

# Stellungnahme

zum

**Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD  
„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in  
der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-  
Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“  
BT-Drs 16/3100**

**(für die Anhörung im Ausschuss für Gesundheit  
im Deutschen Bundestag  
Block IV C - Weitere Versorgung)**

## A. Vorwort

Das vorliegende Gesetz tritt unter dem Anspruch an, unter anderem

- die Qualität der Versorgung zu steigern
- die Transparenz auf allen Ebenen zu erhöhen
- den Wettbewerb auf Leistungserbringerseite, unter anderem im Bereich Arzneimittel zu erhöhen
- den Preiswettbewerb in diesem Sektor zu erhalten und stimulieren
- das AVWG weiterzuentwickeln

Mit diesen im Referentenentwurf festgesetzten Maßnahmen soll dies gelingen. Auch wenn dieses Maßnahmenbündel in der Theorie sinnfällig erscheint: **In der Praxis werden alle diese Ziele scheitern**, die Versorgung mit Arzneimitteln, insbesondere mit Generika, wird intransparenter, schlechter und bereits mittelfristig erheblich teurer.

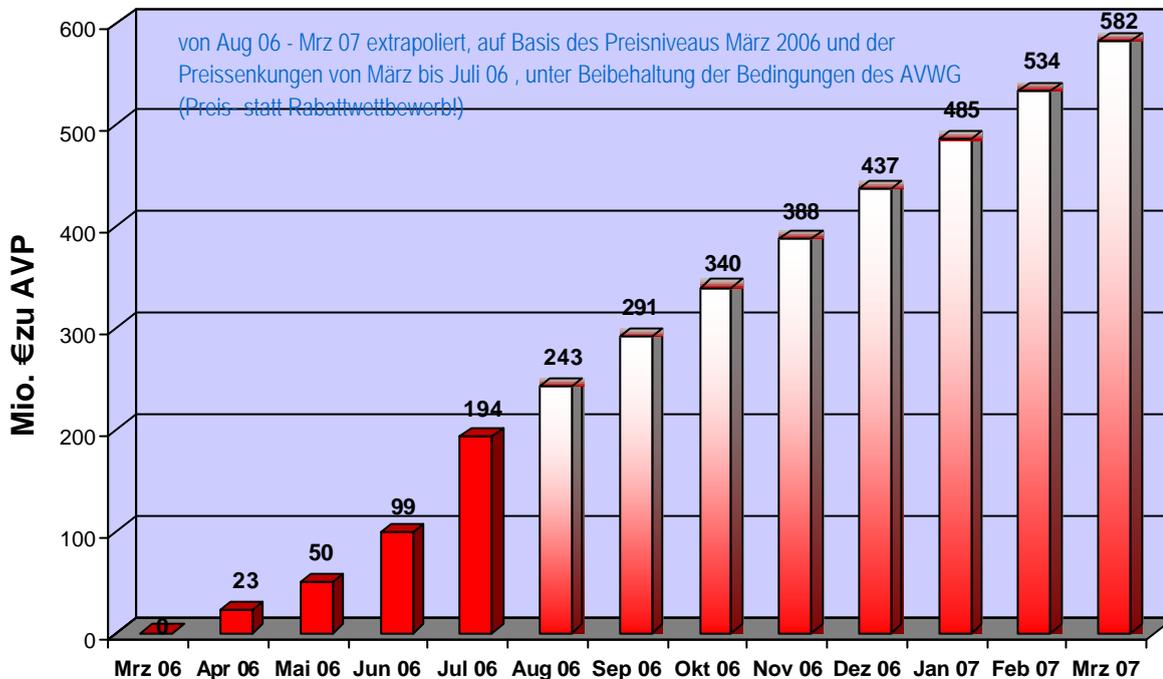
Die drastischen Auswirkungen auf den Generikamarkt und seine Anbieterstruktur werden so erheblich und zukunftswirksam sein, dass eine Rückkehr zu der wettbewerblichen Struktur seit Inkrafttreten des AVWG nicht mehr möglich sein wird, weil durch die strukturellen Veränderungen im Bereich Preisgestaltung, Portfolioauswahl, Vertrieb auf Apothekenebene, derartige Markteintrittshürden aufgebaut werden, dass ein Neueintritt in diesen Markt nur mit extrem hohen Kapitalkaufwand möglich sein wird.

