

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0273(15)
vom 17.09.03**

15. Wahlperiode

S T E L L U N G N A H M E

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

zum

**„Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der
Gesetzlichen Krankenversicherung
(GKV-Modernisierungsgesetz – GMG)“**

der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

(Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08. September 2003)

A. Die grundsätzliche Position der ABDA

Mit dem „GKV-Modernisierungsgesetz“ soll nach der Begründung des Gesetzesentwurfs¹⁾ die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft verbessert werden. Es sollen Anreize gesetzt werden, Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen sowie die Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung deutlich zu steigern. Mit den geplanten Maßnahmen, wie

- der Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln,
- der Gestattung des Apotheken-Mehrbesitzes (Apothekenfilialen),
- der Einbindung der Krankenhausapotheken in die ambulante Versorgung und
- der grundsätzlichen Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Erstattung bei gleichzeitiger Preisfreigabe,

wird keines dieser Ziele erreicht. Die Umsetzung der geplanten Maßnahmen wird zwangsläufig zur Zerstörung der mittelständischen Apothekenstruktur führen. Damit wird die flächendeckende, bürgernahe und schnelle Versorgung der Patienten durch unabhängige, individuell und eigenverantwortlich geführte Apotheken unwiderruflich aufgegeben.

Die Einführung von Apothekenketten und die Zulassung des Versandhandels ersetzen das bisherige System der Arzneimittelversorgung durch öffentliche Apotheken, die durch eine persönlich haftende Apothekerin oder einen Apotheker verantwortlich geleitet werden, durch ein Arzneimittelversorgungssystem, das von global agierenden Kapitalgesellschaften beherrscht wird. Mit dieser Systemänderung wird nicht nur ohne Grund das bestehende, mit unbestritten hoher Qualität versehene Versorgungssystem aufgegeben, sondern zugleich ein System etabliert, das erhebliche negative volkswirtschaftliche Folgen mit sich bringt. Wer die Arzneimittelversorgung in Deutschland zum Objekt international tätiger Kapitalgeber macht, schafft unmittelbar die Grundlage für die Verlagerung von Arbeitsplätzen und den Transfer von Steuererträgen in das Ausland.

Da der Gesetzesentwurf auch in der jetzt vorliegenden Fassung die hohe Qualität des derzeitigen Systems ignoriert, ein neues System mit negativen gesamtwirtschaftlichen Auswirkungen einführt und zur Folge haben wird, dass das System der Arzneimittelversorgung über die individuelle öffentliche Apotheke beseitigt wird, lehnen wir das Gesetzesvorhaben unverändert nachdrücklich ab.

Die ABDA schlägt vor, statt der Zerstörung des bestehenden Versorgungssystems dieses System zu nutzen, um in Verbindung mit dem Modell der Hausapotheke auf eine Optimierung der Arzneimittelanwendung hinzuwirken. Studien aus den USA belegen die Notwendigkeit dieses Ansatzes: Aufgrund arzneimittelbezogener Probleme wurde das amerikanische Gesundheitswesen im Jahr 2000 mit rund 177 Mrd. US-\$ belastet. Von diesem Betrag entfallen rund

¹⁾ Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) der Fraktionen SPD, CDU/CSU und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Bundestagsdrucksache 15/1525 vom 08. September 2003).

121 Mrd. US-\$ auf Krankenhauseinweisungen, entsprechend etwa 30% der gesamten für Krankenhausaufenthalte entstandenen Kosten. Etwa jede vierte der im Jahr 2000 erfolgten Krankenhauseinweisungen war auf arzneimittelbezogene Probleme unterschiedlicher Ursachen zurückzuführen. Überträgt man diese Zahl auf Deutschland, resultierten aufgrund arzneimittelbezogener Probleme Krankenhausfolgekosten in Höhe von rund 29 Mrd. €.

