

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
23. Sitzung

Berlin, den 21.05.2003, 15:15 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001
Berlin

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung zu dem

Gesetzentwurf der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abgeordneten Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Dieter Thomae und der Fraktion der FDP

Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung

BT-Drucksache 15/542

bis 17.00 Uhr

und dem

Antrag der Abgeordneten Horst Seehofer, Andreas Storm, Annette Widmann-Mauz, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Aufhebung der gesundheitspolitischen Maßnahmen im Beitragssatzsicherungsgesetz

BT-Drucksache 15/652(neu)

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heil, Hubertus
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Hartmann, Christoph
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigegefügt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Abg. Klaus Kirschner (SPD)	5,21	SV Rolf Stadié (Bundesknappschaft)	5,6,7,15,18
Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD)	5,7,17	SV Dr. Dominik von Stillfried (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	5,19
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	5,7,8	SV Prof. Dr. Karl W. Lauterbach	6,17
Abg. Eike Hovermann (SPD)	6	SV Prof. Dr. Ulrich Schwabe	6,7
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	6,7	SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	7,13
SV Andreas Storm (CDU/CSU)	8	SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	7
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	10	SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung)	8
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	13,14,15	SV Hans Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	9,14
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	16	SV Dr. Klaus G. Brauer	9,16
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	17,18	SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)	10
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	18	SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)	11
		SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller)	12
		SV Prof. Hilko Meyer (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.)	12,14
		SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	15
		SV Lutz Wolf (Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen)	15,18
		SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	16,19
		SV Rudolf Henke	18
		SV Günther Borchering	20

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD) eröffnet die Sitzung um 15.15 Uhr.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich eröffne hiermit die öffentliche Anhörung. Bei dem Tagesordnungspunkt, zu welchem wir zu dieser Anhörung eingeladen haben, geht es um den Gesetzentwurf der Kollegen Seehofer, Storm, Frau Widmann-Mauz, der Fraktion der CDU/CSU sowie der Abg. Dr. Kolb, Dr. Thoma und der Fraktion der FDP „Entwurf eines Ersten Gesetzes zur Änderung des Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen Rentenversicherung“. Wir haben vorgesehen, diese Anhörung bis 17.00 Uhr durchzuführen. Das Verfahren der Anhörung ist nach der Sprechzeit in der Weise eingeteilt, dass diese in den Fragerunden je nach der Stärke der Fraktionen berücksichtigt werden wird. Danach werden die Fraktionen der SPD und CDU/CSU zwei Runden und die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und der FDP je eine Runde haben. Ich bitte Sie, die Mikrophone zu benutzen, da von dieser Sitzung ein Wortprotokoll erstellt wird. Daher habe ich auch die Bitte, dass Sie den Namen und den Verband, welchen Sie vertreten, vor Ihrer Antwort benennen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Das Beitragssatzsicherungsgesetz hat die Aufgabe, die Beitragssätze innerhalb der gesetzlichen Krankenkassen zu stabilisieren. Das schien uns auch unabdingbar vor der Strukturreform, die ja z. Zt. behandelt und demnächst diskutiert und beschlossen werden wird. Meine Frage ist, welche grundsätzlichen Auswirkungen hätte aus Ihrer Sicht die Aufhebung des Beitragssatzsicherungsgesetzes für die gesetzlichen Krankenkassen?

SV **Rolf Stadié** (Bundesknapenschaft): Die im Stabilisierungsgesetz enthaltenen Maßnahmen zur Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen sind notwendig und hilfreich. Sie tragen dazu bei, die Ausgabenentwicklungen zu mildern und die Beitragssätze der GKV im Rahmen zu halten. Vor wenigen Tagen haben die Spitzen-

verbände die Meldungen über die Defizite, die mit 20 Mrd. Euro durch die Presse geisterten, relativiert und richtig gestellt. Das Defizit beträgt im Moment 5 bis 6 Mrd. Euro. Würde dieses Gesetz wegfallen oder aufgehoben werden, dann würde sich die Finanzsituation der GKV entsprechend verschlechtern.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, die Regierungskoalition verfolgt das Ziel der Qualitätssteigerung im Gesundheitswesen und zur Stärkung dieses Ziels wurden Strukturverträge innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung und Leistungen innerhalb von Disease-Management-Programmen (DMP) von der Nullrunde ausgenommen. Können Sie beziffern, welche zusätzlichen Finanzmittel basierend auf diesem Ausnahmetatbestand in den Vertragsarztbereich fließen und wird diese Differenzierung im Beitragssatzsicherungsgesetz dazu führen, dass nach dem mittlerweile erfolgreichen Pilotabschluss von Disease-Management-Verträgen die gewünschte flächendeckende Programmeinführung in Deutschland schneller erfolgt? Die Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an Herrn Prof. Lauterbach.

SV **Rolf Stadié** (Bundesknapenschaft): Zurzeit können die Kassen noch nicht sagen, welche Finanzmittel fließen werden. Es gibt derzeit eine akkreditierte Krankheit und das ist das Mammakarzinom in Nordrhein. Dort können Einschreibungen seit Ende März erfolgen. Für meine Kasse kann ich sagen, dass bisher 29 Einschreibungen erfolgt sind. Es gibt darüber hinaus noch eine kleine Kasse in Niedersachsen, die einen akkreditieren Vertrag hat, so dass da auch noch keine Finanzwirksamkeit ausgelöst wird. Deshalb ist diese Frage zurzeit noch nicht zu beantworten. Und ob die vorgesehenen Regelungen im Bereich DMP Umsetzungen beschleunigen werden, das hoffen die Spitzenverbände.

SV **Dr. Dominik von Stillfried** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Aus der Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist zu sagen, dass der Ausnahmetatbestand DMP nur die zusätzlichen Aufwendungen betrifft, d. h. im Wesentlichen, insofern die bisher abge-

schlossenen, zur Akkreditierung eingereichten Verträge davon betroffen sind, nur die Doko-Gebühren. D. h. die eigentlichen ärztlichen Leistungen, deren Entwicklung wir im Rahmen des DMP auch nicht kennen, sind gar nicht betroffen. Aus dieser Sicht gibt es für uns nur einen sehr geringen Spielraum, den wir allerdings auch im Augenblick nicht quantifizieren können, weil er verhaltensabhängig, also einschreibebabhängig ist. Die Probleme bei der Einführung liegen außerdem nicht im finanziellen, sondern vor allen Dingen im technischen Bereich. Im organisatorischen Bereich ist die Gesetzeslage nicht gerade geeignet, die Einführung zu beschleunigen.

SV Prof. Dr. Karl W. Lauterbach: Ich kann auch keine Zahlen nennen. Die bisherigen Erfahrungen basieren nur auf dem Programm Brustkrebs in Nordrhein. Dort haben sich aber, soweit ich das überschauen kann, schon mehrere hundert Frauen in kurzer Zeit eingeschrieben und es haben sich mehr als 20 Krankenhäuser am Vertrag beteiligt. Von den insgesamt 26 Krankenhäusern, welche die Vertragsbedingungen erfüllen könnten, haben sich mehr als 20 beteiligt. Daher findet das Programm regen Zuspruch. Mir ist auch bekannt, dass diese Krankenhäuser z. T. in den Budget-Verhandlungen entsprechende für sie lukrative Mehrerlösausgleichsregelungen haben treffen können, so dass ich zu dem Ergebnis komme, der Ausnahmetatbestand wird die Einführung der Disease-Management-Programme beschleunigen.

Das zeichnet sich auch in den derzeitigen Vorbereitungen für das Disease-Management koronare Herzkrankheit ab. Auch dort findet sich gerade ein großer Verhandlungsverbund in der Region Nordrhein zusammen, der entsprechende Verhandlungen führen wird. Ich glaube, dass diese Ausnahmeregelungen in der Summe wirksam sein und die flächendeckende Einführung der Disease-Management-Programme entsprechend beschleunigen werden.

Abg. Eike Hovermann (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände. Im Zusammenhang mit der Diskussion um die Nullrunde im vertragsärztlichen Bereich, wie auch die Nullrunde im Krankenhausbereich, die mit ihren finanziellen Implikationen sicherlich einwirkt, wird die These oder die Vermutung geäußert, dass das Nachteile für die ambulante

Versorgung nach sich ziehen könnte. Wie stehen Sie dazu?

SV Rolf Stadié (Bundesknapenschaft): Zu diesem Bereich haben wir bisher keine Erkenntnisse.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage geht an den BKK-Bundesverband und Herrn Prof. Dr. Schwabe. Wir haben die Situation aus den Stellungnahmen, die heute zum BSSichG da sind und in denen natürlich auch die „Negativ-Auswirkungen“ auf den Pharmasektor dargestellt werden. Daher meine Frage an Sie: Welche finanziellen und strukturellen Folgen hätte es für die GKV, wenn wir das BSSichG aufheben würden? In diesem Zusammenhang wäre es auch einmal wichtig, diese Frage auch im Zusammenhang damit zu sehen, wie sich denn letztendlich die Marktentwicklung in diesem zurückliegenden kurzen Zeitraum entwickelt hat und was Sie daraus für Erkenntnisse oder Empfehlungen geben können.

SV Prof. Dr. Ulrich Schwabe: Herr Vorsitzender, Herr Abgeordneter, die finanziellen Entwicklungen sind natürlich erst seit Jahresbeginn eingetreten. Ich weiß aus den Verordnungsdaten, die regional in einzelnen Krankenkassen erhoben werden, dass entsprechende Senkungen des Ausgabenniveaus eingetreten sind. Das sind eigentlich Daten, die sich zunächst auf den Januar beziehen. Aber speziell im Arzneimittelbereich wissen wir jetzt, dass die Umsätze im Vergleich zum Vorjahr in den ersten Monaten dieses Jahres trotzdem weiter ansteigen.

Wenn man dieses Gesetz aufheben würde, würde sich dieser Anstieg wahrscheinlich beschleunigen. Ich glaube aber, dass auch alle wissen, dass dieses nur eine für ein Jahr begrenzte und kurzfristige Maßnahme zur Sicherung der Beitragssätze darstellt, aber keine langfristige Strukturänderung im Arzneimittelbereich darstellen kann. Das ist bei der Einführung dieses Gesetzes genauso gemacht worden. Es wird erst in den zukünftigen Gesetzesinitiativen eine längerfristige Änderung beabsichtigt sein.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Ich stelle eine Zusatzfrage: Bedeutet dieses, wenn ich die Worte richtig verstanden habe, dass unter dem Deckelungsbereich eine weitere Umstrukturierung in der Verordnung von Arzneimitteln stattgefunden hat?