## B. Ausgangssituation nach dem AVWG

Das AVWG hat alle vom Deutschen Generikaverband prognostizierten Wirkungen gezeigt:

Durch das Rabattverbot wurde der Preiswettbewerb innerhalb der Generikaindustrie bereits wenige Tage nach Inkraftsetzung des Rabattverbotes andauernd bis zum heutigen Tag wieder stark angefacht. Dies zeigt: Wenn Apotheken Rabatte annehmen dürfen, wird sich die Vertriebspolitik der Hersteller auf diesen Punkt, den Punkt der Arzneimittelabgabe, konzentrieren. Wenn dies unterbunden wird, findet wieder Preiswettbewerb zugunsten der Zahler statt!

## Absenkungsvolumen kumulativ\*



Insgesamt wird vom BMG selbst (U. Dietz, Pharmafachtagung 11.10.2006) die Einsparung im Generikabereich durch Preiswettbewerb, Festbeträge, Absenkung auf die Zuzahlungsfreigrenzen und Generika-Zwangsrabatte allein über 12 Monate auf über 1,5 Mrd. EUR geschätzt.

Bei einem gesamten Marktvolumen für Generika im GKV-Sektor von etwas mehr als 4 Mrd. EUR zu Herstellerabgabepreisen ist das mehr als ein Drittel des Gesamtmarktes!

Sobald die Rabatte unterbunden werden, konzentriert sich der Preiswettbewerb auf andere Entscheider, in diesem Fall Ärzte oder Krankenkassen.

Vertrieb und Marketing fokussieren sich prinzipiell immer auf den Teil der Vertriebskette, der möglichst nahe am Abgabepunkt, also dem „Point-of-sale“ ist, und auf denjenigen, der über die meisten Freiheitsgrade zur Produktauswahl verfügt.

### C. Geplante Maßnahmen im GKV-WSG

Die geplanten Maßnahmen „Stärkung von Kassenverträgen nach § 130 a“, „Verbesserung der Vertraglichen Möglichkeiten“, „Umstellung auf Höchstpreise generischer Arzneimittel“, „Erleichterung der Aut-Idem-Substitution“ zielen alle zum allergrößten Teil auf den Generischen Arzneimittelmarkt. Weder sind patentgeschützte oder nicht im generischen Wettbewerb befindliche Arzneimittel ohne weiteres austauschbar, noch werden die Hersteller

dieser Arzneimittel nennenswerte Rabatte aufgrund § 130 a Abs. 8 SGB V oder gegenüber Apotheken gewähren. Warum auch!

#### Krankenkassen

Es ist sehr zu begrüßen, den Krankenkassen als letztendlichen Nachfragern die Möglichkeit zu geben, wesentlich mehr auf Arzt- und Patientenebene zu steuern. Auch wenn durch die Ausweitung der Möglichkeit, Zuzahlungsfreiheit durch Absenkung des Preises auf die Zuzahlungsfreigrenzen hier die Steuerungsmöglichkeit eher eingeschränkt ist (Patienten sind nicht mehr zu motivieren, ein zuzahlungsbefreites Rabattvertragspräparat zu verlangen, da es bereits viele andere Präparate zuzahlungsfrei gibt!), ist die Möglichkeit auf Arztelebene durch Herausnahme der Vertragspräparate aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu steuern, sehr zu begrüßen.

Auch ist in der Theorie der Vorrang von Kassenvereinbarungen nach § 130 a vor Preisvereinbarungen von Apothekern mit der Industrie vom Grundsatz her zu begrüßen. Dass dieses System aber nicht funktionieren wird, wird diese Idee zunichte machen, vielmehr genau das Gegenteil von dem bewirken, was gewünscht ist (siehe Teil D.)

#### Apotheken

In der Theorie soll hier noch die letzte mögliche Einsparung realisiert werden. Für den Fall, dass Krankenkassen keine Rabattvereinbarungen schließen oder nicht schnell genug schließen, können der Apotheker oder die Apotheken in eigener Initiative derartige Preisvereinbarungen mit den Herstellern abschließen.