1. Aufhebung des Mehrbesitzverbotes

Die mit dem Gesetzentwurf vorgesehene Gestattung des Mehrbesitzes an Apotheken gibt auch mit der Beschränkung auf drei Filialapotheken unwiderruflich das Leitbild des persönlich leitenden, haftenden und in seiner Apotheke anwesenden Apothekers auf. Damit wird eine der tragenden Säulen des deutschen Apothekensystems beseitigt. Das Mehrbesitzverbot sorgt gemeinsam mit dem Verbot des Fremdbesitzes für ein Höchstmaß an Verantwortlichkeit und Bindung auf Seiten der Apotheke und ein Höchstmaß an Sicherheit der Patienten im Bereich der Arzneimittelabgabe. Das Fremd- und Mehrbesitzverbot trägt maßgeblich zur Gewährleistung der ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung bei, indem es

- die persönliche Verantwortung und Haftung des heilberuflich tätigen Apothekenleiters gewährleistet,
- ausschließlich merkantile, an Gewinnmaximierung orientierte Vorgaben Dritter ausschließt, die eine unabhängige pharmazeutische Beratung korrumpieren würden,
- den Leistungswettbewerb stärkt und verhindert, dass der Apotheker als schlichter Gewerbetreibender auf logistische Verteilerfunktionen reduziert wird,
- die Möglichkeit zum Aufbau eines persönlichen Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Apotheker eröffnet und
- Konzentrationsprozesse zu oligopolistischen Strukturen verhindert und damit die flächendeckende Präsenz der Apotheken fördert.

Die strukturellen und ökonomischen Folgen einer Einführung des Mehrbesitzes und damit zwangsläufig auch des Fremdbesitzes sind eindeutig: Es fände innerhalb kürzester Zeit eine Konzentration des Apothekenbetriebs auf wenige, finanzkräftige Marktbeteiligte statt, wie es z. B. auch seit kurzem in Norwegen nach der dortigen Öffnung des Apothekensystems für den Fremdbesitz zu beobachten ist. Oligopolistische Strukturen würden insbesondere in Verbindung mit einer teilweisen oder vollständigen Aufhebung der Preisbindung für apothekenpflichtige Arzneimittel ein erhöhtes Risiko für Preissteigerungen und nachteiliger wirtschaftlicher Konsequenzen bedeuten. Sie würden darüber hinaus zu Umsatz- und Verkaufsstrategien beitragen, die der Verhinderung des Arzneimittelmehr- und -fehlgebrauchs abträglich sind. Der Sicherstellungsauftrag für die Arzneimittelversorgung müsste bei einer Öffnung für „Betreiber“, die nicht Apotheker sind, einer marktorientierten Standortwahl weichen.

Zu berücksichtigen sind ferner die Wechselwirkungen einer Einführung des Fremdbesitzes und des sich daraus ableitenden Mehrbesitzes mit der Niederlassungsfreiheit. Anders als in fast allen anderen Mitgliedstaaten der EU besteht in Deutschland aufgrund der Rechtsprechung des BVerfG Niederlas-

sungsfreiheit, ohne dass die Teilnahme an der Arzneimittelversorgung durch Apotheken durch ein Konzessionssystem oder ein Zulassungserfordernis seitens der Krankenkassen beschränkt wäre. Dies hat zur Folge, dass bei einer Freigabe des Fremd- und Mehrbesitzes an Apotheken seitens neuer finanzstarker Marktteilnehmer beliebig neue Apotheken gegründet werden könnten, ohne dass eine Notwendigkeit zum Erwerb bestehender Betriebe bestünde. Diese würden folglich ihren Firmenwert einbüßen, was ihre freiberuflichen Betriebsinhaber enteignungsgleich um einen Teil ihrer Versorgungsgrundlage brächte.

Es gibt keinerlei belegbare Anhaltspunkte dafür, dass ein Apothekensystem mit Fremd- und Mehrbesitz eine dauerhaft kostengünstigere Arzneimittelversorgung bei mindestens gleicher Qualität bieten könnte, als es das heutige System tut. Gesundheits-, wirtschafts- oder arbeitsmarktpolitische Vorzüge entsprechender Systemveränderungen sind weder nachgewiesen noch erkennbar. Der Vergleich mit anderen Staaten zeigt, dass es keinerlei empirische Evidenz für einen grundlegenden ökonomischen Vorteil von Systemen mit Kettenapotheken gegenüber dem deutschen Apothekensystem mit seiner freiberuflich und selbständig geführten Apotheke gibt.