SV Prof. Dr. Ulrich Schwabe: Darüber kann ich keine Aussagen machen, weil wir noch keine Einzelanalysen vorliegen haben.

SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Herr Vorsitzender, Herr Abg. Schmidbauer, die Belastungen für die Handelskreise sind nach dem Gesetzentwurf mit 1,374 Mrd. Euro ausgewiesen. Nach unseren Erkenntnissen ist die Rabattsumme, die hochgerechnet auf das Jahr anfallen wird, geringfügig höher. Die Verteilung, auch auf die einzelnen Handelskreise, ist etwas anders als in der Gesetzesbegründung vermutet. Die pharmazeutische Industrie zahlt geringfügig mehr Rabatt, der Großhandel etwas weniger und auf die Apotheker entfällt auch geringfügig mehr.

Das liegt aber nicht daran, dass die Berechnungen möglicherweise falsch gewesen sind, sondern dieses erhöhte, erwartete Rabattvolumen des Jahres 2003 hängt mit Umsatzsteigerungen im Markt zusammen. Die Apothekerverbände haben in ihrer Frühinformation ausgewiesen, dass bisher ein Umsatzrückgang kumuliert über die ersten drei Monate von 0,2 % eingetreten ist. Man muss natürlich diese Zahl relativieren, weil man sie um die Rabatte des Beitragssatzsicherungsgesetzes bereinigen muss. Wenn man die Ausgabenentwicklung um diese Rabatte bereinigt, ist in der Tat ein Umsatzzuwachs von rund 6 % eingetreten, d. h. die Ausgaben für Arzneimittel steigen ungebremst weiter.

Zu der Frage, ob unter dem Beitragssatzsicherungsgesetz eine Umstrukturierung in der Art der verordneten Arzneimittel eingetreten ist, kann ich nur Herrn Prof. Dr. Schwabe beipflichten, dazu haben wir noch keine Analysen. Wir erwarten und hoffen natürlich bzw. für uns war klar, dass ein Beitragssatzsicherungsgesetz etwas im Sinne einer Vorschaltgesetzgebung ist und durch eine systematische Gesetzgebung, die in diese Bereiche, in diese Strukturen eingreift, stattfindet. Wir dürfen nicht vergessen, dass die Arzneimittelpreisver-

ordnung die Preisklassen etwa von 1980 enthält, dass die Reform der Arzneimittelpreisverordnung 1998 wesentlich zu kurz gegriffen hat, indem sie nur im höchstpreisigen Bereich gegriffen hat und wir daher dringend zu einer Reform der Arzneimittelpreisbildung kommen müssen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände und an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Ich sagte eingangs schon, dass wir mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz die Versicherungsbeiträge stabilisieren und damit auch die anstehenden Reformprojekte flankieren wollten. Halten Sie eine pauschale Streichung der BSSichG-Inhalte - so wie heute zum Inhalt dieser Anhörung vorgetragen - für den richtigen Weg?

SV Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Vielen Dank, kurz gesagt muss ich sagen, nein, denn es gibt zum einen sehr schlechte Gesetze. Das BSSichG gehört dazu. Aber es wäre noch schlechter, dieses Gesetz ersatzlos zu streichen. Wenn man es streichen wollte - und dafür wären wir, müssten gleichgewichtige andere Maßnahmen ergriffen werden, um das Einsparvolumen zu realisieren.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an den Verband der privaten Krankenversicherung. Mittels des Beitragssatzsicherungsgesetzes wurde die Versicherungspflichtgrenze auf 45.900 Euro angehoben. Welche kurz- und mittelfristigen finanziellen Auswirkungen hat die Anhebung der Versicherungspflichtgrenze für das durch Sie vertretene Kassensystem kurzfristig und mittelfristig?

SV Rolf Stadié (Bundesknappschaft): Eine Prognose hierzu abzugeben, ist für uns relativ schwer, weil es im Endeffekt darauf ankommt, wie der Leistungskatalog der GKV in der Zukunft gestaltet wird. Eine kurzfristige Abwanderung ist unserer Beobachtung nach nicht eingetreten und wie sich das mittelfristig auswirken wird, ist auch im Moment noch nicht absehbar.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung): Durch die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze um 13 % ist rund 800.000 Versicherten die Wahlmöglichkeit zwischen GKV und PKV genommen worden. Nach den uns bis jetzt aus dem laufenden Jahr vorliegenden Zahlen gehen wir davon aus, dass mindestens 50.000 Versicherte weniger zur PKV übertreten als das im vergangenen Jahr der Fall war.

Das zur Kurzfristprognose. Sie fragten, wie sich das mittelfristig auswirkt. Ich würde gerne noch nachschieben, wie sich das langfristig auswirkt. Sie wissen, dass die PKV im Anwartschaftsdeckungsverfahren arbeitet. Insofern finanziert sich jede Versichertenkohorte selbst. Das gilt jedoch nicht für zwei Besonderheiten. Das ist zum einen der Standardtarif – der politisch gewollte Standardtarif –, der sehr starke Umlageelemente aufweist, und das ist zum anderen die private Pflegepflichtversicherung, bei der auch sehr starke Umlageelemente enthalten sind. Für diese beiden Versicherungszweige braucht es zwingend Nachwuchs.

Ich möchte noch eines ergänzen. Ich kann, nachdem wir auch die Beitragsentwicklung in der GKV beobachten, nicht sehen, dass die Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze Beitragssatzanstiege innerhalb der GKV verhindert oder abgemildert hätte. Das verwundert auch nicht, wenn Sie sich beispielsweise ansehen, was der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sehr aktuell geschrieben hat, nämlich dass eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze – gerechnet auf das Niveau der damaligen Grenze der gesetzlichen Rentenversicherung, also 4,5 – ein maximales Beitragsentlastungspotenzial für die GKV nach 16 Jahren von 0,1 Prozentpunkten bringt. Hierbei war nicht die dann wachsende demografische Last in der gesetzlichen Krankenversicherung gegengerechnet.

Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD): Es wurde gerade dargestellt, dass durch die Anhebung der Pflichtversicherungsgrenze 50.000 Versicherte aus der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in die PKV gewandert sind. Das sind dann aber Versicherte mit einem relativ hohen Einkommen, nämlich alle die, die praktisch zwischen der alten und der neuen Pflichtversicherungsgrenze liegen. Natürlich muss

dieses für die gesetzliche Krankenversicherung einen positiven Effekt gebracht haben, der sich möglicherweise jetzt noch nicht in einem niedrigeren Beitragssatz widerspiegelt, weil wir ja ganz deutlich ansteigende Ausgaben, z. B. im Medikamentenbereich, hatten.

SV Dr. Volker Leienbach (Verband der privaten Krankenversicherung): Zum positiven Effekt: Ich hatte meinen Vorredner so verstanden, dass dieser positive Effekt auf GKV-Ebene noch nicht konzertiert werden konnte. Ich kann einen solchen auch nicht feststellen. Das liegt auch daran, dass diejenigen, die zwischen diesen Grenzen verdienen, keineswegs gute Risiken sind. Wir haben bei den freiwillig Versicherten einen doppelt so hohen Familienmitversichertenquotienten wie wir ihn bei den gesetzlich Pflichtversicherten haben.

Hierzu möchte ich noch eines sagen: Man darf die Gesundheit nicht unter einer Zeitpunktbeurteilung anschauen, sondern die Gesundheit ist auch eine Lebenszeitveranstaltung, d. h. selbst wenn es sich um gute Risiken handeln würde - es handelt sich nicht um gute Risiken -, werden aus diesen guten Risiken irgendwann durchschnittliche und dann auch überdurchschnittlich schlechte Risiken, so dass sich das Demografie-Problem deswegen keineswegs kleiner stellt. Und je mehr wir auf Kapitaldeckung umstellen - wobei wir hierbei dann eine ausgewogene Balance brauchen - umso besser ist das in der langfristigen Perspektive auch für die gesetzliche Krankenversicherung.

SV Andreas Storm (CDU/CSU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz wurden erhebliche Einschnitte für Leistungserbringer beschlossen, ohne dass das Ziel, die Beiträge zu stabilisieren, auch nur näherungsweise erreicht worden ist. Am stärksten betroffen ist der Bereich der Apotheken und deshalb frage ich zunächst die ABDA und den Sachverständigen Herrn Dr. Brauer: Können Sie uns darlegen, wie die tatsächlichen Belastungen durch das Beitragssatzsicherungsgesetz im I. Quartal oder - wenn Sie bereits weitere Daten haben - auch bis zum jetzigen Zeitpunkt sind? Können Sie dabei insbesondere die Entwicklung im Bereich des Umsatzes auf der einen Seite und des Einkommens oder des Gewinns vor Steuern auf der anderen Seite darlegen? Können Sie bitte auch noch etwas zu der Beschäfti-

gungsentwicklung im Apothekenbereich sagen? Den Sachverständigen Dr. Brauer bitte ich nochmals darzulegen, welche Konsequenzen es hat, wenn auf der einen Seite der Umsatz sogar noch leicht steigt und auf der anderen Seite der Gewinn vor Steuern massiv einbricht, was das im Hinblick auf die Erreichung von gesundheitspolitischen Reformzielen für Konsequenzen haben soll.

SV Hans Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, zunächst einmal zu der entsprechenden Zahlendatenübermittlung. Während für die Hersteller 420 Mio. Euro vorgesehen sind, gehen wir auf Grund von validen Daten, entsprechenden Hochrechnungen, wie sie schon genannt wurden, bezogen auf das I. Quartal von etwa 520 Mio. Euro aus. Im Großhandel sind 600 Mio. Euro veranschlagt. Diese werden sich in der Größenordnung von 560 Mio. Euro bewegen. Im Apothekenbereich sind 350 Mio. Euro vorgesehen. Diese werden sich zu etwa 580 Mio. Euro kumulieren. Insoweit sind unsere Hochrechnungen lediglich marginal unterschiedlich von denen der Spitzenverbände der Krankenkassen. D. h., das Gesamtvolumen von etwa 1,370 Mrd. Euro wird sich verstetigen in einer Größenordnung von 1,670 Mrd. Euro.

