Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses bis zum Auslaufen des Unterlagenschutzes einen Gesamtumsatz von 5 Mrd. Euro. Bei einer durchschnittlichen Laufzeit von fünf Jahren und einem angenommen durchschnittlichen Rabatt von 25 Prozent ergibt sich ein jährlicher Rabatt von 250 Mio. Euro. Für das Jahr 2014 ergibt sich ein deutlich niedrigerer angenommener Rabatt, weil die Erstattungsbeträge frühestens am 15. Oktober 2014 Gültigkeit erlangen könnten. Für 2014 wird daher ein daraus resultierender zusätzlicher vertraglich vereinbarter Rabatt von 50 Mio. Euro angenommen, während in 2015 der volle Effekt in Höhe von 250 Mio. Euro Berücksichtigung findet.

Für die Entwicklung der Mengenkomponekte (AVR) bzw. Verbrauchskomponente (Arzneimittelatlas) wird für die Prognose der Mittelwert für die Jahre 2009 – dem Jahr vor Einführung der Maßnahmen des GKV-ÄndG – bis zum letzten verfügbaren Jahr 2012 angenommen. Aus den Daten des Arznei-

mittelreports ergibt sich damit ein Ausgabenanstieg von gerundet 1,0 Prozent pro Jahr. Auf Basis der Daten des Arzneimittelatlas würden die Ausgaben als Folge der Verbrauchssteigerung um 870 Mio. Euro p.a. wachsen.

Auf ähnliche Art und Weise wird der Trend der Strukturkomponente fortgeschrieben, für die wir mit den Zahlen des AVR ein Wachstum von rd. 2,5% p.a. annehmen; dies basiert auf der Beobachtung, dass die Veränderungsrate des Intramedikamenteneffektes kontinuierlich rückläufig ist, während für den Intermedikamenteneffekt kein Trend erkennbar ist, so dass wir davon ausgehen, dass dieser sich auf dem Durchschnittswert von 2009 bis 2012 einpendeln wird. Auf der Basis des Arzneimittelatlas entstände bei der Strukturkomponente ein Umsatzrückgang von 105 Mio. Euro pro Jahr.

Auf der Basis der obengenannten Ausführungen ergibt sich das folgende Schätztableau (Tabelle 5) für das Wachstum der einzelnen Komponenten der Arzneimittelausgaben in den Jahren 2014 und 2015.

Tabelle 5: Schätztableau für das Wachstum der Komponenten der Arzneimittelausgaben in der GKV für die Jahre 2014 und 2015

	2014	2015
Preise Festbetragsmarkt	-1,5%	-1,5%
Preise Nicht-Festbetragsmarkt	+3,0%	+2,5%
Preise insgesamt	+1,2%	+0,9%
Gesetzliche Rabatte	+1,3 Mrd. €	Konstant
Vertragliche Rabatte	- 50 Mio. €	- 250 Mio. €
Mengenkomponente	+1,0% (AVR) +870 Mio. € (Atlas)	+1,0% (AVR) +870 Mio. € (Atlas)
Strukturkomponente	+2,5% (AVR) -105 Mio. € (Atlas)	+2,5% (AVR) -105 Mio. € (Atlas)

Quelle: Eigene Schätzung

Die folgende Tabelle 6 weist basierend auf den Einzelkomponenten der Tabelle 5 den Gesamteffekt für die beiden Jahre aus. Danach ist bei der Fortschreibung der Komponentenanalyse des AVR für 2014 gegenüber 2013 mit einem Wachstum der Arzneimittelausgaben von rd. 9,0% zu rechnen, so dass das Ausgabenniveau bei rd. 32,1 Mrd. Euro liegen würde. Für 2015 ergibt sich nach diesem Ansatz eine Erhöhung gegenüber 2014 von rd. 3,7% mit einem Ausgabenniveau von rd. 33,3 Mrd. Euro. Demgegenüber ist auf Basis des Arzneimittelatlas für 2014 mit einem Wachstum gegenüber 2013 von rd. 8,1% zu rechnen und es wird ein Ausgabenvolumen von rd. 31,9 Mrd. Euro erreicht. Für 2015 ist

auf Basis des Arzneimittelatlas ein Anstieg gegenüber 2014 von rd. 2,5% zu erwarten, so dass das Ausgabenvolumen dann bei rd. 32,7 Mrd. Euro liegen würde.

Tabelle 6: Gesamteffekt des Wachstums der Arzneimittelausgaben 2014 und 2015

	2014	2015
Ausgabenniveau AVR (in Mrd. €)	32,1	33,3
<i>in % gegenüber Vorjahr</i>	9,0%	3,7%
Ausgabenniveau Atlas (in Mrd. €)	31,9	32,7
<i>in % gegenüber Vorjahr</i>	8,1%	2,5%

Quelle: Eigene Schätzung

3 Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt

Um die quantitativen Wirkungen der Aufhebung von erhöhtem gesetzlichen Rabatt und Preismoratorium von Arzneimitteln einordnen zu können, erscheint es sinnvoll, das Umfeld in der GKV zu betrachten. Daher skizziert Abschnitt 3.1 analog zu Abschnitt 2.1 zunächst die Einnahmen- und Ausgabenentwicklung in der GKV insgesamt in den Jahren 2009 bis 2013, wobei 2013 bereits prognostische Elemente beinhaltet; Abschnitt 3.2 prognostiziert die Entwicklung für die Jahre 2014 und 2015.