2. Öffnung der Krankenhausapotheken für den ambulanten Bereich

Die teilweise Öffnung der Krankenhausapotheken für den ambulanten Bereich bei bestimmten Arzneimitteln, die an Patienten angewendet werden, wird von uns abgelehnt, weil sie wegen der besonderen Rahmenbedingungen, die für Krankenhausapotheken gelten, zu Wettbewerbsverzerrungen führt.

Krankenhausapotheken werden vom Krankenhausbetreiber betrieben (Fremd- und Mehrbesitz). Sie versorgen die Stationen und Teileinheiten des Krankenhauses und nicht den einzelnen Patienten. Ihre Ware beziehen sie vom pharmazeutischen Großhandel oder direkt vom pharmazeutischen Hersteller. Dabei werden Arzneimittel deutlich unter dem Marktpreis, teilweise kostenlos oder sogar in Verbindung mit Zugaben der Industrie bezogen. Letztere verbindet damit die Erwartung, dass im Krankenhaus auf ihr Produkt eingestellte Patienten damit auch ambulant (zu regulären Preisen) weiter versorgt werden. Krankenhausapotheken rechnen ihre Arzneimittellieferungen an die Stationen und Teileinheiten des Krankenhauses nicht getrennt mit den Krankenkassen ab, sondern werden über die Pflegesätze mitfinanziert. Eine betriebswirtschaftliche Vollkostenrechnung bezogen auf die konkreten Arzneimittelabgaben und -herstellungen erfolgt nicht. Krankenhausapotheken verfügen nicht über das vollständige Arzneimittelsortiment, sondern bevorraten nur die auf der Arzneimittelliste des Krankenhauses verzeichneten Produkte.

Die Erwartung, dass die aus Marketinggründen preisgünstige Arzneimittelversorgung der Krankenhäuser durch die Industrie auch für den ambulanten Bereich genutzt werden könnte, geht fehl. Derzeit gleicht die Pharmaindustrie ihre Margenverluste im Krankenhausbereich in Form einer Mischkalkulation durch höhere Preise im ambulanten Bereich aus. Findet Krankenhausware zukünftig in zunehmendem Umfang Eingang in den ambulanten Bereich, wird die Industrie die Krankenhaussubventionierung schlagartig abbauen. Die Voraussetzungen für Kostenvorteile im ambulanten Bereich werden damit entfallen.

Krankenhausträger erhielten bei Umsetzung der gesetzgeberischen Absichten die Möglichkeit, über ihre Krankenhausapotheken Arzneimittel zu verkaufen und damit eigene wirtschaftliche Interessen zu realisieren, ohne dass die Kalkulation überprüft und die Handelsspannen festgelegt und begrenzt wären. Es wäre nicht akzeptabel und auch verfassungsrechtlich bedenklich, wenn Krankenhausträger durch eine Änderung des Apothekengesetzes in die Lage versetzt würden, anstelle der freiberuflich, mit unternehmerischem Risiko tätigen Inhaber öffentlicher Apotheken in Konkurrenz zu diesen am allgemeinen Wirtschaftsverkehr teilzunehmen.

Als Alternative zu dem Gesetzentwurf schlagen wir im Interesse einer verbesserten sektorenübergreifenden Versorgung das „Seamless-Care-Modell“ vor, das die lückenlose Fortführung der Arzneimittelversorgung der aus dem Krankenhaus entlassenen Patienten durch wohnortnahe öffentliche Apotheken gewährleistet. Durch einen geregelten Informationsaustausch, z. B. in Form eines Arzneimittelbriefes, zwischen den Leistungserbringern im stationären und ambulanten Bereich, d. h. der Krankenhaus- und der öffentlichen Apotheke, sowie der Betreuung des Versicherten nach der Entlassung durch die öffentliche Apotheke werden arzneimittelbezogene Probleme rechtzeitig erkannt und es können geeignete Maßnahmen zu ihrer Behebung ergriffen bzw. veranlasst werden.