In Bezug auf Ihre zweite Frage, Herr Storm, nämlich die Relation zwischen dem Umsatz bzw. dem Rohertrag, lassen Sie mich den Umsatzzuwachs des Jahres 2002 bezogen auf 2001 nennen. Er beträgt insgesamt im Bereich der GKV 900 Mio. Euro. Bedingt aber durch die Tatsache, dass schon im Jahre 2002 der erhöhte Apothekenrabatt, der im Übrigen mit Beginn des Jahres 2001 auf zwei Jahre festgelegt war, von 5 % auf 6 % gestiegen ist - und dieser erhöhte Rabatt gilt für den gesamten Umsatz - ist hier festzustellen, dass von dem Ausgabenplus für die Krankenkassen und dem entsprechenden Umsatzzuwachs der Apotheken aber ein Minus von 100 Mio. Euro an Rohertrag zu verzeichnen ist. Es muss einmal klar gesagt werden, dass die Umsatzentwicklung überhaupt nicht Schritt hält mit einer wie auch immer gearteten Rohertragssituation.

Die dritte Frage war der Bereich der Beschäftigungssituation. Hier müssen wir davon ausgehen, auch auf Grund von validen Aussagen auf Fragen, die wir einem Drittel aller Apotheken gestellt haben, dass auch hier die Prognosen

eintreten werden. Es ist zu bedauern, dass etwa 10.000 bis 12.000 Arbeitslose in diesem Jahr zu verzeichnen sein werden. Darüber hinaus stellen wir fest, dass gerade im Bereich der Auszubildenden ganz große Schwierigkeiten bestehen, etwa 3.000 junge Kolleginnen und Kollegen und Mitarbeiter in unseren Apotheken unterzubringen.

Unter dem Strich sei festgehalten, dass damit die Belastung für die Apotheken etwa das Dreifache dessen ist, was vorgesehen war, da uns nicht nur der eigentliche Sparbeitrag für die Apotheke trifft, der schon höher ist als die veranschlagten 350 Mio. Euro, sondern dass wir darüber hinaus - und dies ist belegbar - mit einer etwa 80 % igen Überwälzung des auf den Großhandel entfallenden Anteils auf die Apotheken zu rechnen haben.

SV Dr. Klaus G. Brauer: Herr Vorsitzender, mir liegen natürlich keine Zahlen vor, die das Gesamtkollektiv betreffen. Deswegen berichte ich Ihnen über Zahlen aus den ersten vier Monaten aus meiner eigenen Apotheke, die sich aber sehr wohl, weil ich den Marktanteil der Apotheke am Gesamtmarkt kenne, auf den Gesamtmarkt hochrechnen lassen. In den ersten vier Monaten dieses Jahres habe ich einen Apothekenrabatt - der bis Ende 2001 ja noch 5 % betrug, dann auf 6 % erhöht wurde - von 8,21 % abgeführt. Gleichzeitig habe ich in diesen ersten vier Monaten einen Großhandelsrabatt abführen müssen, den ich vom Großhandel nicht erstattet bekommen habe, sondern der von dem mir bisher gewährten Großhandelsrabatt in Höhe von 2,14 % abgezogen wurde. 2,21 % und 2,14 % ergeben eine Gesamtsumme von 4,35 %. Dieses ist mehr Rabatt als im Vergleichszeitraum in 2002, wo die Basis 6 % war.

Jetzt ist es eine ganz einfache Dreisatzrechnung. Mein Rabatt hat sich um 4,35 Prozentpunkte erhöht. Wir haben in 2002 einen GKV-Umsatz von 24,22 Mrd. Euro inklusive Selbstbeteiligung der Patienten gehabt. Wenn Sie diese 4,35 % hochrechnen, kommen Sie auf 1,053 Mrd. Euro. Die Zahl, die Herr Friese gerade vorgelegt hat, die sich aus den Pauschaldaten ergibt, beträgt 1,040 Mrd. Euro. Die leichte Erhöhung ist verständlich. Ich habe, so glaube ich, in meiner Apotheke relativ viele hochpreisige Arzneimittel und dadurch liegt wahrscheinlich mein Apothekenrabatt höher als im statistischen Durchschnitt. Diese Zah-

len, nämlich 1,050 Mrd. Euro für den Apothekensektor, stehen im eklatanten Kontrast zu Allem, was uns hier und an anderer Stelle versichert worden ist.

Ich möchte zurückkommen auf die Anhörung zum Beitragssatzsicherungsgesetz. Hierbei hat der Sachverständige Prof. Dr. Lauterbach auf die Frage von Frau Dr. Margrit Spielmann (SPD) gesagt, es sei, ich zitiere wörtlich: „...schlicht und ergreifend unmöglich, dass der dem Großhandel zugedachte Rabatt letztlich bei den Apotheken lande, weil sich die Marktmacht der Apotheken mit Blick auf den Großhandel doch überhaupt nicht ändere. Wären solche Spielräume vorhanden“ – so Prof. Dr. Lauterbach wörtlich weiter – „würden sie schon jetzt zu Gunsten größerer Gewinne des Großhandels genutzt werden“. Ich kann nur sagen, wir sehen jetzt eine Verdreifachung der Belastung der Apotheken und dass Herr Prof. Dr. Lauterbach hier irrt.

Jedes Blumenmädchen weiß, ich kann nur etwas abgeben, wenn ich etwas übrig habe. Ein Ökonom weiß, dass auch ein Unternehmen im Wettbewerb nur Bonität hat, wenn ausreichend schwarze Zahlen vorliegen. Eine Branche, die wie die Großhandelsbranche gut gerechnet 250 Mio. Euro Umsatzrendite pro Jahr macht, kann nicht 600 Mio. Euro, wie aber vom Gesetz verlangt, an die Apotheken weitergeben. Nur dann, wenn der Großhandel diese Belastungen hätte tragen können, wären diese Rabatte für die Apotheken kostenneutral gewesen. In der Tat beträgt die Belastung der Apotheken statt 350 Mio. Euro, wie Sie uns versichert haben, jetzt ca. 1,050 Mrd. Euro. Wir haben diese 350 Mio. Euro bereits in den ersten vier Monaten erreicht.

Durch diese exorbitante Belastung sind alle Versicherungen – übrigens auch die von Ihnen, Herr Kirschner, Sie haben auch in Briefen an die Apotheker gesagt, es sei durch den Gesetzestext sichergestellt, dass nichts von der Großhandelsbelastung an die Apotheken weitergegeben werden könnte – bereits widerlegt. Wir sehen jetzt, dass der wesentliche Teil der Großhandelsbelastung von 600 Mio. Euro an die Apotheken weitergegeben worden ist. Das ist in aller Ruhe und ohne jede Emotion die jetzige Situation.

Wir haben die dreifache Belastung zu tragen, die Sie angeblich - und ich gehe fest davon aus, dass das Ihr echter Wille war - uns nicht

aufbürden wollten. Dieses ist für die Apotheken eine Belastung, die Leistungseinschränkungen und Insolvenzen zum Ergebnis haben wird, allerdings mit der typischen Verzögerung bei Apotheken, denn wir sind Einzelunternehmen, wir können nur ganz still Konkurs machen, wir müssen erst unser Vermögen aufzehren, wir können nicht wie eine GmbH ganz schnell mal eben in den Konkurs gehen.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller mit der Bitte um Ergänzung durch den BPI und BAH. Vor einem Jahr hat der VFA mit der Bundesregierung gegen Zahlung von 200 Mio. Euro vereinbart, von weiteren preisregulierenden Maßnahmen durch die rot-grüne Bundesregierung verschont zu bleiben. Mich würde interessieren, wie Sie angesichts dieser Vereinbarung, die damals getroffen wurde, die jetzigen Unternehmensrabatte beurteilen und bewerten. Mich würde außerdem interessieren, welche Auswirkungen dieser Unternehmensrabatt auf den Forschungs- und auf den Pharmastandort Deutschland hat.

Eine weitere Frage geht an den PHAGRO – an Prof. Meyer. SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN haben immer wieder betont, dass dem pharmazeutischen Großhandel mit dem Beitragssatzsicherungsgesetz ein eigener Sparbeitrag von 600 Mio. Euro abverlangt werden soll. In der Gesetzesbegründung ist dagegen zu lesen, dass diese 600 Mio. Euro aus den bereits bestehenden Rabatten des Großhandels an die Apotheken entnommen werden sollen. Jetzt dazu meine Frage: Um welche Art von Rabatten handelt es sich dabei und welche Funktionen erfüllen diese Rabatte? Kann man tatsächlich davon ausgehen, dass diese Rabatte der GKV bisher vorenthalten wurden und es somit gerechtfertigt ist, sie jetzt auch weitgehend abzuschöpfen? Vielleicht können Sie uns auch unterrichten, wie sich die derzeitigen tatsächlichen Belastungen für den pharmazeutischen Großhandel darstellen. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie davon gesprochen, dass dieser Großhandelsabschlag auf eine nichtverfassungsgemäße Weise eingeführt worden sei. Vielleicht können Sie diese Aussage auch noch einmal näher erläutern.

SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Herr Vor-

sitzender, Frau Abgeordnete, die Forschenden Arzneimittelhersteller haben im November 2001 mit maßgeblichen Politikern der Bundesregierung eine Solidarvereinbarung geschlossen. In der Pressemitteilung Nr. 507 aus 2001 heißt es: „Der Sprecher der Bundesregierung Uwe-Karsten Heye teilt mit – ich lese den entscheidenden Satz wörtlich vor – ...‘Die Bundesregierung erklärte, für die Jahre 2002 und 2003 auf gesetzliche Preisregulierungen für festbetragsfreie verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verzichten.“ Wir sehen in dem Herstellerrabatt des Beitragssatzsicherungsgesetzes einen eindeutigen Bruch dieser Solidarvereinbarung. Wir bedauern, dass dadurch die Berechenbarkeit und die Verlässlichkeit der Politik großen Schaden genommen hat und dieses bei den Mitgliedsfirmen in Deutschland und weltweit gewirkt hat und insofern dem Pharmastandort Deutschland schon allein deshalb großer Schaden zugefügt wurde.

Es kommt hinzu, dass der Eingriff in die Preise via Rabatt ordnungspolitisch aus unserer Sicht unhaltbar ist. Wo gibt es das sonst, dass ein Staat unmittelbar in die Preisgestaltung der Hersteller eingreift? Die absehbaren Konsequenzen sind in einer von unserem Verband durchgeführten Umfrage deutlich geworden. Zwei Drittel unserer Mitgliedsfirmen haben uns mitgeteilt, dass sie planen Arbeitsplätze abzubauen und ein Drittel will Neueinstellungen zurückstellen. Das zum Thema „Arbeitsplatz“.