3.1 Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der GKV insgesamt in den Jahren 2009 bis 2013

Die folgende Tabelle 7 stellt die Ausgabenentwicklung in der GKV in den Jahren 2009 bis 2013 dar. Für die Jahre 2009 bis 2012 beruhen die Ergebnisse auf der vom BMG veröffentlichten Jahresrechnung KJ1. Für das Jahr 2013 sind die Trends aus 2009 bis 2012 sowie des ersten Halbjahrs 2013 (anhand der unterjährigen Statistik KV45) fortgeschrieben und um aktuelle Entwicklungen ergänzt worden. Hierunter ist insbesondere das Finanzpaket für die Krankenhäuser zu rechnen, das im August 2013 in Kraft getreten ist. Auch ist der Fortfall der Praxisgebühr zum Jahresbeginn 2013 in Arzt- und Zahnarztpraxen einberechnet.

In der ambulanten ärztlichen Behandlung weist die KJ-Statistik für die Jahre 2009 bis 2012 einen jährlichen Zuwachs von 3,6% auf. Dabei wirkt sich allerdings die gesetzliche Begrenzung der Honorarzuwächse für 2011 und 2012 durch das GKV-Finanzstärkungsgesetz aus. Nach dem Vorliegen der meisten Honorarabschlüsse zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen (die teilweise erst im 3. oder 4. Quartal rückwirkend wirksam werden und sich daher bislang nur teilweise in den unterjährigen Finanzergebnissen der GKV widerspiegeln), gehen wir von einem Anstieg der Ausgaben für diesen Bereich in 2013 gegenüber 2012 um 4,5% aus. Dabei ist der Sondereffekt als Konsequenz der Abschaffung der Praxisgebühr allerdings noch nicht berücksichtigt. Dieser wird etwa 1,6 Mrd. Euro ausmachen.² Insgesamt werden die Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung daher in 2013 rd. 31,7 Mrd. Euro betragen.

Bei zahnärztlicher Behandlung ohne Zahnersatz gehen wir aufgrund der verfügbaren Informationen zu den Honorarabschlüssen davon aus, dass ohne den Sondereffekt des Fortfalls der Praxisgebühr das Wachstum der Ausgaben etwas oberhalb des Durchschnitts der Jahre 2009 bis 2012 von 1,9% – der ebenfalls durch die Kostendämpfungsmaßnahmen für 2011 und 2012 geprägt ist – liegen wird. Wir

² Vgl. BT-Drucksache 17/11396.

gehen daher von einem geschätzten Anstieg von 2,5% aus. Hinzu kommt auch hier der Sondereffekt durch den Wegfall der Praxisgebühr, der die Krankenkassen in diesem Bereich mit etwa 390 Mio. Euro belasten wird.³ Insgesamt gehen wir für 2013 daher von Ausgaben in diesem Bereich in Höhe von rd. 9,3 Mrd. Euro aus. Für Zahnersatz gehen wir von einer Fortschreibung der durchschnittlichen Veränderungsrate von 2009 nach 2012 von 0,6% p.a. und damit von Ausgaben für 2013 in Höhe von rd. 3,1 Mrd. Euro aus.

Im Krankenhausbereich betrug das durchschnittliche jährliche Wachstum von 2009 bis 2012 3,3%. Auch diese Entwicklung ist allerdings durch die Kostendämpfungsregelungen des GKV-Finanzstärkungsgesetzes geprägt. Wir gehen davon aus, dass der „autonome“ Trend bei 3,6% liegt und auch für die Veränderung von 2012 nach 2013 fort gilt. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass infolge des Finanzhilfepakets für die Krankenhäuser mit seinen unterschiedlichen Maßnahmen in 2013 ein Mehrbetrag von mindestens 500 Mio. Euro anfallen wird.⁴ Wir schätzen die Krankenhausaussgaben in 2013 daher insgesamt auf rd. 64,4 Mrd. Euro.

Die Heil- und Hilfsmittel weisen regelmäßig eine deutlich überdurchschnittliche Wachstumsrate auf, die sich zudem in den letzten Jahren weiter beschleunigt hat. Wir gehen davon aus, dass die durchschnittliche jährliche Veränderungsrate von 2009 nach 2012 (6,2% p.a.) auch für das Jahr 2013 relevant sein wird. Somit werden in diesem Bereich für 2013 Ausgaben der GKV von rd. 12,2 Mrd. Euro zu verbuchen sein.