3. Versandhandel

Die Aufhebung des Verbotes des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln ist abzulehnen, weil sie weder zu Einsparungen noch zu einer verbesserten Qualität der Versorgung führt. Der Versandhandel wird die GKV-Ausgaben nicht vermindern. Die Qualität der Versorgung wird wegen der mit dem Versandhandel verbundenen Sicherheitseinbußen nicht verbessert, sondern verschlechtert.

Es gibt eher keinen Nachweis, dass Versandhandel mit Arzneimitteln bei einer vollsortierten, flächendeckenden Versorgung in Deutschland zu Kosteneinsparungen führen wird. Behauptete Ersparnisse in Höhe von 200 bis 300 Mio. € p.a. basieren auf der ausschließlichen Belieferung höherpreisiger Teilmärkte (kein Vollsortiment) und auf den Margen von Großhandel und Apotheken in den Jahren 1999/2000.

Durch das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz und das Beitragssatzsicherungsgesetz wurden die Distributionskosten bereits um rund 1,4 Mrd. € p.a. gekürzt. Damit sind die deutschen Apothekenmargen im GKV-Bereich (nach Kassenabschlag) die niedrigsten im EU-Vergleich. Staaten mit Versandhandel und Apothekenketten, z. B. USA, Schweiz, Niederlande, weisen wesentlich höhere Distributionskosten und Ausgabensteigerungen bei Arzneimitteln auf als Deutschland.

Der Versandhandel in den Niederlanden hat einen Marktanteil von unter 1 %, in der Schweiz von 1 bis 2 %. In beiden Ländern ist der Versandhandel defizitär. In den USA liegt der Marktanteil bei ca. 15 %. Dies wird erreicht durch

- Beschränkung auf ein enges hochpreisiges Marktsegment (Rosinen-pickerei)
- Gegenüber Präsenzapotheken bevorzugter Lieferumfang:
 - Versandhandelsapotheke bis dreifacher Monatsbedarf,
 - Präsenzapotheke maximal einfacher Monatsbedarf
- Differenzierte Patientenzuzahlung:
 - Versandhandel 10 – 20 \$,
 - Präsenzapotheke 20 – 40 \$.

Sowohl in der Schweiz als auch in den USA ist der Versandhandel aus dem Ausland strikt verboten, wodurch die nachteiligen strukturellen Folgen eines grenzüberschreitenden Versandhandels ausgeschlossen bleiben. Dem gegenüber gilt der EU-Markt zwar einerseits als Binnenmarkt, jedoch unterliegt das Gesundheitswesen andererseits nach Artikel 152 EG-Vertrag dem Subsidiaritätsprinzip. Daraus resultiert, dass es sich im Arzneimittel-, Apotheken- und Sozialrecht sowie hinsichtlich der Umsatzsteuer auf Arzneimittel de facto um 15 nationale Märkte handelt.

Wer Versandhandel mit Arzneimitteln einführt, muss Sicherheitseinbußen in Kauf nehmen. Der Versand von Arzneimitteln birgt systemimmanente Risiken, die bei der Abgabe von Arzneimitteln in einer örtlichen Apotheke ausgeschlossen sind.

Eine Beratung des Patienten durch den fachkundigen Apotheker ist nur theoretisch, nicht aber praktisch gewährleistet. Bei einer Abgabe von Arzneimitteln in der örtlichen Apotheke fällt es dem Patienten leicht, Fragen zu stellen. Die Möglichkeit, per E-Mail, schriftlich oder durch einen Anruf Beratung einzuholen, wird von vielen Patienten wegen der damit verbundenen Mühen nicht wahrgenommen. Zudem scheidet beim Versand die Möglichkeit der unaufgeforderten Beratung durch den Apotheker aus.

Ein weiteres systemimmanentes Risiko liegt darin, dass der Patient bei dem Bestellvorgang das richtige Präparat aus vorgegebenen Listen auswählen oder selbst benennen muss. Erfahrungen bei Testkäufen zeigen, dass dabei Eingabefehler vorkommen und nicht in jedem Fall von dem Personal des Versandhändlers bemerkt werden.