Zum Thema „Investitionsstopp“: Ungefähr die Hälfte unserer Mitgliedsfirmen will ihr Investitionsvolumen senken. Dieses wird auch nicht an den Forschungsaufwendungen vorbeigehen, was wiederum die Forschungsfähigkeit der Mitgliedsunternehmen beeinträchtigt. Insofern hat in dieser Gesamtschau der Herstellerrabatt zu einem beträchtlichen Flurschaden in der pharmapolitischen Landschaft geführt.

Und eine letzte Zahl zum Schluss. Im Gesetzentwurf heißt es, dass die Belastungen der Arzneimittelhersteller auf 420 Mio. Euro geschätzt werden. Es gibt aktuelle Berechnungen von Marktforschungsinstituten, die zu einem Einsparvolumen von 540 bis 550 oder noch etwas mehr Mio. Euro kommen, das bedeutet, dass das prognostizierte Einsparvolumen durch die Realität um 30 % oder mehr übertroffen worden sein wird. Dies allein zeigt schon die Belastung der Arzneimittelhersteller.

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, Frau Abgeordnete Widmann-Mauz, ich muss zu dem Solibetrag, der hier in Rede steht, für den BPI nichts sagen. Deshalb würde ich gerne diese kleine Lücke nutzen, die Diskussion nicht ganz so unhistorisch sein zu lassen, wie sie bisher war.

Ich möchte noch einmal auf eines hinweisen: Wir sind vor dem Beitragssatzsicherungsgesetz bereits im Jahr 2000 mit einer Strukturreform beglückt worden und im Rahmen dieser Strukturreform sind erhebliche Umstrukturierungen zwischen den unterschiedlichen Sozialversicherungszweigen vorgenommen worden. Bereits im Frühjahr 2001 gab es Berechnungen von Gesundheitsökonomern, dass den gesetzlichen Krankenversicherern in 2001 2,5 Mrd. Euro und in 2002 3,04 Mrd. Euro an Beitragseinnahmen fehlen werden. Diese Zahlen haben sich eindrucksvoll bestätigt. Von daher muss man erst einmal sagen, diese politisch gewollte Umschichtung hat letztendlich dazu geführt, dass Beitragsdifferenzen, Beitragsunterdeckungen bei der gesetzlichen Krankenversicherung, die sonst fast eine Punktlandung gemacht hätten, entstanden sind, die dann durch die Maßnahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes gestopft werden sollten.

Ich darf auf einen zweiten Punkt hinweisen; auch der AOK-Bundesverband hat bereits Ende letzten Jahres eine Berechnung gemacht, was die Hartz-Vorschläge kosten. Diese Berechnung zeigt, dass die pharmazeutische Industrie mit dem „Sparbeitrag“ von 1,4 Mrd. Euro letztendlich nichts weiter tut, als die Lücken, die durch die Umsetzung des Hartz-Konzepts in der gesetzlichen Krankenversicherung entstehen werden, zu decken.

Jetzt zur Auswirkung: Der BPI - das wissen Sie, Frau Widmann-Mauz - repräsentiert eine Klientel von größtenteils mittelständischen und standortgebundenen Unternehmen, d. h. sie sind nicht börsennotiert und diese Unternehmen haben weiß Gott keine hohen Umsatzrenditen. Es wird immer viel über Umsatzrenditen im pharmazeutischen Sektor philosophiert. Die Umsatzrenditen dieser Unternehmen liegen zwischen 5 und 8 %. Durch die Rabattverpflichtung wird nun bei diesen Unternehmen eine Belastung von 6 % fällig, die zwar nicht auf das gesamte Arzneimittelsegment durch-

schlagen wird, die aber letztendlich - ich bitte das hier noch einmal sehr deutlich zur Kenntnis zu nehmen - mittelständische Unternehmen besonders belasten, weil es bei ihnen fast keine Rationalisierungspotenziale innerhalb des Unternehmens gibt. Die Rabattverpflichtungen, die diese Unternehmen zu bedienen haben, kommen aus den Umsatzrenditen, aus den Gewinnen. D. h. konkret, die Rabattverpflichtungen die sich aus den Gewinnen ergeben, ermöglichen es den Unternehmen immer weniger Eigenkapital anzuhäufen, Eigenkapitalquoten zu bilden, die sie aber dringend brauchen, wenn sie Modernisierungsinvestitionen über Bankkredite finanzieren wollen.

Sie wissen, dass im Kontext nach Basel II die Kreditvergabe der Banken sehr viel restriktiver gehandhabt wird, die Eigenkapitalquote spielt eine sehr große Rolle. D. h. viele dieser mittelständischen Unternehmen, die letztendlich jetzt gehindert werden entsprechende Eigenkapitalquoten zu bilden, bekommen entweder keine Modernisierungsinvestitionskredite oder sie bekommen sie zu Konditionen angeboten, die sie nicht bedienen können. Im Ergebnis heißt das, dass Modernisierungsinvestitionen zurückgestellt werden. Dabei sind perspektivisch Arbeitsplätze gefährdet, weil diese Modernisierungsinvestitionen nicht kommen, aber es bedeutet auch, dass Arbeitsplätze verloren gehen, weil die Unternehmen letztendlich sukzessive konkurrenzunfähig werden. Das ist eine massive Beeinträchtigung der pharmazeutischen Industrie, insbesondere der mittelständischen pharmazeutischen Industrie, die hier standortgebunden arbeitet und diese Einbrüche auch nicht durch internationale Geschäfte kompensieren kann.

SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller): Ich möchte mein Augenmerk auf die kumulierten Auswirkungen der pharma- und gesundheitspolitischen Kostendämpfungsmaßnahmen der letzten 12 bis 14 Monate lenken. In Bezug auf das Beitragssatzsicherungsgesetz - wir haben es vorhin von Herrn Dr. Vorderwülbecke gehört - hat das IMS errechnet - das sind keine Schätzungen, sondern Berechnungen basierend auf den Zahlen der Auswertung der Verordnung des I. Quartals 2003 -, dass durch den 6 % -igen Herstellerrabatt eine kumulierte Wirkung von 570 Mio. Euro eintreten wird. Durch aut idem sind im letzten Jahr weitere Belastungen von jährlich 220 Mio. Euro auf die Industrie zuge-

kommen und letztlich nochmals die Einführung der Festbeträge oder die Bearbeitung der Festbeträge für die ACE-Hemmer. Das ist über 12 bis 14 Monate eine kumulierte Belastung der Industrie von ca. 1 Mrd. Euro. Da die laufenden Kosten bei den Arzneimittelherstellern gleich bleiben, ist das nicht Umsatz, sondern Ertrag. Insofern möchte ich auch das bestätigen, was Herr Dr. Brauner hier ausgeführt hat. Und wenn man dann - ich betone das in einer modelltheoretischen Berechnung - den Umsatz, den die pharmazeutische Industrie im Jahre 2002 insgesamt erwirkte, in Relation zu den Beschäftigten stellt, dann ergibt sich aus dieser Relation modelltheoretisch berechnet ein Arbeitsplatzabbau von ca. 5.000 Arbeitsplätzen. Das ist unweigerlich so. Auf diesen Aspekt möchte ich nochmals hinweisen.

In Bezug auf das Beitragssatzsicherungsgesetz haben wir natürlich noch keine Auswirkungen, da dieses erst am Anfang des Jahres in Kraft getreten ist und ein Arbeitsplatzabbau erst im Frühsommer diesen Jahres zu erwarten ist. Aber modelltheoretisch würde das zu einem Arbeitsplatzabbau in dieser Höhe führen.

SV Prof. Hilko Meyer (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.): Herr Vorsitzender, Frau Abgeordnete, das waren drei Fragen. Die erste Frage bezog sich darauf, um was es sich bei bisherigen Großhandelsrabatten handelt. Es handelt sich dabei um die in der Arzneimittelpreisverordnung ausdrücklich vorgesehenen Funktionsrabatte, die den entscheidenden Wettbewerbsparameter für den pharmazeutischen Großhandel darstellen. Diese Rabatte werden im harten Wettbewerb und durch Produktivitätssteigerung erwirtschaftet und machen deshalb den Großhandelsmarkt auch so wettbewerbsintensiv. Der Großhändler wird durch sie gezwungen, seine Leistungen zu verbessern. Darüber hinaus kompensieren sie in einem gewissen Maße die Belastungen der Apotheken. Die Vorstellung, man könne diese Rabatte einfach „abschöpfen“ und der GKV zuführen, verkennt die volkswirtschaftliche Funktion dieser Rabatte und würde den Wettbewerb unter den Großhändlern beseitigen.

Wenn es hier Spielräume gibt, dann ergeben sich diese aus den von Herrn Kaesbach benannten Strukturen der Arzneimittelpreisverordnung. Dort haben wir konkrete Vorschläge gemacht und da gibt es dann auch in der Tat Dinge und Spielräume, die zu Gunsten der

GKV abgeschöpft werden könnten. Das sind aber ganz andere Größenordnungen als im Beitragssatzsicherungsgesetz vorgesehen und vor allem, wenn man das macht, muss man dieses systemgerecht im Rahmen der Arzneimittelpreisverordnung machen. Die Lehre aus dem Beitragssatzsicherungsgesetz ist meines Erachtens, dass man hier die Großhandelsspanne und die Apothekenspanne gemeinsam betrachten muss und hier nicht getrennt denken kann, man könnte beidseitig sparen, da dieses, wie wir gesehen haben, zu einem großen Teil zu Lasten der Apotheken gegangen ist.