**Was mit zeitlich später geschlossenen Rabattvereinbarungen von Kassen geschieht, inwieweit dann die Vereinbarungen von Apotheken außer Kraft gesetzt werden, ist unklar.**

#### Hersteller

Hersteller sollen – zusätzlich zu dem starken Preiswettbewerb und der Absenkung auf die Zuzahlungsfreigrenzen – mit den Kassen Rabattverträge schließen, diese jedoch nur auf der Basis von Ausschreibungen.

### **D. Wie werden sich „Wettbewerb“ und „Vertragsgestaltung“ in der Praxis der Arzneimittelauswahl und Abgabe darstellen?**

Wie wird sich die Realität in der Apotheke darstellen?

*Die ausgehandelten Rabatte der Apotheken sollen zum überwiegenden Teil an die Kassen abgeführt werden.*

- Es ist eine Illusion, zu glauben, die Vereinbarungen über Barabatt-Konditionen von maximal 21.000 Apotheken transparent zu machen. Schon jetzt haben die Kassen und die Aufsichtsbehörden keinerlei Möglichkeit, die Abgabe von Arzneimitteln (also welches Arzneimittel wirklich abgegeben wurde!), geschweige denn die Einkaufskonditionen der Apotheken zu erfahren. Eine „indirekte“ Kontrolle durch den Markt bzw. die Mitbewerber wie beim Rabattverbot scheidet dahingehend künftig komplett aus, dass Apotheken nicht ihre tatsächlichen Einkaufskonditionen bekannt geben werden.
- Ein weiteres Problem wird sich künftig dadurch für die Politik und die Kostenträger ergeben, dass durch die Vielfalt intransparenter Konditionen und in Verbindung mit der Gesetzesänderung in § 305a SGB V es keine verlässlichen Daten mehr für die

Gesamtmärkte geben wird, somit auch keine Steuerungsmöglichkeiten für Politik und Kassen. Die eingeschlagene Richtung wird damit nicht oder nur extrem schwer zurückzudrehen sein!

*Eine Apotheke darf in eigener Initiative mit dem Hersteller über „Unterschreitungen“ des Höchstpreises verhandeln, wenn die Kasse keine eigenen Vereinbarungen trifft.*

- Dies ist – egal wie man den Sachverhalt benennt – eine Rabattkondition. Dass Rabatte immanent den Anreiz und die ökonomische Rationale der Wettbewerbsverzerrung und der Intransparenz in sich bergen ist seit den Naturalrabatten hinlänglich bekannt! **Abgegeben** wird nicht das, was für die Kasse am günstigsten ist, sondern das was für die Apotheke am günstigsten ist!
- Der Apotheker/ die Apotheken werden also schnell sein müssen, um Rabattvereinbarungen der Kassen zuvorzukommen.
- Selbst wenn einzelne Kassen im Umfeld einer Apotheke bereits Rabattverträge geschlossen haben: es wird immer Kassen geben, die keine Rabattverträge schließen. Unter dieser Rechtfertigung und mit diesem sogar gesetzlichen Mandat wird der Apotheker oder Gruppen von Apotheken bei Herstellern auf die Jagd nach Rabattkonditionen gehen.
- Die Apotheken müssen sich schon aus ökonomischer Vernunft heraus auf die Hersteller konzentrieren mit dem breitesten Sortiment. Ein möglichst großes Gesamtabsatzvolumen garantiert den höchsten Rabatt. Dies lässt sich am Besten mit möglichst vielen Produkten erzielen. Ein mittelständischer Hersteller hat schon alleine aus Gründen der Sortimentsbreite keine Chance! Hierbei ist selbstverständlich auch die Breite und Verfügbarkeit eines OTC-Sortiments von großer wirtschaftlicher Bedeutung für den Apotheker.
- Aus genau diesem Grunde wird auch die Vorgabe nichts nützen, derartige Vereinbarungen zwischen Apotheken und Herstellern müssen nach dem Prinzip einer Ausschreibung vergeben werden. Allein durch die Vielfalt der einzelnen Sortimente und die Quersubventionen durch OTC-Portfolios werden die Angebote der Hersteller an die Apotheken nicht vergleichbar sein. Damit haben die Apotheker immer die Rechtfertigung, ihre Rabattvereinbarung sei jeweils die „günstigste“ für das ausgeschriebene Volumen. Eine Ausschreibung bezogen auf einzelne Produkte kann dem Apotheker wirklich nicht zugemutet werden und macht auch bei den teilweise geringen Absätzen pro Wirkstoff keinen Sinn.