Das Krankengeld weist mit 8,1% p.a. im Beobachtungszeitraum ebenfalls ein deutlich überdurchschnittliches Wachstum aus und wir gehen davon aus, dass dies sich in 2013 entsprechend fortsetzen wird, so dass wir die Ausgaben bei rd. 9,9 Mrd. Euro sehen. Auch für den Block der von uns nicht näher differenzierten sonstigen Leistungsausgaben (0,9% p.a.) und die Netto-Verwaltungsausgaben der Krankenkassen (2,8% p.a.) halten wir eine Fortschreibung des Trends von 2009 nach 2012 für sachgerecht und sehen diese Bereiche im Jahr 2013 bei 22,8 Mrd. bzw. 9,9 Mrd. Euro.

³ Vgl. ebenda.

⁴ Vgl. BT- Drucksache 17/13947.

Tabelle 7: Ausgabenentwicklung der GKV (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)

	2009	2010	2011	2012	2013
Ambulante ärztliche Behandlung	25,9	27,1	28,3	28,8	31,7
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	8,2	8,3	8,5	8,7	9,3
Zahnersatz	3,0	3,1	3,2	3,1	3,1
Krankenhaus	56,0	58,4	60,2	61,7	64,4
Arzneimittel	30,0	30,2	28,9	29,2	29,5
Heil- und Hilfsmittel	9,6	10,0	10,6	11,5	12,2
Krankengeld	7,3	7,8	8,5	9,2	9,9
Übrige Ausgaben	22,0	21,6	22,0	22,6	22,8
Netto-Verwaltungskosten	8,9	9,5	9,4	9,7	9,9
Summe der Ausgaben	170,8	176,0	179,6	184,2	192,7
<i>in v.H. ggn. dem Vorjahr</i>		3,1%	2,1%	2,6%	4,8%
<i>nachrichtlich: Summe ohne Arzneimittel</i>	140,8	145,8	150,7	155,1	163,2
<i>nachrichtlich: i.v.H. ggn. dem Vorjahr ohne Arzneimittel</i>		3,6%	3,4%	2,9%	5,3%

Quelle: BMJ, Jahresrechnungen KJI der GKV, verschiedene Jahrgänge; Finanzergebnisse KV45 1.-2. Quartal 2013; sowie eigene Berechnungen

Auf die Gesamtausgaben der GKV bezogen, ergibt sich damit folgendes Bild: Betragen diese im Jahr 2009 noch 170,8 Mrd. Euro, wird dieser Wert 2013 bei rd. 192,7 Mrd. Euro liegen. Für den Zeitraum von 2009 nach 2013 bedeutet dies eine durchschnittliche jährliche Wachstumsrate von 3,1%. Werden die Arzneimittel aus der Betrachtung ausgeblendet, beträgt die durchschnittliche jährliche Wachstumsrate der Ausgaben im gleichen Zeitraum 3,8%.

Der Ausgabenentwicklung soll im Folgenden die Einnahmenentwicklung gegenübergestellt werden. Seit 2009 ist hierbei zwischen der Ebene des Gesundheitsfonds und der Ebene der Krankenkassen zu unterscheiden. Der Gesundheitsfonds wird wesentlich durch die einkommensabhängigen Beiträge gespeist, die von den Arbeitgebern, Sozialleistungsträgern und Mitgliedern entrichtet werden; die diesen zugrunde liegenden beitragspflichtigen Einnahmen sind von 2009 bis 2012 im Durchschnitt um knapp 2,7% p.a. gestiegen; wir gehen wie der Schätzerkreis davon aus, dass dieser Wert auch für die Veränderung von 2012 nach 2013 gelten wird. Geht man davon aus, dass die Einnahmen des Gesundheitsfonds aus Beiträgen aus geringfügiger Beschäftigung stabil bei rd. 2,8 Mrd. Euro bleiben werden, sind Beitragseinnahmen des Gesundheitsfonds von rd. 179,8 Mrd. Euro für 2013 zu erwarten. Der für 2013 abgesenkte Bundeszuschuss an den Gesundheitsfonds beläuft sich auf 11,5 Mrd. Euro. Insgesamt sind in 2013 damit Einnahmen des Gesundheitsfonds von rd. 191,5 Mrd. Euro zu erwarten (vgl. Tabelle 8).

Der Gesundheitsfonds wird (so auch die Prognose des Schätzerkreises) aufgrund der Festlegungen für das Jahr 2013 rd. 192,2 Mrd. Euro Zuweisungen an die Krankenkassen ausschütten; darin sind 1,98 Mrd. Euro enthalten, um die die Zuweisungen wegen des Fortfalls der Praxisgebühr und der daraus resultierenden Mindereinnahmen der Krankenkassen angehoben wurden. Dies bedeutet einen Anstieg der Zuweisungen gegenüber 2012 von 2,6%. Dieser Wert liegt unterhalb des Durchschnitts von 2009 bis 2012 (3,5% p.a.), wobei dieser Wert allerdings durch die Anhebung des Beitragssatzes zum 1.1.2011 und die Weiterleitung der daraus resultierenden Beitragseinnahmen in Form von erhöhten Zuweisungen geprägt ist.