Der zweite Punkt war die Frage, wie sich jetzt eigentlich die Belastung zwischen dem Großhandel und den Apotheken verteilt. Dem Bundesverband liegen dazu keine Zahlen vor. Das ergibt sich schlicht und einfach aus dem Kartellrecht. Der Großhandelsverband kennt nicht das Rabattgebaren seiner Mitglieder, denn das ist das Wettbewerbsmittel der Großhändler. Wir können aber die Zahlen nachvollziehen, welche die ABDA genannt hat, also die Aufteilung 80:20 und wir kennen die Zahl, die veröffentlicht ist. Das sind nämlich die testierten Abschlüsse unserer Unternehmen, die im letzten Jahr veröffentlicht wurden, und daraus ergibt sich hochgerechnet auf die ganze Branche nun einmal dieser Betrag von ca. 237 Mio. Euro Gewinn vor Steuern. Dieses ist eine Summe die in keinem Verhältnis zu dem Einsparpotenzial steht, was hier auf Apothekenebene in Höhe von 600 Mio. Euro als Großhandelsabschlag abgeschöpft wird. Hier sieht man sofort, dass das eine falsche Relation ist und dass hier auf jeden Fall der größte Teil bei den Apotheken hängen bleiben muss.

Insofern belastet es beide bis an die Grenzen, nämlich den Großhandel und die Apotheken. Insbesondere wird der Gewinn vor Steuern der Großhändler ungefähr halbiert und das bedeutet bei einer sehr niedrigen Umsatzrendite von ca. 1 %, dass hier der Wettbewerb, der bislang noch dadurch sichergestellt wird, dass neben den großen auch mittelständische Unternehmen und kleine Unternehmen da sind, in Gefahr gerät, da diese Unternehmen sehr große Schwierigkeiten haben werden, auf dem Markt zu bleiben. Sie sind auf dem besten Wege, wenn das Beitragssatzsicherungsgesetz nicht aufgehoben wird, d. h. dieser Großhandelsabschlag nicht aufgehoben wird, die Wettbewerbsstrukturen im Großhandelsbereich zu beenden und hier wirklich ein Oligopol von

zwei oder drei großen Großhändlern herbeizuführen.

Die letzte Frage ging auf die Verfassungsmäßigkeit dieser Regelung. In der Tat sind wir der Auffassung - und drei Mitgliedsunternehmen haben bereits Verfassungsbeschwerden erhoben, andere bereiten sie vor -, dass dieses Gesetz verfassungswidrig ist. Der erste Punkt ist, dass es sich hier um eine Sonderabgabe handelt, eine Art Sondersteuer, denn der pharmazeutische Großhandel gehört nicht zu den Vertragspartnern der GKV, sondern er wird pauschal, also nicht wie Hersteller und Apotheker nur für den GKV-Umsatz, sondern pauschal zur Kasse gebeten, um Löcher in der GKV zu stopfen. Wir haben hierzu ein Gutachten bei Prof. Kirchhoff in Auftrag gegeben und erwarten in Kürze seine Ergebnisse.

Zweiter Punkt: Hier geht es faktisch um eine Änderung der Arzneimittelspannen. Das sieht man ja auch daran, dass dieser Großhandelsabschlag nach den Entwürfen des BMGS wieder abgeschafft werden soll, weil dort in der Tat die Arzneimittelpreisverordnung geändert werden soll. Hier geht es um eine Umgehung der Arzneimittelpreisverordnung, auch der Kriterien, die im § 78 AMG enthalten sind, und damit auch eine Umgehung der Zustimmungspflichtigkeit des Bundesrats. Nicht umsonst gibt es hier Normenkontrollanträge der Länder Baden-Württemberg und Saarland. Der Großhandelsabschlag ist ein aus unserer Sicht unverhältnismäßiger und nicht gerechtfertigter Eingriff in die verfassungsmäßigen Rechte unserer Mitglieder und sie werden sich dagegen zu Wehr setzen. Fazit: Schaffen Sie diesen Abschlag ab!

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben nun viel zu den Auswirkungen der Abschlüsse aus Sicht der Apotheken und des Großhandels gehört. Jetzt möchte ich noch einmal die Spitzenverbände der Krankenkassen dazu befragen, zumal diese ja andere Zahlen vorlegen.

SV **Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Zahlen zwischen den Apothekern und den Spitzenverbänden der Krankenkassen unterscheiden sich nur marginal. Bezogen auf die effektive Belastung der Apotheken muss ich die Zahl von Herrn Dr. Brauer korrigieren. Hier handelt es sich nicht

um 8,5 %, sondern um 7,1 %, weil die Mehrwertsteuerbereinigung zu berücksichtigen ist. Diese Zahl wird auch von den Apothekerverbänden nicht bestritten, wir sind uns über 7,1 % effektive Belastung der Apotheker einig. In absoluten Zahlen differieren wir um etwa 165 Mio. €. Dies ist durch den Umsatzverordnungsanzuwachs des Jahres 2003 bedingt.

Ich möchte noch meine schuldig gebliebene Antwort auf die Frage des Abgeordneten Schmidbauer hinzufügen: Wenn das Beitragsatzsicherungsgesetz abgeschafft werden würde, also den gesetzlichen Krankenkassen ein Volumen von 1,6 Mrd. € verloren ginge, hätte das eine Beitragsrelevanz von 0,15 Beitragsatz-Prozentpunkten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die nächste Frage geht an die ABDA: Seit 1995 sind die Ausgaben für Medikamente um rd. 30 % gestiegen. Wie hat sich in dieser Zeit die Gewinnsituation der Apotheken entwickelt?

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wie ich am Beispiel des Jahres 2002 nachgewiesen habe ist der Umsatzzuwachs für die Apotheke mit einem Rohertragsminus einher gegangen. Der Umsatzzuwachs, sprich das Ausgabenplus für die gesetzliche Krankenversicherung, hat im Jahre 2002, bezogen auf das Jahr 2001, 900 Mio. € betragen. Davon ist für die Apotheke insgesamt ein Minus von 100 Mio. € zu verzeichnen. Warum? Weil der erhöhte Rabatt von 5 auf 6 % naturgemäß für die gesamte Ausgabensumme der GKV heran zu ziehen ist.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann habe ich eine Frage an PHAGRO und die ABDA. Aus der Stellungnahme der ABDA war zu entnehmen, dass es auch Apotheken gibt, auf die der Großhandel seinen GKV-Abschlag nicht abwälzt. Ich hätte gern gewusst, ob regionale Vereinbarungen zwischen dem Großhandel und Apotheken existieren oder wie diese unterschiedliche Praxis sonst zu erklären ist.

SV **Prof. Hilko Meyer** (Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels e.V.): Natürlich gibt es keine Absprachen über Rabatte -

ich hatte vorhin schon die Kartellrelevanz dieses ganzen Bereichs angesprochen. Es passiert aber etwas Anderes. Der Pharmazeutische Großhandel gibt Rabatte. Er gibt aber nicht jedem die gleichen Rabatte, sondern nutzt sie wie im Wettbewerb. D.h. diese Rabatte haben Funktionen - kleinere Bestellungen sind beispielsweise nicht rabattiert, größere ja. Wenn jetzt darüber der Zwangsabbatt gelegt wird, bedeutet dies, dass die Überwälzung des Rabattes nicht einfach eine 1:1-Rechnung ist, sondern es hier eine vielfältige Wirkung und Gegenwirkung gibt. Als Folge stellen sich für einzelne Apotheker Rabatte ein, die sie bisher in einem kleinen Bereich ihrer Bestellung nicht bekommen haben. In anderen Bereichen wird der Zwangsabbatt von den bisherigen Rabatten abgezogen. Es ergibt sich ein buntscheckiges Bild sehr unterschiedlicher Situationen, die sowohl auf Großhandelsebene als auch auf Apothekenebene sicherlich zu Lasten der wirtschaftlich Schwächeren geht. Wir haben eine starke Verschärfung des Wettbewerbs auf beiden Seiten, gegen die sich die beiden Beteiligten nicht wehren können.

Es ergibt sich folgendes Fazit: Für die GKV ist das ganze Hin und Her kein Problem, weil diese den Großhandelsabbatt quasi direkt an der Quelle abzieht, nämlich bei dem Apotheker. Die Aufteilung der Belastung ergibt sich wahrscheinlich in einer Größenordnung, die wir eben von der ABDA gehört haben, nämlich mindestens 80 % für die Apotheke, 20 % für den Großhandel.

SV **Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Diese Frage verschafft mir die Möglichkeit klar zu stellen, um was für Arten von Rabatten es sich hier handelt. Ich tue das wie seinerzeit in der Anhörung am 12. November des vergangenen Jahres, als wir uns auch schon über das Beitragsatzsicherungsgesetz unterhalten haben. Es geht nicht darum, dass es Rabatte sind, die auf Grund der Bilanzen zusätzlich in das Portemonnaie des Apothekers kommen: Sie sind integraler Bestandteil seines Einkommens und im Ergebnis nur die annähernde Kompensation eines Margenverfalls, den wir über Jahre zu verzeichnen haben. Margenverfall heißt, dass insbesondere durch die Strukturkomponente der entsprechende Ertrag für die Apotheke nicht mehr gegeben ist. Bedingt durch die Funktionalabbatte des Großhandels ist es zu einer gewissen Kompensation gekommen.

In dem Moment aber, wo - wie Herr Prof. Meyer dargelegt hat - der Rabatt des Großhandels in einer Größenordnung von 80 % auf die unterschiedliche individuelle Vertragssituation zwischen der Einzelapotheke und dem einzelnen Großhändler überwältigt wird, kommt es dazu, dass die Rabatte, die wir vom Großhandel erhalten, im Verhältnis zu den Rabatten, die wir an die GKV geben müssen, eine Überabschöpfung von nahezu dem Dreifachen ausmachen. Die Rabatte, die wir erhalten - 1,1 Mrd. € minus den 500 Mio. €, die uns jetzt genommen werden - bedeuten im Gegensatz zu den 1,8 Mrd. €, die wir an die Krankenkassen geben, eine erhebliche Überabschöpfung. Die Auswirkungen sind von mir bereits dargestellt worden. Apotheken, die einen höheren GKV-Umsatz haben, sind naturgemäß stärker von diesem erhöhten Rabatt an die Krankenkassen betroffen, nunmehr in einer Spreizung zwischen 6 und 10 %. Nach allem was wir wissen, in einer Größenordnung von 8,0 bzw. 8,2 %.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe ich eine Frage an den Bundesverband der Verbraucherzentrale: Können Sie uns sagen, ob es durch das Beitragssatzsicherungsgesetz zu Einbußen in der Arzneimittelversorgung der Versicherten oder in der Versorgung mit Zahnersatz gekommen ist oder ob Sie so etwas im weiteren Jahresverlauf erwarten?