Weitere Risiken resultieren aus der Inanspruchnahme für den Arzneimitteltransport nicht spezialisierter Logistikunternehmen und Unwägbarkeiten bei der Zustellung. Werden Arzneimittel auch anderen Personen als dem Besteller ausgehändigt, so können hieraus Arzneimittelrisiken folgen, zum Beispiel bei einer Aushändigung an Kinder. Wird der Besteller nicht angetroffen, werden die Sendungen dann Dritten zugänglich vor der Wohnungstür oder im Briefkasten hinterlassen oder werden sie gemeinsam mit anderen Sendungen bis zu einem erneuten Zustellversuch unspezifisch zwischengelagert? Dürfen solche Sendungen als Arzneimittelsendungen erkennbar sein, um einen dem Produkt entsprechenden sensiblen Umgang zu ermöglichen oder wird durch ihre Kennzeichnung Missbrauch auf dem Versandweg erst heraufbeschworen?

Die Einführung des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gegenüber Endverbrauchern als gleichwertige Form der Regelversorgung neben

der Abgabe in der Apotheke führt dazu, dass deutsche Apotheken in einen ungleichen Wettbewerb mit ausländischen Apotheken gestellt werden. Da letztere dem umfangreichen, oben nur im Ansatz beschriebenen Reglement des deutschen Gesetzgebers nicht unterworfen werden können, kommt es zu einer Inländerdiskriminierung und Wettbewerbsverzerrung, die verfassungsrechtlich zwangsläufig zur Aufgabe der wesentlichen Strukturelemente der heutigen Arzneimittelversorgung in Deutschland führen muss. Betroffen sind das Arzneimittelrecht, das Apotheken- und Sozialrecht.

Für die Einführung des Versandhandels besteht auch unter europarechtlichen Gesichtspunkten kein Handlungsbedarf. Die Begründung des Gesetzentwurfes geht insoweit fehl. Inwieweit die vom Bundesverfassungsgericht in der dort genannten Entscheidung getroffene Abwägung der Wettbewerbsinteressen der Apotheker einerseits und des arbeitsschützenden Gesetzeszwecks des Ladenschlussgesetzes andererseits die Einführung des Versandhandels mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln gegenüber Endverbrauchern erforderlich machen sollte, ist nicht ersichtlich.

Auch der in der Gesetzesbegründung zitierte Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 11. Februar 2003 – 1 BvR 1972/00; 1 BvR 70/01 – begründet keinen gesetzgeberischen Handlungsbedarf. In dieser Entscheidung hat das Bundesverfassungsgericht das Verbot des Impfstoffversandes aus Apotheken an Ärzte insbesondere deshalb für verfassungswidrig erklärt, weil der Gesetzgeber den Impfstoffversand nach § 47 Abs. 1 Nr. 3 AMG und den Versand sonstiger Impfstoffe an Ärzte ohne nähere Begründung unterschiedlich gewertet habe. Darüber hinaus werden Erwägungen zur Vertretbarkeit des Versandhandels mit Arzneimitteln gegenüber dem Arzt als sachkundigem Empfänger angestellt, die in keiner Weise auf den Versandhandel gegenüber Endverbrauchern übertragen werden können.

Als alternative, systemimmanente Änderung schlägt die ABDA ein Home-Service-System in Verbindung mit einem geänderten Preisbildungssystem vor. Hierfür müsste die Abgabemöglichkeit außerhalb der Apothekenbetriebsräume über die derzeitige Formulierung von § 17 Abs. 2 ApBetrO hinaus erweitert werden. Über den begründeten Einzelfall hinaus sollte sie auch dann eingeräumt werden, wenn Kommunikationsmedien vom Patienten zur Bestellung von Arzneimitteln genutzt werden und er die Apotheke nicht körperlich aufsucht. In diesen Fällen sollte die Belieferung durch pharmazeutisches Personal der Apotheke erlaubt werden. Damit wird der in der Begründung geltend gemachte Convenience-Vorteil erreicht, die wohnortnahe Versorgung nicht zugunsten überregionaler Versandhändler geschwächt und die pharmazeutische Beratung weiterhin gewährleistet. Das bewährte Arzneimittelversorgungssystem, getragen von der heil- und freiberuflich, eigenverantwortlich und mit persönlicher Haftung geleiteten Apotheke bliebe erhalten. Das erprobte und erwiesenermaßen sichere System der Arzneimittelversorgung könnte ohne Nachteile weiter genutzt werden. Es würde nicht einem in seinen Folgen für die Arzneimittelsicherheit, die flächendeckende Versorgung und die Wirtschaftlichkeit nicht einzuschätzenden Experiment mit einem System geopfert, das aufgrund seiner stärker merkantilen Anreize Nachteile für die pharmazeutische Qualität der Arzneimittelversorgung nach sich zieht.