Neben den Zuweisungen haben die Krankenkassen in den Jahren 2009 bis 2012 weitere Einnahmen von rd. 3-5 Mrd. Euro erzielt. Darunter kommt den Beitragseinnahmen, die die (nicht am Gesundheitsfonds teilnehmenden) Landwirtschaftlichen Krankenkassen erzielten, besonderes Gewicht bei. In den Jahren 2010 und 2011 haben zudem Krankenkassen Zusatzbeiträge im Umfang von jeweils rd. 0,7 Mrd. Euro erhoben. Die Einnahmen jenseits der Zuweisungen schätzen wir in der Summe für 2013 auf rd. 3,7 Mrd. Euro ein, so dass sich die gesamten Einnahmen der Krankenkassen auf rd. 195,5 Mrd. Euro belaufen werden. Dabei sind 2013 von den Krankenkassen keine Zusatzbeiträge erhoben worden. Umgekehrt werden eine Reihe von Krankenkassen allerdings Prämienausschüttungen vorgenommen haben, die sich auf rd. 0,4 Mrd. Euro belaufen werden und die wir in Tabelle 8 als negative Zusatzbeiträge berücksichtigt haben.

Tabelle 8: Einnahmenentwicklung der GKV (incl. Landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)

	2009	2010	2011	2012	2013
Grundlohnsumme (AKV + KVdR)	1.028,1	1.048,8	1.073,3	1.112,3	1.142,0
Einnahmen des Gesundheitsfonds	164,7	173,1	184,0	188,5	191,5
darunter:					
aus Beiträgen	157,5	157,5	168,7	174,3	179,8
Bundeszuschuss an Gesundheitsfonds	7,1	15,5	15,1	14,0	11,5
sonstige Einnahmen	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2
Einnahmen der Krankenkassen (incl. LKK)	172,2	175,6	183,8	189,7	195,5
darunter:					
Zuweisungen des Gesundheitsfonds	167,1	170,3	178,7	185,4	192,2
Beiträge ohne Zusatzbeiträge	1,2	1,7	1,8	1,2	1,2
sonstige Einnahmen ohne Zusatzbeiträge	3,9	2,9	2,6	2,9	2,5
Zusatzbeiträge	-	0,7	0,7	0,2	-0,4

Quelle: 2009 bis 2012: BMG Finanzstatistik KJ1 sowie Mitteilungen des Schätzerkreises; 2013 ergänzt um eigene Berechnungen

Aus der Gegenüberstellung von Einnahmen und Ausgaben lässt sich der finanzielle Saldo der GKV für die Jahre 2009 bis 2013 darstellen (vgl. Tabelle 9). Wir gehen davon aus, dass der Gesundheitsfonds im Jahr 2013 geringfügig höhere Zuweisungen an die Krankenkassen leistet als er Einnahmen erzielt. Sein Nettoreinvermögen wird daher am Ende des Jahres bei rd. 10,0 Mrd. Euro liegen, und damit um 6,8 Mrd. höher als die gesetzlich geforderte Mindestreserve, die sich auf 3,2 Mrd. Euro beläuft. Wird berücksichtigt, dass dem Gesundheitsfonds faktisch auch die 2,4 Mrd. Euro „Starthilfe“ des Bundes aus dem Jahr 2009 zur Verfügung stehen, beträgt das modifizierte Nettoreinvermögen sogar 12,4 Mrd. Euro.

Auf Ebene der Krankenkassen werden die erheblichen finanziellen Überschüsse, die die Krankenkassen in 2011 und 2012 jeweils mit 4,2 Mrd. Euro bzw. 5,5 Mrd. Euro erzielt haben, in 2013 deutlich zurückgehen. Sie bleiben unserer Schätzung nach aber immer noch auf einem Niveau von rd. 2,7 Mrd. Euro. Damit würden die Rücklagen der Krankenkassen noch einmal anwachsen und Ende 2013 rd. 17,6 Mrd. Euro betragen. Auf den Rückgang der Überschüsse deuten auch die Werte der finanziellen Halbjahresrechnung hin, die für das erste Halbjahr einen Überschuss von rd. 1,2 Mrd. Euro ausweisen.