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir haben dies bisher nicht beobachtet. Aus der Beratungspraxis der Verbraucherzentralen ist uns nichts darüber bekannt, weder im Bereich des Zahnersatzes noch im Bereich der Arzneimittel. Wir erwarten dies im Augenblick auch nicht, weil sich die Einsparungen im Wesentlichen im Bereich der Apotheken und des Zwischenhandels bewegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Eine Frage an die Kassen: Wie stellt sich der Stand der zahntechnischen Versorgungsstruktur im internationalen Vergleich da und welche Auswirkungen erwarten Sie durch das Beitragssatzsicherungsgesetz auf die Versorgungsstruktur?

SV **Rolf Stadié** (Bundesknappschaft): Beim Stand der zahntechnischen Versorgungsstruktur ist die Bundesrepublik international relativ weit oben. Wir erwarten durch das Beitragssatzsicherungsgesetz keine Auswirkungen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich möchte den Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen zu Folgendem befragen: Die Spitzenverbände der Kassen weisen darauf hin, dass es bereits heute Anbieter inländischen Zahnersatzes gibt, die die Höchstpreise bis zu 20 % unterschreiten. Deuten diese Preisspannen darauf hin, dass es im Bereich der Zahntechnik Wirtschaftlichkeitsreserven gibt?

SV **Lutz Wolf** (Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen): Wenn die Krankenkassen darauf hinweisen, dass es Anbieter gebe, die inländisch 20 % unter den vereinbarten Höchstpreisen produzieren, dann ist das zu erklären. Wir haben in jedem der zurückliegenden 10 Jahre einen Beitrag zur Beitragssatzstabilität und zur Ausgabenbegrenzung geleistet, denn die Vergütung der Zahntechniker ist in jedem Jahr unterproportional gestiegen. Der Anstieg ist unter dem Spielraum geblieben, den der Gesetzgeber eingeräumt hat. Wenn nun in 10 Jahren eine Gesamtvergütungssteigerung von 5,6 % zu Stande gekommen ist, dann ahnt man, dass an dieser Stelle keine Spielräume mehr bestehen. Ich will das noch durch eine andere Zahl belegen. Dazu muss man sich die Entwicklung der Rohertragslage ansehen: Im Jahre 1998 hatten die Laboratorien noch eine Rohertragslage von 8 %, 1999 von 2 % und im Jahre 2000 von 0,9 %. Das zu dem Thema Wirtschaftlichkeitsreserven. Die Eigenkapitaldecke lag 1992 bei 26 %, im Jahre 2000 bei 13,6 %. Die Eigenkapitaldecke hat sich also halbiert.

Wenn es nun Anbieter geben soll, die 20 % unterhalb der vereinbarten Höchstpreise produzieren, dann muss man das auch belegen. Ich halte die Annahme, dass inländische Produktion 20 % unterhalb den vereinbarten Vergütungen liegen kann, für schlichtweg ausgeschlossen. Aber wenn wir in den letzten Monaten die Medien verfolgt haben, kennen wir die Wege, wie inländisch solche Produkte angeboten werden können. Die Produkte werden nicht im Inland hergestellt, sondern unter Umgehung der rechtlichen Bedingungen einge-

führt. Hier ist meine Sorge, dass das zu einer Verwerfung der Versorgungsqualität in Deutschland führen wird. Darüber hinaus hat das Ganze auch eine beschäftigungs- und ausbildungspolitische Dimension, die man in diesem Zusammenhang auch sehen muss.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Herr Dr. Brauer, Sie haben die Situation in Ihrer Apotheke geschildert. Ich würde Sie bitten, diese noch einmal in aller Deutlichkeit zu wiederholen.

SV Dr. Klaus G. Brauer: Herr Kaesbach, Sie haben die Zahl, die ich hier genannt habe, angezweifelt. Sie haben gesagt, es geht um 7,1 % und nicht um 8,2 %. Sie haben die Mehrwertsteuer heraus gerechnet, was völlig richtig ist. Aber immer, im Konzeptpapier und in allen Papieren des Bundesgesundheitsministeriums, war die Bezugsbasis für die Berechnung der Einsparungen der Apothekenabgabepreis inklusive Mehrwertsteuer: 350 Mio. € Einsparungen auf Seiten der Apotheker - inklusive Mehrwertsteuer - und 600 Mio. € Einsparungen auf der Seite des Großhandels - inklusive Mehrwertsteuer. Insofern stimmt meine Aussage nach wie vor. Sie können nicht auf der einen Seite die Mehrwertsteuer heraus rechnen und sie auf der anderen Seite drin lassen.

Von der Politik, von Vertretern des Gesundheitsministeriums, ist den Apothekern immer wieder das Versprechen gegeben worden, dass sie mit 350 Mio. € belastet werden, nicht mit mehr. Wenn Herr Kaesbach jetzt sagt, die Apotheker seien "geringfügig mehr belastet worden", dann muss er mir erklären, wieso die Verdreifachung geringfügig ist. Sie ist nicht geringfügig.

Herr Dr. Thomae, ich wiederhole den Zahlen Spiegel aus meiner Apotheke. Wir hatten im Jahre 2002 auf alle Arzneimittel einen Rabatt von 6 % abzuführen. Ich habe in den ersten vier Monaten dieses Jahres einen Rabatt von 8,2 % abgeführt. Das ist ein Plus von 2,21 %. Hinzu kam der Rabatt vom Großhandel, der nochmal 2,14 % betrug. Dieses Mehr von 4,35 % wirkt sich in der Summe, hochgerechnet auf die ganze Branche, exakt so aus, wie die ABDA es hier gesagt hat, nämlich mit 1.050 Mio. € und nicht - so wie die Politik es uns versichert hat - mit 350 Mio. €.

Insofern wäre die klare Konsequenz, entweder politischen Wortbruch zum Prinzip der Politik zu machen oder jetzt Konsequenzen zu ziehen. Denn die 350 Mio. € sind mit Ablauf des Monats April von den Apotheken erbracht worden. Wenn wir die Regelungen so bestehen lassen, wie sie jetzt bestehen, werden wir am Ende des Jahres 1.050 Mio. € erbracht haben. Das kann mit Prinzipien der politischen Ehrlichkeit nicht vereinbar sein.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich denke, dass die ABDA diese Berechnungen insgesamt bestätigen würde. Ich frage jetzt die Zahnärzte, was es für die zahnärztliche Versorgung bedeuten würde, wenn das Beitragssatzsicherungsgesetz beibehalten wird.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung): Wir haben unsere Stellungnahme abgegeben, deshalb nur noch einige Headlines. Mit der Fortsetzung der Budgetpolitik kommt noch mehr Druck in den Kessel. Wir sind seit einigen Jahren nur im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen in der Lage, Druck aufzufangen. Die jetzige Nullrunde verschärft diesen Druck. So gesehen ist bereits absehbar, dass sich die schleichende Rationierung weiter fortsetzt. Hinzu kommt, dass die Nullrunde für die niedergelassenen Ärzte und Zahnärzte real eine Minusrunde ist, die in einem Bereich zwischen 5 und 7 % liegt. Da eine ärztliche oder zahnärztliche Praxis letztlich auf Gewinn ausgerichtet sein muss, um u.a. die Gehälter und dergleichen zu bezahlen, muss dieser Druck in irgendeiner Form weiter gegeben werden. Wir bemühen uns, das zuallerletzt auf den Rücken des Patienten zu tun.

Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, dass diese Spirale mittlerweile dazu geführt hat, dass sich der Anteil der zahnärztlichen Versorgung am GKV-Kuchen, wenn ich das mal so salopp sagen darf, vom Ende der 70iger Jahre bis heute fast halbiert hat. Wir waren bei 15 %, jetzt sind wir bei rund 8 %. Diese Entwicklung ist überwiegend dadurch zustande gekommen, dass durch Eingriffe des Gesetzgebers Absenkungen und ähnliche Maßnahmen durchgeführt wurden, die nicht annähernd vom Patienten kompensiert werden konnten. Die meisten Leistungen bezogen sich auf den reinen Sachleistungsbereich, der zu 100 % von der gesetzlichen Krankenversiche-

rung bezahlt wird. Lediglich im Bereich der prothetischen Versorgung konnte es hier im geringen Umfang Kompensationen geben.

Ein weiterer Punkt liegt mir am Herzen, der deutlich macht, dass ganz besonders die Zahnärzteschaft durch den Gesetzgeber in die Zange genommen wird. Wir haben eine Auflage des Gesetzgebers, unseren Bewertungsmaßstab umzusetzen. Das geschieht dieser Tage und diese Umsetzung erfordert eine Neurelationierung mit teilweise erheblichen Absenkungen in einzelnen Bereichen. Das hat gravierende Auswirkungen auf die einzelnen Praxen, weil diese nicht von heute auf morgen in der Lage sind, das grundsätzlich zu kompensieren. Das hat aber auch Auswirkungen im Bereich der kieferorthopädischen Versorgung, da der kieferorthopädisch tätige Fachzahnarzt keine Möglichkeit hat, andere Leistungsbereich verstärkt in den Mittelpunkt seiner Therapie zu setzen. Hier halten ganz massiv betriebswirtschaftliche Konsequenzen Einzug. So gesehen ist absehbar, dass das große Ziel einer Qualitätsverbesserung sicher eher ins Gegenteil verkehrt.

Die Sitzung wird für ca. 10 Minuten unterbrochen.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an Prof. Lauterbach. Sie waren angesprochen worden als einer der möglichen Verursacher dafür, dass der Pharmastandort Deutschland gefährdet sei. Ich bitte Sie um eine Kommentierung.

SV Prof. Dr. Karl W. Lauterbach: Der Pharmastandort Deutschland hängt natürlich nicht vom Umsatz, den die Pharmazeutische Industrie in Deutschland macht, in direkter Weise ab. Der Pharmastandort hängt im Wesentlichen davon ab, wie gut die Forschungsbedingungen und die Produktionsbedingungen in einem Land sind. So sind z.B. die Lohnnebenkosten für die Entscheidung, wo die Pharmazeutische Industrie produziert, wichtiger als der Umsatz im entsprechenden Land. Das kann man sich am Beispiel von England vor Augen führen, wo die Umsätze und auch das Preisniveau sehr niedrig sind. Trotzdem ist England in Europa der größte Produktionsstandort und auch der erfolgreichste Forschungsstandort. Die Umsätze der Industrie in einem Land sind

also nicht entscheidend dafür, ob dort produziert oder geforscht wird.