4. Arzneimittelpreisbildung

Wir begrüßen, dass der Gesetzentwurf das Prinzip des von uns vorgeschlagenen „Kombi-Modells“ mit einer preisunabhängigen und einer preisabhängigen Komponente der Preisbildung bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln umsetzt. Die heilberufliche Position des Apothekers wird so gestärkt und eine stärkere Einbindung des Apothekers unter ökonomischen Gesichtspunkten (Stichworte: aut idem, Importe, ökonomische Beratung der Ärzte u. a.) herbeigeführt.

Wir halten es allerdings nach wie vor für unverzichtbar, die Dynamisierungsregelung für den preisunabhängigen Festzuschlag zu konkretisieren. Die derzeit als Ergänzung des § 78 Abs. 1 AMG vorgeschlagene Dynamisierungsregelung ist unzureichend. Wir schlagen eine jährliche Anpassung des preisunabhängigen Festzuschlages entsprechend der Entwicklung der Betriebskosten der Apotheken durch den Bundesminister für Wirtschaft und Arbeit vor. Für diese Festlegung kann auf den alljährlichen Betriebskostenvergleich zurückgegriffen werden, den das unabhängige Institut für Handelsforschung der Universität Köln seit Jahrzehnten für die verschiedenen Einzelhandelsbranchen erstellt.

Auf die in Zusammenhang mit der Preisbildung stehende Regelung des § 130 Abs. 1a SGB V (neu) gehen wir unter B. ein.

5. Einzelverträge

Der Gesetzentwurf sieht Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken bei besonderen Versorgungsformen vor. Wir begrüßen, dass der Gesetzgeber davon Abstand genommen hat, für diesen Bereich freie Preisvereinbarungen zuzulassen, weil dies angesichts der neuen Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung sachwidrig gewesen wäre und durch die Nachfragemacht der Krankenkassen produzierte wettbewerbswidrige Dumpingpreise zur Folge gehabt hätte.

Allerdings wird auch durch die jetzt weniger weit gehende Regelung das Vertragsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht, wie die Gesetzesbegründung behauptet, gestärkt, sondern gefährdet, weil Einzelverträge, mit denen die Interessen beider Seiten in einen fairen Ausgleich gebracht werden, bei den monopolartigen Strukturen auf Seiten der Krankenkassen schlichtweg unmöglich sind.

Unser **Gegenvorschlag** für eine Verbesserung der Arzneimittelversorgung der Patienten, insbesondere für chronisch Kranke, besteht in der Verbindung des „Hausapothekenmodells“ mit einer wirtschaftlich angemessenen Vergütung der Dienstleistungen der Apotheken.

Wir schlagen die Einbindung der Apotheken in vertraglich vereinbarte Versorgungsformen im Sinne des „Hausapothekenmodells“ vor, das Versicherte jedoch gleichermaßen in Anspruch nehmen können, wenn sie nicht an diesen Versorgungsformen teilnehmen. Durch dieses Modell ist es möglich, pharmazeutische Dienstleistungen, z. B. zur Prävention, aber auch zur Arzneimittelver-

sorgung chronisch Kranker, strukturiert und dokumentiert durchzuführen. Kernelement ist die freiwillige Bindung des Versicherten an eine von ihm gewählte Hausapotheke für einen bestimmten Zeitraum, z. B. ein Jahr. Damit ist es möglich, alle arzneimittelbezogenen Daten (Stammdaten und Medikationsdaten, einschließlich der Selbstmedikation) systematisch zu erfassen und zeitnah arzneimittelbezogene Probleme im Sinne einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung, auch im Hinblick auf die Anwendung durch den Versicherten, aufzudecken sowie entsprechende Maßnahmen zu ihrer Behebung zu ergreifen bzw. zu veranlassen. Die Leistungen können sowohl indikationsunabhängig als auch indikationsabhängig erbracht werden.