Tabelle 9: Finanzieller Saldo des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) in den Jahren 2009 bis 2013 (in Mrd. EURO)

	2009	2010	2011	2012	2013
Finanzieller Saldo des Gesundheitsfonds					
Einnahmen des Gesundheitsfonds	164,7	173,1	184,0	188,5	191,5
Zuweisungen an die Krankenkassen	167,1	170,3	178,7	185,4	192,2
Saldo	-2,40	2,8	5,3	3,1	-0,70
nachrichtlich: Nettovermögen des Fonds	-2,40	0,4	7,1	10,7	10,0
nachrichtlich: Nettovermögen d. Fonds o. Startdefizit	-	2,8	9,5	13,1	12,4
Finanzieller Saldo der Krankenkassen					
Einnahmen der Krankenkassen	172,2	175,6	183,8	189,7	195,5
Ausgaben der Krankenkassen	170,8	176,0	179,6	184,2	192,7
Saldo	1,4	-0,39	4,2	5,5	2,8
nachrichtlich: Rücklagen der Krankenkassen	10,1	9,7	9,3	14,8	17,6

Quelle: BMG Finanzstatistik KJI; Veröffentlichungen des Schätzerkreises; Kommunikation mit dem Bundesversicherungsamt sowie eigene Berechnungen

3.2 Einnahmen- und Ausgabenschätzung der GKV insgesamt für die Jahre 2014 und 2015

In diesem Abschnitt wird eine Prognose der Ausgaben und der Einnahmen sowie des Saldos der gesetzlichen Krankenkassen für die Jahre 2014 und 2015 unternommen. Solche Prognosen sind selbstredend mit erheblichen Unsicherheiten verbunden, weil neben längerfristigen Trends immer auch singuläre Ereignisse, darunter insbesondere politische Maßnahmen (Gesundheitsreformen) wirksam werden können. Aus den Erfahrungen der vergangenen 30 Jahre kann gemutmaßt werden, dass in der ersten Hälfte der 18. Wahlperiode des Bundestages gesetzliche Maßnahmen durchgeführt werden, die einen Effekt auf die finanzielle Entwicklung in 2015, ggfs. im Wege von „Vorschaltmaßnahmen“ auch bereits für 2014, haben werden. Im Folgenden werden solche neuen gesetzlichen Eingriffe nicht antizipiert. Wohl aber werden die bereits beschlossenen Maßnahmen, insbesondere zur finanziellen Unterstützung der Krankenhäuser, berücksichtigt.

Nach dem starken Einmaleffekt in 2013 durch den Fortfall der Praxisgebühr wird sich unserer Einschätzung nach die Ausgabenentwicklung in der ambulanten ärztlichen Behandlung gegenüber dem Vorjahr in 2014 wieder deutlich verlangsamen und dies wird sich 2015 entsprechend fortsetzen. Wir gehen davon aus, dass für beide Jahre die Veränderungsrate gegenüber jeweils dem Vorjahr entsprechend dem Durchschnitt von 2009 bis 2012 bei 3,6% liegen wird; damit betragen die Ausgaben für diesen Bereich in 2014 rd. 32,8 Mrd. Euro und in 2015 rd. 34,0 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 10).

Für zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz gehen wir davon aus, dass sich die Wachstumsrate gegenüber der Veränderung von 2012 nach 2013 (wo zum ersten Mal die Regelungen des GKV-VStG Anwendung fanden und zudem der Sondereffekt des Fortfalls der Praxisgebühr wirkte) deutlich abschwächen wird; wir gehen für beide Jahre von einem Zuwachs von jeweils 2,2% aus, resultierend in rd. 9,5 Mrd. Euro GKV-Ausgaben in 2014 und 9,7 Mrd. Euro in 2015. Für den Zahnersatz geht unsere Prognose davon aus, dass die bereits zuvor angewandte Rate von 0,6% Ausgabenwachstum pro Jahr auch für 2014 und 2015 Anwendung findet und somit die Ausgaben der Krankenkassen in beiden Jahren bei rd. 3,1 Mrd. Euro verharren werden.

Hinsichtlich der stationären Ausgaben ist zu berücksichtigen, dass das Maßnahmenpaket zur Unterstützung der Krankenhäuser in seinen unterschiedlichen Facetten in 2014 erst seine volle Anwendung findet und mit 1,5 Prozentpunkten zusätzlichem Ausgabenwachstum als Sonderfaktor anzusetzen ist. Wir gehen daher für den Übergang von 2013 nach 2014 von einem Wachstum der Ausgaben der Krankenkassen in diesem Bereich von 4,8% aus. Für den Übergang nach 2015 vermuten wir ein deutliches Abflachen der Zuwachsrate auf 3,3 Prozentpunkte. Damit werden die Krankenkassen 2014 rd. 67,5 Mrd. Euro und 2015 rd. 69,7 Mrd. Euro für Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten ausgeben.

Für Arzneimittel hatten wir in Tabelle 6 für zwei konzeptionelle Rahmen (AVR, ATLAS) jeweils Gesamtausgabeneffekte für 2014 und 2015 abgeleitet. Für Heil- und Hilfsmittel, Krankengeld, die übrigen Ausgaben und die Netto-Verwaltungskosten gehen wir davon aus, dass die abgeleiteten Wachstumsraten von 2012 nach 2013 jeweils auch für die Übergänge nach 2014 bzw. 2015 Anwendung finden. Insgesamt zeigt Tabelle 10 die einzelnen Werte und weist zudem die prognostizierten GKV-Gesamtausgaben aus. Diese werden nach diesen Berechnungen in 2014 zwischen 201,6 Mrd. Euro und 201,8 Mrd. Euro liegen, was gegenüber 2013 ein Wachstum von zwischen 4,6 und 4,7% bedeutet. In 2015 werden die GKV-Ausgaben zwischen 208,2 Mrd. Euro und 208,8 Mrd. Euro liegen, was – nach Auslaufen der Stützungsmaßnahmen für die Krankenhäuser und dem Einmaleffekt durch den Fortfall des erhöhten gesetzlichen Rabatts für die Arzneimittel – einem Zuwachs zwischen 3,3% und 3,5% gegenüber dem Vorjahr bedeutet.