Deutschland ist ein Land mit sehr hohem Umsatz, aber klinische Pharmazieforschung findet in Deutschland nur verhältnismäßig wenig statt, weil der Standort für diese Forschung nicht besonders günstig ist. Ich warne vor der plausiblen, aber falschen Annahme, dass der Umsatz eines Unternehmens darüber entscheidet, wo ein internationales Unternehmen forscht oder wo es produziert. Somit muss die deutsche Pharmaindustrie ebenfalls ein Interesse an niedrigen Lohnnebenkosten und kein Interesse an hohen Beitragssätzen für die Sozialversicherung haben.

Ich möchte noch einmal auf die Auswirkungen des Großhandelsabschlags eingehen. Es ist eine völlig verkürzte und irreführende Bewertung der Auswirkung des Großhandelsabschlags, wenn man sich nur auf die Entwicklung der Rabatte konzentriert. Wer die Lasten zum Schluss trägt, hängt davon ab, wer Marktmacht hat und wer nicht und ist einzig und allein abschätzbar an der Entwicklung des Ertrags. Der Ertrag setzt sich wiederum aus den Umsätzen, den Preisen, den Naturalrabatten und den Rabatten zusammen. Die alleinige Betrachtung der Entwicklung der Rabatte - und dann auch noch am Beispiel einer einzigen Apotheke - ist völlig abwegig, um die Ertragsituation für alle Apotheken im ganzen Land abzuschätzen. Sie können nicht auf der alleinigen Grundlage der Rabatte und erst recht nicht auf der Grundlage der Abschätzung der Rabatte einer einzelnen Apotheke irgendeine belastbare Aussage zur Entwicklung der Ertragslage der Apotheken machen!

Wie die Erträge sich zum Schluss entwickeln, wird abzuwarten sein. Hier sind die Bemerkungen der ABDA durchaus ernst zu nehmen und müssen in dem Sinne geprüft werden. Aber schauen Sie nicht allein auf die Rabatte und schauen Sie erst recht nicht auf die Rabatte einzelner Apotheken. Es ist ganz klar, dass sich eine solche Teilumwälzung für einige Apotheken negativ und für andere Apotheken positiv auswirkt. Der Saldo wirkt sich wiederum auf die Erträge aus und das Ganze summiert sich.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Ich habe eine Frage an die Zahntechniker-Innungen. Wie hat sich die Gewinn-, Umsatz-

und Kostenentwicklung im Bereich der gewerblichen und zahntechnischen Labore seit Inkrafttreten des Beitragsicherungsgesetzes entwickelt? Welche aussagekräftigen Statistiken liegen in diesem Zusammenhang hier vor?

SV Lutz Wolf (Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen): Wir schreiben den Monat Mai und können jetzt noch keine validen Daten darüber liefern, wie sich die Umsätze, die Gewinne und die Erträge als Auswirkung des Beitragssatzsicherungsgesetz entwickeln. Wir können aber eines sagen: Es gibt valide Daten darüber, dass 68 % der Laboratorien in Deutschland ihre Kosten bei der Herstellung des Zahnersatzes nicht mehr decken. Das muss für uns alle ein alarmierendes Signal sein, an dieser Stelle die Schrauben zurückzudrehen, denn dadurch ist auch die Qualität der Versorgung gefährdet.

Das Ganze hat einen erheblichen Einfluss volkswirtschaftlicher Art auf die Investition und Innovationsfähigkeit eines ganzen Handwerkes. Überlegen Sie, was das für hochqualifizierte Mitarbeiter bedeutet, die in den Betrieben nicht mehr gehalten werden können. Alle diese Auswirkungen zeigen, dass die Schraube zurückgedreht werden muss.

Eine besondere Sache muss man ansprechen, wenn Sie nach Gewinnen, Umsätzen und Erträgen fragen. So haben die Betriebe in den neuen Bundesländern immer noch eine sehr schmerzhaft Anpassungslücke von 20 % der Vergütungen haben. Das Handwerk kann die Sonderbelastung des Beitragssatzsicherungsgesetzes mit 5 % iger Absenkung nicht tragen.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Die gleiche Frage möchte ich an die Spitzenverbände der Krankenkassen richten.

SV Rolf Stadié (Bundesknappschaft): Hier muss ich mich den Äußerungen meines Vordröners anschließen. Das Jahr ist noch relativ jung und deswegen liegen noch keine Daten vor.

Abg. **Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Ich möchte Herrn Henke, die KBV und die KZBV fragen, wie sich die Situation in den neuen Bundesländern im Hinblick auf die Nullrunde

entwickelt. Die Vertreter der KBV und der KZBV möchte ich auch fragen, welche Auswirkungen die heute besprochene Gesetzgebung hat. Zum Schluss bitte ich Herrn Borcharding um einen Kommentar zu der Aussage, dass eine Apotheke allein nicht ausschlaggebend ist. Zusätzlich möchte ich von Ihnen wissen, wie sich das Ganze auf die Arbeitsmarktsituation in den Apotheken auswirkt, vor allem im ländlichen Raum. Wird die Apothekenlandschaft dadurch nachhaltig beeinträchtigt, wird es weniger Ausbildungsplätze geben?

SV Rudolf Henke: Die Situation wirkt sich so aus, dass Demotivation und Resignation einkehrt, andere reagieren mit Zorn. Insgesamt ist die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit geschwächt. Wir haben in den östlichen Bundesländern das Sonderproblem, dass den Vertragsärzten eine Angleichung der Finanzmittel an das Westniveau etliche Male zugesagt worden ist. Es gab das Wohnortprinzipgesetz, womit zumindestens ein erster Einstieg erfolgte, aber dessen Wirkungen im Kern wieder aufgehoben sind. Ich nehme an, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf dieses Thema noch näher eingeht.

Zur Demotivation: Wir haben eine Zunahme im Durchschnittsalter der Ärzteschaft, wir haben einen Rückgang des Anteils jüngerer Ärzte, wir haben einen Rückgang der Medizin Studierenden, wir haben weniger Abschlüsse, wir haben weniger Übergang ins AiP. Diese Entwicklung hat natürlich nichts mit dem Beitragssatzstabilisierungsgesetz an sich zu tun, aber die Demotivation am ärztlichen Beruf ist durch das als Nullrunde wahrgenommene Gesetzespaket erheblich verstärkt worden. Insofern könnte eine Rücknahme der Bestimmungen, wenn sie auch entsprechend politisch kommuniziert wird, zeigen, dass der Arztberuf ein Beruf mit einer anderen Perspektive ist als die, die aus Nullrunden zum Ausdruck kommt.

Noch eine andere Bemerkung. Es hat etwas Kritik in der Frage gegeben, ob die Prognose eines bevorstehenden Ärztemangels - insbesondere in den neuen Bundesländern und dort insbesondere unter den Hausärzten - eigentlich begründet ist. Dazu hat es aus dem Blickwinkel der GKV den Hinweis auf eine WidO-Studie gegeben. Sieht man sich die Studie des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen genau an, stellt man fest, dass dort eine Unterversorgungsgrenze von 75 % als Maßstab

dafür genommen wird, ob ein Ärztemangel besteht oder nicht. 75 % als Maßstab einer Unterforderungsgrenze anzusetzen hat mit der Wirklichkeit und der Versorgungssituation in den neuen Bundesländern nichts zu tun hat. Wenn man aber 75 % zum Maßstab macht, kann man in der Tat lange warten, bis ein Versorgungsmangel eintritt. Wenn man sagt, bis 75 % ist die Welt in Ordnung, würde man einen Anstieg der Fälle pro Hausarzt von heute 3.885 auf 5.335 in den neuen Bundesländern theoretisch in Kauf nehmen. Das ist natürlich eine Zahl, bei der deutlich wird, dass das die einzelnen Kolleginnen und Kollegen in den Praxen vor nicht erfüllbare Forderungen stellen würde.

SV Dr. Dominik von Stillfried (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Aus unserer Sicht ist es so, dass die Maßnahme des Beitragssatzsicherungsgesetzes nicht für sich alleine betrachtet werden kann, sondern im Kontext der längerfristigen gesetzgeberischen Voraussetzungen beurteilt werden muss. Dieser Kontext sieht für uns so aus, dass wir in den letzten 10 Jahren eine durchgehende Budgetierungsphase hatten, die im Endeffekt zu einer Honorareinbuße je Arzt um 13 % gegenüber der Entwicklung des Verbraucherpreisindex führte. Das Honorar je Arzt steigt also deutlich niedriger als der Verbraucherpreisindex - und das seit 10 Jahren. Wir hatten in den letzten 10 Jahren insgesamt einen Zuwachs des Honorars je Arzt um 7 %, während der Verbraucherpreisindex im gleichen Zeitraum um 20 % gestiegen ist. Vor diesem Hintergrund muss die aktuelle Gesetzeslage gesehen werden.

Wir haben in den letzten vier Jahren, einschließlich diesen Jahres, hochgerechnet einen Anstieg des Verbraucherpreisindex um rd. 6 % und auf Grund der gesetzlichen Vorgaben einen zulässigen Anstieg der Gesamtvergütungen insgesamt um 5 %. Dabei ist die Arztzahlentwicklung noch nicht berücksichtigt. Wir schätzen auf Grund der aktuellen Entwicklung, dass die Ärzte im Jahr 2003 ein Realeinkommensverlust allein durch das Beitragssatzsicherungsgesetz von 6 bis 8 % in Kauf nehmen müssen. Eine Honorarentwicklung, die unterhalb der Preisentwicklung liegt, führt dazu, dass Ärzte aus ihrem Privateinkommen steigende Kosten der Praxen finanzieren müssen oder sich Gedanken darüber zu machen haben, wie sie die Kosten umfinanzieren. Aktuell ist die Tarifentwicklung für die Arzthelferinnen

ausgesetzt worden, die Gespräche finden erst wieder im Oktober statt.

Deprimierend für die Vertragsärzte ist, dass dieser unfreiwillige Sparbeitrag keineswegs dazu führt, dass die Beitragssatzentwicklung insgesamt stabilisiert wird. Allein der Anstieg der Nettoverwaltungskosten hat oberhalb dessen gelegen, was beitragsstabil gewesen wäre, nämlich rund 1 Mrd. € in den letzten vier Jahren. 1 Mrd. € Defizitbeitrag durch die Nettoverwaltungskosten der Krankenkassen! Angesichts der erzwungenen Sparbeiträge der niedergelassenen Ärzte ist es ein deprimierender Zustand, dass durch die aktuelle Gesetzeslage Mittel von der Versorgung in die Verwaltung umgeschichtet werden.