Dass diese pharmazeutischen Leistungen nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Solidargemeinschaft essenziell sind, belegen die erheblichen Folgekosten, die aufgrund arzneimittelbezogener Probleme eintreten (siehe oben S. 3 f.) und die durch pharmazeutische Betreuung weitgehend vermieden werden könnten.

6. Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel

Die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der GKV-Versorgung, die mit der Änderung des § 34 SGB V grundsätzlich herbeigeführt werden soll, ist gesundheitspolitisch unververtretbar und wird auch nicht die gewünschten Einspareffekte nach sich ziehen. Sie ist deshalb abzulehnen.

Die Vielzahl der bereits jetzt vorgesehenen Ausnahmen zeigt, dass die beabsichtigte Regelung verfehlt ist. Bei dieser Maßnahme handelt es sich um eine rein finanzpolitische Entscheidung, die weder mit einer Qualitätsverbesserung noch mit Beseitigung von Unwirtschaftlichkeit oder mit Verbesserung des solidarischen Wettbewerbs begründet werden kann.

Zu dem Einsparpotential auf der Kostenseite ist festzuhalten, dass nicht verschreibungspflichtige Präparate wirksam, für viele Indikationen therapeutisch ausreichend und preisgünstig sind. Bereits heute liegen die Preise nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel vielfach im Bereich der Patientenzuzahlung. Durch die vorgesehene Erhöhung der Zuzahlung werden die GKV-Ausgaben für diese Produkte weiter drastisch gesenkt. Vor diesem Hintergrund und bei Berücksichtigung der auch zukünftigen Erstattung der Verordnungen für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie den weiteren Ausnahmen für die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln ist vorhersehbar, dass diese Maßnahme nicht den erwünschten Einspareffekt erbringen kann.

Es ist auch davon auszugehen, dass Ärzte den Versicherten ersatzweise Arzneimittel verordnen, die in der GKV erstattungsfähig sind. Dies bedeutet die Verordnung von Arzneimitteln, die in dem jeweiligen Krankheitsstadium noch nicht indiziert sind, die in der Regel ein ungünstigeres Nutzen-Risiko-Verhältnis haben – daher unterliegen sie der Verschreibungspflicht – und die in der Regel auch teurer sind als die indizierten Arzneimittel. Diese Fehl- bzw. Überversorgung wird ebenfalls wie die Unterversorgung zu Kostensteigerungen bei den gesetzlichen Krankenkassen führen. Erfolgt eine solche substituierende Verordnung nicht, wird die Empfehlung des Arztes, ein nicht verschreibungspflichti-

ges Präparat in der Apotheke zu kaufen, oft nicht befolgt werden. Konsequenz ist die Verschleppung von Erkrankungen mit nachfolgend höheren Therapiekosten.

Wir halten es auch grundsätzlich für unverzichtbar, die Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherzustellen, die zu präventiven Zwecken verordnet werden. Dies gilt beispielsweise für den Einsatz von Jodit-Tabletten während der Schwangerschaft und Stillzeit.

Auch die Freigabe der Endverbraucherpreise bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ist abzulehnen. Angesichts der Unterdeckung der betriebswirtschaftlichen Handlungskosten bei diesen Arzneimitteln in der Apotheke ist damit keine Senkung des Preisniveaus zu erwarten, auch wenn es bei einzelnen Signalprodukten dazu kommen mag. Die Preisfreigabe kollidiert mit dem Ziel des Verbraucherschutzes in doppelter Hinsicht: Zum einen wird der Patient mit Preisvergleichen überfordert. Zum anderen geht mit der Preisfreigabe unweigerlich die Werbung über den Preis und damit ein starker Anreiz zum gesundheitspolitisch unerwünschten Arzneimittelmehrverbrauch einher.