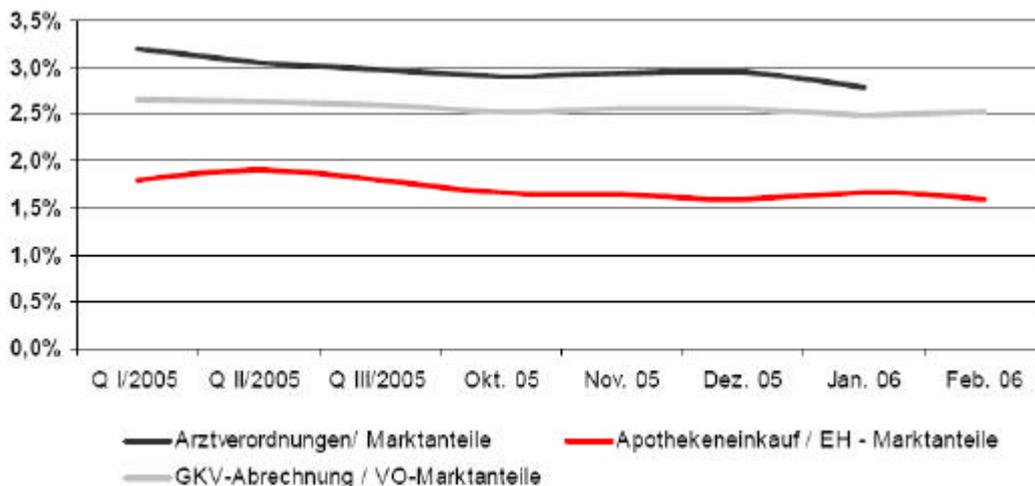
*Eine Apotheke/ die Apotheken sollen nach § 129 zugunsten von Rabattvertragspartnern von Kassen, soweit solche Verträge bestehen, substituieren.*

- Der Apotheker hat den Anreiz, nicht zuletzt um das geforderte Einsparvolumen von 500 Mio. EUR zu kompensieren, möglichst hohe Preisabschläge von den Herstellern zu verlangen, egal ob er diese nun wie gefordert in Höhe von 85 % oder auch – wie zu befürchten steht – zu geringerem Teil an die Kassen weitergibt. De facto wird er sich aber auf einige wenige Hersteller konzentrieren (müssen!) und dort für ein möglichst breites Sortiment Vereinbarungen treffen. Diese Vereinbarungen wird er – wie schon zu Zeiten der Naturalrabatte – natürlich auch „bedienen“, das heißt möglichst viele Packungen dieses Herstellers **abgeben**.
- Apotheken werden sicherlich bei Patienten vertragsschließender Kassen und Rezepten von vertragsschließenden Firmen die Präparate dieser Firmen auch **abrechnen**, sodass den Kassen auf den ersten Blick kein Schaden entsteht. Entscheidend ist aber, dass die Präparate dieser Firmen **nicht abgegeben** werden,

sondern die Präparate der Firmen, mit denen der Apotheker die beste Rabattkondition ausgehandelt hat! Auch wenn dies in der Vergangenheit nicht zulässig war und auch in Zukunft nicht sein wird: Es gibt umfassende Evidenz, dass diese Praxis unter den Bedingungen vor AVWG mit Naturalrabatten extrem weit verbreitet war. Nach eigenen Aussagen vieler Kassen bestand in der Vergangenheit und wird in Zukunft keine Möglichkeit bestehen, diese Praktiken transparent zu machen, geschweige denn abzustellen.

### **Simvastatin-Hersteller A**

(Mittelständischer Hersteller)



*Es ist deutlich sichtbar, dass die Simvastatin-Produkte des Herstellers auf tatsächlich ausgestellten Arztrezepten einen bundesweiten Marktanteil von etwa 3 % haben. Von Apotheken abgerechnet wurden sie nur zu etwa 2,5 % (Bundesweiter Marktanteil). Frappierend ist jedoch die Tatsache, dass nur zu etwa 1,5 % diese Produkte auch von Apotheken auch eingekauft wurden und der Hersteller diese absetzen konnte. Es gibt also eine große Anzahl von Verordnungen, bei denen etwas anderes abgegeben wurde als das was mit den Kassen abgerechnet wurde.*

### **Wie werden Rabattverträge zwischen Kassen und Hersteller umgesetzt werden können?**

Die Möglichkeit, mit Krankenkassen Verträge über Arzneimittelvolumina und Preise abschließen zu können, ist aus der Sicht der Hersteller sicher zu begrüßen. Eine tatsächliche Abgabe der Vertragspräparate muss aber garantiert werden! Wenn – wie in der Vergangenheit – andere Präparate auf den Rezepten abgerechnet werden als abgegeben

wurden, so hat der Hersteller nicht nur den Schaden indem er auf nicht abgesetzte Präparate Rabatte bezahlt, er wird infolgedessen aus genau diesem Grunde auch keine nennenswerte Rabatte gewähren können.

Hier wird durch zu viele Freiheitsgrade für die Apotheken das gesamte auf den ersten Blick sinnvolle System von Einzelvereinbarungen komplett intransparent und in genau die gegenläufige Richtung steuern als beabsichtigt!

### **E. Forderungen für den Preiswettbewerb und gegen einen Rabattwettbewerb**

- Es ist unbedingt darauf zu achten, die Aut-Idem-Möglichkeiten **unter keinen Umständen** auszuweiten. In der Kombination mit der Möglichkeit, in eigener Initiative auf Hersteller zuzugehen und Preise unterhalb der Höchstpreise zu vereinbaren ist dies eine Rückkehr zu den Zeiten vor AVWG.
- Die Apotheken dürfen nicht in eigener Regie Preise vereinbaren! Dies bringt den Apotheker in den Konflikt zwischen seinem heilberuflichen Auftrag und der Kommerzialisierung des Berufes. Hier liegt ein entscheidender Fehlanreiz im Gesetz!
- Alle Preisvereinbarungen müssen immer im Auftrag der Kasse erfolgen! Die Kasse muss unbedingt ein Veto-Recht bezüglich der geschlossenen Vereinbarungen der Apotheke besitzen! Sonst kann keine Steuerung durch die Kasse stattfinden. Eine bloße „Informationspflicht“ ist sinnlos, weil die Vielzahl der möglichen Einzelverträge nicht zu überblicken, geschweige denn zu steuern ist!
- Die Kassen müssen das Recht erhalten, in die tatsächlichen Einkaufskonditionen des Apothekers Einblick zu nehmen (nicht nur in den „theoretischen“ Text der Vereinbarung) oder die Offenlegung der **tatsächlichen** Einkaufskonditionen, also Effektivpreise, zu fordern.
- Für Verstöße gegen die Regelungen der Substitution § 129 etc. muss den Kassen ein Sanktionsinstrumentarium in die Hand gegeben werden, sonst sind auch die Rabattverträge Makulatur, weil sie nicht im Sinne der Vertragspartner gelebt werden können!

Dieses Gesetz erscheint in der Theorie sinnvoll, in der Praxis werden all die geplanten Maßnahmen ins Leere laufen. Die Fehlanreize am Punkt der Abgabe sind so katastrophal, dass der echte Wettbewerb wieder in einen intransparenten Rabattwettbewerb auf Apothekenebene zurückfallen wird und die Konzentrationstendenz mit all ihren negativen Folgen aufs Schärfste angeheizt wird.

Berlin, 2. November 2006

Deutscher Generikaverband e.V.  
Saarbrücker Str. 7  
10405 Berlin  
Tel.: 030-2809 303-0  
Fax: 030-2809 303-90  
E-Mail: [office@generika.de](mailto:office@generika.de)  
Internet: [www.generika.de](http://www.generika.de)