Tabelle 10: Prognose der GKV-Ausgaben (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) für die Jahre 2014 und 2015

	2014	2015
Ambulante ärztliche Behandlung	32,8	34,0
Zahnärztliche Behandlung ohne Zahnersatz	9,5	9,7
Zahnersatz	3,1	3,1
Krankenhaus	67,5	69,7
Arzneimittel (aus Basis AVR)	32,1	33,3
Arzneimittel (auf Basis ATLAS)	31,9	32,7
Heil- und Hilfsmittel	12,9	13,7
Krankengeld	10,7	11,6
Übrige Ausgaben	23,0	23,2
Netto-Verwaltungskosten	10,2	10,5
Summe der Ausgaben (auf Basis AVR)	201,8	208,8
Summe der Ausgaben (auf Basis ATLAS)	201,6	208,2

Quelle: Eigene Berechnungen

In Bezug auf die Einnahmenseite geht das Institut für Weltwirtschaft Kiel davon aus, dass die Summe der beitragspflichtigen Einnahmen der GKV von 2013 nach 2014 um 2,8% wachsen wird (Boss 2013). Wir gehen davon aus, dass sich dieses Wachstum für den Übergang von 2014 nach 2015 etwas abschwächen und bei 2,0% liegen wird. Wie Tabelle 11 zeigt, erzielt der Gesundheitsfonds unter dieser Annahme 2014 Beitragseinnahmen in Höhe von 184,8 Mrd. Euro und 2015 in Höhe von 188,5 Mrd. Euro. Wir gehen weiterhin davon aus, dass entsprechend der aktuellen politischen (gesetzlich noch nicht normierten) Beschlusslage in 2014 nur ein gekürzter Bundeszuschuss in Höhe von 12 Mrd. Euro zur Verfügung steht, und der Gesetzgeber hieran auch für 2015 festhalten wird. Entsprechend liegen die dem Gesundheitsfonds insgesamt zufließenden Einnahmen 2014 bei 196,9 Mrd. Euro und 2015 bei 200,7 Mrd. Euro.

Auf der Ebene der Krankenkassen (einschl. der landwirtschaftlichen Krankenversicherung) gehen wir davon aus, dass diese jenseits der Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in 2014 und 2015 jeweils 4,4 Mrd. Euro an Einnahmen erzielen werden. Dabei gehen wir davon aus, dass 2014 die Höhe der Prämienausschüttungen die eventuell vereinzelt Zusatzbeiträge um 0,2 Mrd. Euro übertreffen und 2015 die in geringem Umfang noch anfallenden Prämienausschüttungen und die ebenfalls in geringem Umfang anfallenden Zusatzbeiträge sich ausgleichen werden. Die Zuweisungen des Gesundheitsfonds können 2014 mit 197,6 Mrd. Euro und 2015 mit 204,4 Mrd. Euro in einer Höhe zugewiesen werden, mit der die Krankenkassen insgesamt in 2014 Einnahmen von 201,8 Mrd. Euro und 2015 in Höhe von 208,8 Mrd. Euro erzielen, die zur Deckung ihrer Ausgaben ausreichen.

Tabelle II: Prognose der Einnahmenentwicklung der GKV (incl. Landwirtschaftliche Krankenversicherung) für die Jahre 2014 und 2015 (in Mrd. EURO)

	2014	2015
Grundlohnsumme (AKV + KVdR)	1.174,0	1.206,8
Einnahmen des Gesundheitsfonds	196,9	200,7
darunter:		
aus Beiträgen	184,8	188,5
Bundeszuschuss an Gesundheitsfonds	12,0	12,0
sonstige Einnahmen	0,1	0,2
Einnahmen der Krankenkassen (incl. LKK)	201,8	208,8
darunter:		
aus Zuweisungen des Gesundheitsfonds	197,6	204,4
aus Beiträgen ohne Zusatzbeiträge	1,8	1,8
sonstige Einnahmen ohne Zusatzbeiträge	2,6	2,6
Zusatzbeiträge	-0,2	-

Quelle: Eigene Berechnungen

Insgesamt resultiert aus der Prognose von Einnahmen und Ausgaben hinsichtlich der finanziellen Salden von Gesundheitsfonds und Krankenkassen das in Tabelle 12 beschriebene Bild für die Jahre 2014 und 2015. Dabei wurde hinsichtlich der Arzneimittelausgaben für beide Jahre jeweils der höhere Betrag aus Tabelle 10 (basierend auf dem AVR-Konzept) als „worst case“ angesetzt. Auf der Ebene des Gesundheitsfonds wird das Nettoreinvermögen in 2014 um 0,7 Mrd. Euro und in 2015 um weitere 3,7 Mrd. Euro abgebaut werden. Es bleibt mit 9,3 bzw. 5,6 Mrd. Euro allerdings deutlich oberhalb der gesetzlichen Mindestreserve. Werden die 2,4 Mrd. Euro „Starthilfe“ aus 2009 dazu genommen, ergibt sich sogar ein modifiziertes Nettoreinvermögen von 11,7 Mrd. Euro in 2014 und 8,0 Mrd. Euro in 2015. Auf der Ebene der Krankenkassen gehen wir davon aus, dass die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds in beiden Jahren so ausgerichtet werden, dass Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen über alle Krankenkassen zum Ausgleich gebracht werden und nur vereinzelt Zusatzbeiträge eingeführt werden müssen. Damit beharren die Rücklagen der Krankenkassen aus dem Ende 2013 erreichten Niveau von 17,6 Mrd. Euro.

Tabelle 12: Prognose des finanziellen Saldos des Gesundheitsfonds und der Krankenkassen (einschl. landwirtschaftliche Krankenversicherung) 2014 und 2015

	2014	2015
Finanzieller Saldo des Gesundheitsfonds		
Einnahmen des Gesundheitsfonds	196,9	200,7
Zuweisungen an die Krankenkassen	197,6	204,4
Saldo	-0,7	-3,7
nachrichtlich: Nettovermögen des Fonds	9,3	5,6
nachrichtlich: Nettovermögen d. Fonds o. Startdefizit	11,7	8,0
Finanzieller Saldo der Krankenkassen		
Einnahmen der Krankenkassen	201,8	208,8
Ausgaben der Krankenkassen	201,8	208,8
Saldo	0,0	0,0
nachrichtlich: Rücklagen der Krankenkassen	17,6	17,6

Quelle: Eigene Berechnungen

4 Fazit

Die im Jahr 2010 beschlossenen Maßnahmen zur kurzfristigen Ausgabenstabilisierung im Arzneimittelbereich haben die vom Gesetzgeber beabsichtigten Ziele erreicht. Die gesetzlichen Krankenkassen werden im Jahr 2013 voraussichtlich immer noch nominal – also ohne Inflationsbereinigung – rd. 500 Mio. Euro weniger für Arzneimittel ausgeben werden als im Jahr 2009 – dem Referenzjahr vor Inkrafttreten der angesprochenen Maßnahmen. In allen anderen Ausgabenbereichen sind die Ausgaben trotz verschiedener Maßnahmen des Gesetzgebers zur Kostendämpfung im gleichen Zeitraum teilweise substantiell gestiegen – im Durchschnitt um knapp vier Prozent pro Jahr. Für diese moderate Entwicklung der Arzneimittelausgaben ist einerseits natürlich die Kombination aus Preismoratorium und erhöhtem Herstellerrabatt wesentlich verantwortlich. Das vom Gesetzgeber anvisierte Einsparziel von 1,5 Mrd. Euro pro Jahr konnte realisiert werden. Ein zweiter wesentlicher die Ausgaben nachhaltig kontrollierender Faktor ist zudem der deutliche Anstieg der vertraglichen Rabatte, die Hersteller und Krankenkassen vereinbart haben. Diese sind von knapp 0,9 Mrd. Euro im Jahr 2009 auf voraussichtlich knapp 2,6 Mrd. Euro im Jahr 2013 angestiegen. Die Ausgabensenkung durch vertraglich vereinbarte Rabatte übertrifft damit inzwischen den durch den erhöhten gesetzlichen Herstellerrabatt verursachten Ausgabenrückgang.

Durch das im Gesetz vorgesehene Auslaufen von Preismoratorium und erhöhtem Herstellerrabatt zum Ende des Jahres 2013 wird es im Jahr 2014 zu einem deutlichen Anstieg der Arzneimittelausgaben kommen. Alleine durch die Absenkung des gesetzlichen Herstellerrabatts auf die schon bis Juli 2010 geltenden sechs Prozent werden die gesetzlichen Krankenkassen pro Jahr um etwa 1,3 Mrd. Euro belastet. Die Auswirkungen des Auslaufens des Preismoratoriums hängen entscheidend vom Verhalten der Arzneimittelhersteller ab. Insgesamt gehen wir von moderaten Preiserhöhungen durch die Hersteller aus, auch um weitere Adhoc-Maßnahmen des Gesetzgebers zu vermeiden. Bei unserer Prognose haben wir Erfahrungen mit den Zeiträumen nach Preismoratorien aus der Vergangenheit zugrunde gelegt. Selbst wenn die Hersteller – wie von uns prognostiziert – die Preise im nicht festbetragsfähigen Markt im Jahr 2014 um drei Prozent anheben würden, würden die Preise insgesamt nur um etwas mehr als ein Prozent ansteigen. Das liegt daran, dass wir von einem sich fortsetzenden Preisrückgang im Festbetragsmarkt ausgehen. Außerdem gehen wir für 2014 von einer Stagnation der vertraglich vereinbarten Rabatte auf hohem Niveau sowie einem nur geringfügigen Sparbeitrag durch den Aufruf des Bestandmarkts für die frühe Nutzenbewertung aus. Letztlich werden nach unserer Prognose auch längerfristige Trends hinsichtlich der Mengen- und Strukturkomponenten zu einem weiteren Anstieg der Arzneimittelausgaben beitragen. Je nach Berechnungsmethode dieser beiden Komponenten prognostizieren wir für das Jahr 2014 einen Anstieg der Arzneimittelausgaben von 2,4

Mrd. bis 2,7 Mrd. Euro. Das entspricht einer Steigerungsrate von 8,1% bis 9,0% gegenüber dem Jahr 2013. Damit liegen die Arzneimittelausgaben in 2014 rd. 6-7% oberhalb des 2009er Wertes, während die Gesamtausgaben in der GKV im gleichen Zeitraum um rd. 18% gestiegen sind.

Der Anstieg der Arzneimittelausgaben wird sich dann im Jahr 2015 unserer Einschätzung nach auf ein Wachstum von 0,8 Mrd. Euro bis 1,2 Mrd. Euro bzw. 2,5% bis 3,7% abflachen. Das liegt auch daran, dass unserer Einschätzung nach im Jahr 2015 erstmals mit rund 250 Mio. Euro eine nennenswerte Ausgabensenkung durch die frühe Nutzenbewertung für den Bestandsmarkt wirksam werden wird und die Hersteller die Preise im nicht festbetragsfähigen Markt moderater anheben werden als im Vorjahr.

Bei den anderen Ausgabenbereichen schreiben wir im Wesentlichen die Ausgabenentwicklung der vergangenen Jahre fort. Sämtliche absehbaren Sondereffekte – wie etwa die Abschaffung der Praxisgebühr im Jahr 2013 oder die ab August 2013 wirksame Erhöhung der stationären Ausgaben – sind berücksichtigt. Diese Prognose berücksichtigt allerdings nicht, dass der Gesetzgeber nach der Bundestagswahl wie in der Vergangenheit durchaus üblich zeitnah nach der Konstituierung des neuen Bundestags weitere gesetzliche Maßnahme zur Ausgabendämpfung ergreifen könnte. Gleichzeitig gehen wir davon aus, dass sich die positive Einnahmenentwicklung des Gesundheitsfonds fortsetzen wird. Dies wiederum wird unserer Einschätzung nach den Gesetzgeber dazu motivieren, den steuerfinanzierten Bundeszuschuss auf dem politisch nach aktuellem Stand vereinbarten Niveau des Jahres 2014 – 12 Mrd. Euro jährlich – einzufrieren. Unserer Einschätzung nach würde als Konsequenz das Nettovermögen des Gesundheitsfonds im Jahr 2015 immer noch deutlich oberhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Mindestreserve liegen. Die Krankenkassen selbst werden im gleichen Jahr Reserven von rund 17,6 Mrd. Euro haben.

5 Literatur

Boss, A. (2013). Sozialversicherung bald wieder im Minus? Kiel, Institut für Weltwirtschaft. Kiel Policy Brief Nr. 63.

Bundesministerium für Gesundheit (2013). Überprüfung des Preismoratoriums und der gesetzlichen Herstellerabschläge für Arzneimittel. Berlin, Pressemitteilung des Bundesministerium für Gesundheit Nr. 3 vom 30. Januar 2013.

Deutscher Bundestag (2010). Änderungsanträge zum Entwurf eines Gesetzes zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften (BT-Drs. 17/1297). Berlin, Ausschuss für Gesundheit - Ausschussdrucksache 17(14)0034(7) von 15.06.2010.

GKV-Spitzenverband (2013). Zukunftsmodell gesetzliche Krankenversicherung. Positionen des GKV-Spitzenverbandes für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung in der kommenden Legislaturperiode. Berlin, GKV-Spitzenverband.

Greß, S./D. Niebuhr/J. Wasem (2005). Regulierung des Marktes für verschreibungspflichtige Arzneimittel im internationalen Vergleich. Baden-Baden, Nomos.

Häussler, B./A. Höer/E. Hempel/P. Storz (2007). "Hättest du geschwiegen, wärst du ein Philosoph geblieben." IGES antwortet auf die Stellungnahme „Report oder Atlas?“ des WIdO zum Arzneimittel-Atlas. Berlin, IGES.

Schröder, H./K. Nink/V. Coca/A. Zawinell/G. Brückner/K. Ajanovic (2007). Report oder Atlas? Zur Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten. Berlin, Wissenschaftliches Institut der AOK.

IBES



ISSN-Nr. 2192-5208 (Print)
ISSN-Nr. 2192-5216 (Online)