Die allgemeine Desillusionierung mit dem System äußert sich insbesondere in den neuen Bundesländern, wo die Arbeitsbedingungen auch härter sind, dadurch, dass die Mehrheit der niedergelassenen Ärzte ihre Praxen unterhalb einer Altersgrenze von 63 Jahren aufgibt. Die gesetzlich mögliche Altersgrenze von 68 Jahren wird bei weitem nicht ausgeschöpft. Diese Tendenz zeichnet sich mittlerweile auch in den alten Bundesländern ab, wo die Hälfte der ausscheidenden Praxisinhaber unter 60 Jahre ist. Wirtschaftliche Gründe dürften maßgeblich dafür verantwortlich sein, dass Praxen geschlossen werden. In den neuen Bundesländern, insbesondere in der hausärztlichen Versorgung, ist die absolute Zahl der Vertragsärzte im Jahr 2002 erstmalig zurück gegangen. Und zwar so, dass die Netto-Gesamtzahl der Vertragsärzte zurück geht.

Die Rahmenbedingungen schädigen auf Dauer die Versorgungssicherheit. Unser Plädoyer und unsere Forderung an Sie ist nicht nur, das Beitragssatzsicherungsgesetz unverzüglich aufzuheben, die Nullrunde aufzuheben, sondern es auch zu ermöglichen, dass die vertragsärztliche Versorgung in Zukunft eine leistungsgerechte und versorgungsbedarfsgerechte Entwicklung, losgelöst von den Bestimmungen des § 71 Abs. 3, erfahren kann.

SV Dr. Jürgen Fedderwitz (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die KZBV unterstützt die Gesetzesinitiativen von CDU/CSU und FDP nicht nur aus den eben genannten wirtschaftlichen Gründen. Denn diese gelten nicht nur für die Ärzte, sondern auch für die Zahnärzte. Für Letztere sogar noch in erheblich höherem Ma-

ße, weil der Gesetzgeber in den letzten Jahren mit einer 10 % igen und dann mit einer 5 % igen Absenkung der Honorare Einflüsse geltend gemacht hat. Das hat dazu geführt, dass die oftmals dargestellte opulente Einkommenssituation der Zahnärzte, die uns angeblich an die Spitze aller ärztlichen Berufe gespült hat, schon lange nicht mehr gilt. Wir sind lt. amtlichen Zahlen des Statistischen Bundesamtes mittlerweile im hinteren Mittelfeld gelandet. Allein hier wird deutlich, dass sich schon was getan hat. Für den Osten gilt das noch viel stärker, weil dort die Punktwerte sehr viel deutlicher zurückentwickelt wurden und die nötige GOZ-Anpassung ebenfalls auf sich warten lässt.

Für uns hat der Begriff der Nullrunde eine doppelte Bedeutung. Nullrunde bedeutet nicht nur einen Stillstand hinsichtlich der Punktwert- und damit der Honorarentwicklung. Ich sagte vorhin schon, dass es sich eigentlich um eine reale Minusrunde handelt. Die Nullrunde bezieht sich darüber hinaus auf die Steigerungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen, man hat also eine Abkopplung von der Grundlohnsommenproblematik.

In den letzten Jahren der Budgetierung haben wir in allen KZV-Bereichen das chirurgische Budget immer ausgeschöpft bzw. lagen immer leicht darüber. Durch die jetzige Nullrunde wird der Druck noch größer. Die Rationierung wird sich weniger schleichend, sondern zunehmend gesteuert entwickeln. Im Bereich Zahnersatz hat man es in der Tat geschafft, in etwa an die Grenzen des Budgets zu kommen, es also eher zu unterschreiten. Hier sind aber leider keine gesetzlich klar vorgegebenen Ausgleichsregelungen der verschiedenen Budgets vorhanden.

Ich führte vorhin bereits die Entwicklung im erweiterten Bewertungsausschuss hinsichtlich der BMA-Neurelationierung an. Hier kommt es zu einer Verschiebung aus dem Zahnersatz- und kieferorthopädischen Bereich hin in die ohnehin schon überbelasteten Chirurgiebudgets. Dies führt dazu, dass der Druck dort noch größer wird. Durch die Nullrunde wird nicht annähernd Druck herausgenommen. Das jetzige Gesetz, welches CDU und FDP wieder abschaffen wollen, ist ausgesprochen kontraproduktiv und schädigend für die zahnärztliche Versorgung.

SV Günther Borchering: Ich führe eine Apotheke in einem ländlichen Raum an der holländischen Grenze. Aufgrund des sehr dünnbesiedelten Gebietes haben wir eine andere Apothekenstruktur. Dennoch, Herr Prof. Lauterbach, entsprechen die Zahlen, die vor wenigen Tagen beim Wirtschaftsforum hier in Berlin, aber auch von Herrn Dr. Brauer ange-deutet wurden, auch meiner Apotheke.

Bevor ich zu den gestellten Fragen komme, möchte ich noch eine Anmerkung zum Thema Großhandel machen. Ich habe am letzten Sonntag die Abrechnung der ersten vier Monate dieses Jahres gesehen. Sie betrug 47.700 €, davon bekomme ich im Endeffekt 7.800 € in etwa erstattet. Ein Brocken von 40.000 € bleibt also an mir, an meiner Apotheke hängen.

Sie hatten mich, Herr Dr. Bauer, nach der Arbeitsmarkt- und Ausbildungssituation im ländlichen Raum gefragt. Ich habe eine Apotheke, in der ich eine Apothekerin, vier PTA, eine PKA sowie mehrere Teilzeitkräfte beschäftige. Ich habe sowohl im letzten August als auch jetzt im Januar ein Mädchen fertig ausgebildet. Normalerweise übernehme ich meine Mitarbeiter. Dieses Mal habe ich einer der Beiden sagen müssen, dass ich sie nicht übernehmen kann. Das ist eine der bittersten Situationen, die man sich vorstellen kann. Ich bilde seit 33 Jahren aus, da hat man mit Menschen und ihren Problemen zu tun. Mit anderen Worten: Wenn die Situation in einer Apotheke so ist, dass letztlich betriebswirtschaftlich nicht mehr sonderlich viel übrig bleibt und man trotzdem für die Erhaltung des Apothekenbetriebes einiges an Eigenkapital benötigt, dann bedeutet das, dass man auch auf die Arbeitsplätze schauen muss.

Ich habe vor 14 Tagen auf dem Niedersächsischen Apothekertag in Papenburg mitbekommen, dass meine Situation kein Einzelschicksal ist. Kein Einziger der 750 Kollegen hat irgendwie gesagt, dass er gut mit dem Beitrags-satzsicherungsgesetz zurecht kommt. Alle haben dieselben Probleme mit all denselben Auswirkungen. Von daher ist es selbstverständlich, dass wahrscheinlich jede Apotheke darüber nachdenkt, wo man im Personalbereich einsparen kann. Wir wissen alle sehr wohl - und die Apotheker kämpfen dafür - dass die Arzneimittel eine besondere Ware sind, die eine besonderen Betreuung bedürfen. Diese besondere Betreuung bedeutet, dass es einer personalintensiven Beratung bedarf. Insofern

ist an dieser Stelle ein Spagat zu machen. Ich hoffe nur, dass jeder meiner Kolleginnen und Kollegen alle Entscheidungen mit dem nötigen Augenmaß trifft.

Ich habe auf dem Weg zu dieser Sitzung zufällig mit einigen Kollegen gesprochen, die auf dem Weg nach Hannover waren, um dort über die Ausbildung von Pharmazeutisch Kaufmännischen Assistenten zu beraten. Normalerweise sind in unserer Berufsschule in Emden in einer Klasse 20 oder 22 Schülerinnen. Jedes Jahr, auch in schlechteren Zeiten. Im Moment gibt es 6 Anmeldungen. Sie merken, die Situation schlägt zu Buche. Weiterhin ist zu bedenken, dass in einem solch wirtschaftlich schwachen Raum es gerade für Frauenberufe von erheblicher Bedeutung ist, ob im Dienstleistungssektor Angebote gemacht werden können, beispielsweise auch Teilzeit zu arbeiten. Ich will darauf hingewiesen haben, dass dies alles Zahnräder sind, die ineinander greifen.

Nun zur Frage nach der Einschränkung der Versorgung. Wenn in einer Großstadt wie Hannover oder Berlin oder in einer beliebigen größeren Stadt ein oder zwei Apotheken schließen, dann wird das die Bevölkerung nur in zweiter Linie erfahren. Dann sind die betroffenen Apotheken die in erster Linie Geschädigten. Aber wenn in einer Region wie meiner eine Apotheke schließen müsste, dann bedeutete das für die Bevölkerung, zusätzlich 10 bis 15 Kilometer fahren müssen, bis sie an der nächsten Apotheke sind. Um einschätzen zu können, wie weitläufig die Verteilung der Apotheken in diesem Gebiet ist - ich habe jeden sechsten Tag, jede sechste Nacht Bereit-

schaftsdienst. Sie können sich vorstellen, dass dies auch nur sehr personalintensiv gesichert werden kann.

Meine Kollegen, die ich heute getroffen habe, haben gesagt, dass sie sehr wohl wissen, dass Sie als Abgeordnete des Deutschen Bundestages eine außerordentliche schwierige Entscheidung im Gesundheitswesen zu treffen haben. Und dass es wahrscheinlich einen Königsweg nicht geben kann. Aber die Apotheker möchten mit ihrer Branche aus der Ecke heraus, als Beutelschneider der Nation dazustehen. Sie möchten im Rahmen ihrer Aufgaben, die ihnen der Staat und die Gesellschaft zugedacht hat, ordnungsgemäß entlohnt werden. Und sie möchten auch ihren Mitarbeitern entsprechenden Lohn zahlen können. Es geht darum, Lösungen für die Zukunft zu finden, die tragfähiger sind als das, was wir im Moment hier bere-

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Vielen Dank, meine Damen und Herren, damit wären wir am Ende der Anhörung angelangt. Ich bedanke mich bei Ihnen, den Sachverständigen, dass Sie uns heute zu diesem Gesetzentwurf Rede und Antwort gestanden haben und ich wünsche Ihnen gutes Nachhausekommen. Vielen Dank.

Ende der Sitzung: 17.10 Uhr.