B. Zu einzelnen Bestimmungen des Gesetzentwurfs

1. Zu § 31 Absatz 2 SGB V

Der im geltenden Gesetzestext bestehende Bezug auf den Abschlag der pharmazeutischen Großhändler muss wegen der Abschaffung dieses Abschlages gestrichen werden.

2. Zu § 130 Absatz 1a SGB V

Der Entwurf sieht in § 130 Absatz 1a SGB V vor, dass ab dem Jahr 2005 der Kassenabschlag zwischen dem DAV und der GKV vertraglich angepasst wird. Im Jahr 2005 soll für das Jahr 2004 eine nachträgliche Korrektur erfolgen, wenn die Packungsmenge im Jahr 2004 von der des Jahres 2002 abweicht.

Diese Vorschrift widerspricht dem Grundgedanken der neuen Arzneimittelpreisverordnung, nach der die Vergütung der Apotheker an die Packungszahl angebunden wird. Denn das in der Arzneimittelpreisverordnung verankerte sog. Kombimodell hat zur Grundlage, die Vergütung der Apothekerleistung an die Packungszahl anzubinden, also mit der Packungsmenge steigen oder fallen zu lassen. Diese Vorgabe wird durch die in § 130 Abs. 1a SGB V vorgesehene nachträglichen Korrektur ausgehebelt. Faktisch würde diese Korrekturregelung eine Budgetierung der Apothekervergütung bedeuten - und zwar unabhängig von der Packungszahl, an die die Apothekervergütung entsprechend der Arzneimittelpreisverordnung angebunden werden soll.

Zudem würde diese Regelung zu erheblichen Rechtsstreitigkeiten führen: Um die nachträglich Korrektur mathematisch durchführen zu können, ist es erforderlich, die Packungszahlen für 2002, für 2004 und für 2005 zu kennen. Die Packungszahlen für das Jahr 2002 - und somit für die Ausgangsbasis der Nachkorrektur - sind zwischen ABDA und GKV bereits heute streitig. Die Zahlen für das Jahr 2004 können erst im Verlauf des Jahres 2005 vorliegen, sollen aber doch auf die Packungsmenge des Jahres 2005 umgelegt werden, die aber erst in 2006 bekannt sein wird.

3. Herstellerabschlag gemäß § 130a SGB V

Durch § 130a Absatz 1 SGB V werden die Apotheken verpflichtet, den Krankenkassen einen Abschlag in Höhe von 6 vom Hundert des Herstellerabgabepreises zu gewähren. Die pharmazeutischen Unternehmen müssen den Apotheken den Abschlag gemäß § 130a Absatz 1 Satz 2 SGB V erstatten.

Da der Gesetzentwurf vorsieht, den Abschlag im Jahr 2004 auf 16 vom Hundert anzuheben, verschärfen sich die wirtschaftlichen Risiken der Apotheken erheblich. Denn diese haben den Krankenkassen den Abschlag sofort zu gewähren, während die Erstattung durch die Hersteller trotz der gesetzlichen Zahlungsfrist von zehn Tagen teilweise verzögert wird oder nicht erfolgt. Die Apotheken finanzieren damit erhebliche Summen für die Krankenkassen vor.

Da die Apotheken im Interesse der Krankenkassen für diese eine reine Inkassotätigkeit durchzuführen haben, ist es unbillig, die Apotheken mit den Kosten der Vorfinanzierung und dem Risiko der Zahlungsunfähigkeit oder –unwilligkeit der Hersteller zu belasten. Die ABDA schlägt daher vor, die Regelung in der Weise abzuändern, dass die Apotheken die Herstellerabschläge erst dann an die Krankenkassen weiter zu leiten haben, wenn sie diese von den pharmazeutischen Unternehmen vereinnahmt haben.

4. Weitere Einzelregelungen

Zu weiteren Einzelheiten und detaillierteren Begründungen verweisen wir auf die dem Ausschuss bekannten Stellungnahmen der ABDA zu dem vorangegangenen Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes.