

**Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung**  
**Wortprotokoll**  
**29. Sitzung**

**Berlin, den 25.06.2003, 09:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001**  
**Berlin,**  
**Sitzungssaal:**

**Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Tagesordnungspunkt 1**

Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems  
(Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

BT-Drucksache 15/1170

**Tagesordnungspunkt 2**

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen - Gesundheitspolitik  
neu denken und gestalten

BT-Drucksache 15/1174

**Tagesordnungspunkt 3**

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen

BT-Drucksache 15/1175

**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 beigelegt.

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Abg. <b>Klaus Kirschner</b> (SPD)	6,8,10,11,26,27,32,46,47,50,52,73,76	SV <b>Wolfgang Schmeinck</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	6,7,9
Abg. <b>Helga Kühn-Mengel</b> (SPD)	6,30,31,47,70	SV <b>Jürgen Klauber</b> (AOK-Bundesverband)	6,10,13,32,34,37,38
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	7,8,34,72	SV <b>Hans-Günter Friese</b> (Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände)	7,9,11,15,20,30
Abg. <b>Horst Schmidbauer</b> (Nürnberg) (SPD)	9,37,50,75	SV <b>Prof. Dr. Hilko Meyer</b> (Bundesverband des Pharmazeutischen Großhandels e.V.)	8,14,18,39
Abg. <b>Karsten Schönfeld</b> (SPD)	10	SV <b>Johann-Magnus von Stackelberg</b> (AOK-Bundesverband)	8,23
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	10	SV <b>Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach</b>	9,11,13,31,38,48,49,51,59,64,70,76
Abg. <b>Eike Hovermann</b> (SPD)	12	SV <b>Wolfgang Kaesbach</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	10,31,37
Abg. <b>Peter Dreßen</b> (SPD)	13,48	SV <b>Dr. Mark Seidscheck</b> (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller)	11,29,44
Abg. <b>Dr. Wolf Bauer</b> (CDU/CSU)	14	SV <b>Thomas Brauner</b>	12,40,42,46
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	16,45	SV <b>Dr. Jan Geldmacher</b>	14,35,48
Abg. <b>Matthäus Strebl</b> (CDU/CSU)	19	SV <b>Dr. Heinz Stapf-Finé</b>	14,48,49
Abg. <b>Petra Selg</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	22,23,58,60	SV <b>Dr. Dieter Steinbach</b>	16,21
Abg. <b>Dr. Dieter Thomae</b> (FDP)	26,27,28,30,67,68,69	SV <b>Dr. Johannes Pieck</b>	17,19
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	29	SV <b>Dr. Hermann Kortland</b> (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.)	19
Abg. <b>Götz-Peter Lohmann</b> (SPD)	35	SV <b>Volker Hansen</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände)	22
Abg. <b>Hilde Mattheis</b> (SPD)	38,52	SV <b>Dr. Thomas Kerckhoff</b> (Bundesverband Deutscher Versandapotheker)	23,31
Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	39	SV <b>Hermann Keller</b> (Bundesverband Deutscher Apothekerverbände)	24
Abg. <b>Gerald Weiß</b> (Groß-Gerau) (CDU/CSU)	42	SV <b>Prof. Dr. Michael Popp</b> (Komitee Forschung Naturmedizin)	25
Abg. <b>Maria Michalk</b> (CDU/CSU)	43,62,66	SV <b>Prof. Dr. Günter Neubauer</b>	26,28,55,65,68
Abg. <b>Verena Butalikakis</b> (CDU/CSU)	43	SV <b>Dr. Klaus G. Brauer</b>	27,30
Abg. <b>Michael Hennrich</b> (CDU/CSU)	46,54	SVe <b>Prof. Dr. Barbara Sickmüller</b> (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)	29
Abg. <b>Andreas Storm</b> (CDU/CSU)	53,63,67	SV <b>Thomas Isenberg</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	32

Abg. <b>Barbara Lanzinger</b> (CDU/CSU)	56	SV <b>Dr. Stefan Etgeton</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	35
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	61,66	SV <b>Dr. Martin Walger</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft)	35
Abg. <b>Silvia Schmidt</b> (Eisleben) (SPD)	73	SVe <b>Dr. Irene Krämer</b> (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V.)	36
		SVe <b>Dr. Eva Susanne Dietrich</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung):	42
		SV <b>Franz Heistermann</b> (Bundeskartellamt)	43,45
		SV <b>Manfred Kreisch</b> (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)	45
		SV <b>Gernot Kiefer</b> (Bundesverband der Innungskrankenkassen)	47,50,57,66,74
		SV <b>Werner Schneider</b> (AOK-Bundesverband)	47,51,52,58,60,82
		SV <b>Dr. Robert Paquet</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	47,49,51,52,53,61,67,74
		SVe <b>Dr. Doris Pfeiffer</b> (VdAK/AEV)	47,49,51,54,57,58,60,72,73
		SV <b>Dr. Uwe Markus</b> (Bundesversicherungsamt)	54
		SVe <b>Sybille Sahmer</b> (Verband der privaten Krankenversicherung)	54
		SV <b>Dr. Dominik Graf von Stillfried</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	56
		SV <b>Theodor van Stiphout</b> (Bundesverband der Betriebskrankenkassen)	57
		SV <b>Prof. Dr. Bernd Rüffelhüsch</b>	61,62,64
		SV <b>Prof. Dr. Fritz Beske</b>	62,68,69
		SV <b>Uwe Lübking</b> (Deutscher Städte- und Gemeindebund)	66
		SV <b>Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg</b> (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände)	69
		SV <b>Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow</b> (Deutscher Hausärzterverband e.V.)	69,75
		SVe <b>Dr. Karin Bell</b> (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände)	70
		SVe <b>Dr. Ursula Engelen-Kefer</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund)	71
		SV <b>Dr. Martin Danner</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.)	85

(Beginn: 9.04 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD):  
Meine sehr verehrten Damen und Herren!  
Hiermit eröffne ich die heutige Sitzung, in der wir die am vergangenen Montag begonnene öffentliche Anhörung fortsetzen.  
Ich rufe den einzigen Punkt der Tagesordnung auf:

Öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Fraktionen der SPD und des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz - GMG)

- Drucksache 15/11/70 -

Antrag der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Für ein freiheitliches, humanes Gesundheitswesen - Gesundheitspolitik neu denken und gestalten

- Drucksache 15/1174 -

Antrag der Abgeordneten Dr. Dieter Thomae, Detlef Parr, Dr. Heinrich L. Kolb, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Mut zur Verantwortung - für ein freiheitliches Gesundheitswesen

- Drucksache 15/1175 -

Wir haben Sie als externe Sachverständige zu dieser Anhörung eingeladen. Unabhängig von den derzeit laufenden Verhandlungen auf anderer Ebene haben wir als Bundestagsausschuss den Auftrag, den Gesetzentwurf und die Anträge zu beraten, und wir werden die Anhörung diesem Auftrag entsprechend durchführen.

Es geht zunächst um den vierten Komplex, Änderungen in der Arzneimittelversorgung. Für diesen Komplex haben wir dreieinhalb Stunden vorgesehen. Das Verfahren ist Ihnen bekannt: Die Fragezeiten bemessen sich nach der Stärke der einzelnen Fraktionen.

Die Fraktion der SPD beginnt mit der Frau Kollegin Kühn-Mengel.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den BKK-Bundesverband und an das WiDO. Hat die Flexibilisierung des Vertragsrechts in der ambulanten ärztlichen Versorgung Auswirkungen auf die Steuerungsinstrumente und die Steuerung der Arzneimittelverordnung? Wenn ja: Ergibt sich daraus zusätzlicher gesetzgeberischer Handlungsbedarf oder lassen sich eventuelle Probleme auf der kollektiv- bzw. individualvertraglichen Ebene lösen?

SV **Wolfgang Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Sofern unter Flexibilisierung auf absehbare Zeit ein Nebeneinander von Kollektiv- und Einzelvertragsrecht zu verstehen ist, hat sie voraussichtlich wenig bis keinen Einfluss auf die Steuerung der Arzneimittelverordnung. Es mag zwar einige zusätzliche administrative Probleme bei der Führung der Steuerungsinstrumente geben - Sie hatten das bereits differenziert, zum Beispiel im Zusammenhang mit Budgetabgrenzungsfragen -, die aber, glaube ich, zu vernachlässigen sind.

Wenn unter Flexibilisierung im weiteren Sinne auch besondere Versorgungsformen zu verstehen sind, ist Ihre Frage eindeutig zu bejahen. Denn bei bestimmten Versorgungsformen, zum Beispiel bei der integrierten Versorgung, kann vertraglich - gegebenenfalls auch einzelvertraglich - zum Beispiel die Arzneimittelversorgung hinsichtlich der Qualität, Struktur und eventuell auch der Menge bestimmt werden.

Einen gesetzgeberischen Handlungsbedarf über den vorliegenden Gesetzentwurf hinaus sehe ich derzeit nicht. Weitere gegebenenfalls notwendige Regelungen müssten meines Erachtens auf der Vertragsebene erfolgen.

SV **Jürgen Klauber** (AOK-Bundesverband): Aus Sicht des WiDO ist zu erwarten, dass sich aus der Flexibilisierung des Vertragsrechts in der ambulanten ärztlichen Versorgung Auswirkungen auf die Steuerung der Arzneimittelversorgung ergeben. Wenn der Vertragswettbewerb Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung fördern soll, muss er sich auch auf die Arzneimittelversorgung erstrecken. So könnten vorgesehene Steuerungsinstrumente, zum Beispiel Ergebnisse aus Arzneimittelbe-

wertungen im Rahmen der vierten Hürde, auch Eingang in die Vertragsgestaltung finden.

Idealer würden in einer vertragswettbewerblichen Ordnung zentrale Markteingriffe zunehmend durch Vereinbarungen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit abgelöst. Dies ist bisher allerdings nicht erreicht worden. Das heißt, aufgrund der kurz- und mittelfristig zu erwartenden geringen Marktrelevanz von Einzelverträgen ist es erforderlich, dass die zentralen Steuerungsinstrumente der Budgetvereinbarung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der pharmakologischen Beratung unverändert genutzt und auch so umgesetzt werden, wie sie im GMG-Entwurf vorgesehen sind. Einen darüber hinaus gehenden gesetzgeberischen Handlungsbedarf sehe ich nicht.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an die ABDA und an PHAGRO. Der aktuelle degressive, vom Preis des Arzneimittels abhängige Apothekenzuschlag soll durch einen kombinierten Apothekenzuschlag abgelöst werden, der nach dem vorliegenden Gesetzentwurf aus einem Fixzuschlag in Höhe von 7,30 Euro und einem preisbezogenen Zuschlag von 3 Prozent je Packung besteht. Der Großhandelszuschlag soll deutlich gesenkt werden. Wie bewerten Sie diese Änderungen? Können Sie die finanziellen Dimensionen dieses Vorhabens zumindest überschlägig quantifizieren?

**SV Wolfgang Schmeinck (Bundesverband der Betriebskrankenkassen):** Der Fixzuschlag auf der Einzelhandelsstufe im Arzneimittelvertrieb entspricht einer alten Forderung der Spitzenverbände der Krankenkassen. Insofern begrüßen wir die gesetzgeberische Entwicklung, die sich im GMG-Entwurf abzeichnet.

Der konkrete Betrag des vorgesehenen Fixzuschlags von 7,30 Euro beruht auf einer Divisionskalkulation. Sozusagen der Stufenerlös, der der Apothekerschaft von politischer Seite zugestanden werden soll, ist durch die vermutete Packungsanzahl dividiert worden. Der Divisor beträgt nach meiner Kenntnis 543 Millionen Packungen. Das heißt, die 7,30 Euro sind nur so lange gültig und richtig, als es bei der Zahl von 543 Millionen Packungen bleibt. Die Zahlen der ABDA weisen meines Wissens 724 Millionen Packungen aus, von denen al-

lerdings noch der PKV-Anteil abzuziehen wäre. Ich habe die Vermutung, dass - wenn man den Istzustand festschreiben wollte - der Divisor in dieser Kalkulation größer und der Fixzuschlag deshalb kleiner sein müsste.

Wie dem auch sei, aus der Sicht der Spitzenverbände der Krankenversicherung müsste in jedem Fall eine Regelung zur Korrektur von Packungsmengenschwankungen in das Gesetz mit aufgenommen werden. Das könnte beispielsweise in Zusammenhang mit der Verordnungsermächtigung nach § 78 des Arzneimittelgesetzes erfolgen.

Über die Frage, ob der preisbezogene Zuschlag von 3 Prozent je Packung auf der Einzelhandelsstufe zusätzlich erforderlich ist, könnte man reden. Meines Wissens würde er, sofern er überhaupt erforderlich ist, besser in die Großhandelsstufe passen.

Was die finanzielle Dimension angeht, würden die Einsparungen in Höhe von 800 Millionen bis 900 Millionen Euro zuzüglich Beitrag des Herstellerverbandes in den beiden Handelsstufen durch das Beitragssatzsicherungsgesetz und durch die im GMG-Entwurf vorgesehene Vorgehensweise den Krankenkassen alles im allem erhalten bleiben. Das halten wir für positiv.

**SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände):** Der im GMG-Entwurf vorgesehene Vorschlag der Einführung eines Kombimodells wird von der ABDA grundsätzlich mitgetragen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass dieses Modell mit den zwei Komponenten Fixzuschlag und preisbezogener Zuschlag in Höhe von 3 Prozent je Packung - Herr Schmeinck hat es bereits erläutert - vom Grundsatz her lediglich eine Rechensystematik darstellt. Im Wesentlichen bedarf es der Klärung der Frage, wie hoch das Rohertragsvolumen ist, das der Apothekerschaft ab 2004 zur Verfügung gestellt werden soll.

Wenn dies auf der Basis der - auch vom Gesetzgeber - nicht gewollten Auswirkungen des Beitragssatzsicherungsgesetzes erfolgte, durch das die Last der Apotheken bekanntlich verdreifacht wird, dann wäre das auf diese Weise entstandene Unrecht rückgängig zu machen. Dieses Rohertragsvolumen ab 2004 wäre in keiner Weise zu tragen.

Darüber hinaus muss festgestellt werden, dass der Entwurf des GMG in existenziell wichtigen Punkten - insbesondere hinsichtlich der Dynamisierung - dem ABDA-Vorschlag nicht folgt.

Bei dem Aspekt, dass nunmehr der Ertrag im Wesentlichen an die Packungszahl gekoppelt ist, muss die wahrscheinlich weiterhin stark ansteigende Strukturkomponente berücksichtigt werden. Aber die Betriebskosten selbst, die in der Apotheke anfallen, werden dann durch diese Strukturkomponente nicht mehr kompensiert werden können. Insoweit brauchen wir auf jeden Fall eine entsprechende Dynamisierung. Ansonsten gerät die Apotheke in eine Kostenfalle und wird den Versorgungsauftrag nicht wie gewünscht erfüllen können. Das steht fest.

Wenn darüber hinaus das Kombimodell durch einzelvertragliche Regelungen ausgehöhlt werden soll, bei denen für gleiche Dienstleistungen ungleiche Honorare angestrebt werden, wird es zu einer Schieflage kommen, die nicht hinzunehmen ist. Insoweit können wir uns mit einem Kombimodell lediglich dann einverstanden erklären, wenn es eine verlässliche und nachvollziehbare Dynamisierungskomponente gibt, die Apothekerhonorierung für alle Versorgungsformen gilt und eine wirtschaftliche Basis als Grundlage dient.

Bei den finanziellen Auswirkungen müssen wir davon ausgehen, dass der genannte Betrag von 7,30 Euro minus 2 Euro pro Packung als Kassenabschlag für die Apotheke immerhin ein Minus an Rohertrag von 1,1 Milliarden Euro nach sich ziehen wird. Dies ist für den flächendeckenden Versorgungsauftrag nicht hinnehmbar.

**SV Prof. Dr. Hilko Meyer** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.): Der Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels hat seit langem Vorschläge zur Kürzung der Großhandelsspanne gemacht. Leider sind diese Vorschläge erst diesen Montag mit der Leitung des Ministeriums besprochen worden. Sie sind also in diesen Entwurf nicht eingeflossen. Das bedeutet, dass dieser Entwurf mit seinen Kürzungen von 1,1 Milliarden Euro unserer Spanne den pharmazeutischen Großhandel überfordert, und zwar in zweifacher Hinsicht.

Auf der einen Seite überfordert er ihn einfach in der Größenordnung. Es wird immer das Argument angeführt, dass hiermit die Rabatte abgeschöpft würden. Aber Sie würgen den Wettbewerb unter den Großhändlern ab, wenn diese Rabatte zu 100 Prozent abgeschöpft werden. Bei dieser pauschalen Abschöpfung berücksichtigen Sie auch nicht die Unterschiede, die zum Beispiel bei der Versorgung in der Fläche und in den Städten zum Tragen kommen. Sie greifen damit die noch vorhandenen Wettbewerbsstrukturen an, insbesondere die kleineren und mittleren Unternehmen.

Auf der anderen Seite trifft es uns sehr hart, dass die Struktur der Absenkung linear ist. Dies bedeutet eine glatte Halbierung der Großhandelsspanne und hat deshalb nicht die Struktureffekte, die in unserem Vorschlag enthalten sind. Dieser enthält nämlich eine Verstärkung der Degression und damit eine dynamische Komponente im Hinblick auf die Einsparung für die Zukunft.

Wir sind am Montag mit unserem Vorschlag auf Aufmerksamkeit gestoßen. Aber uns wurde gesagt, dieser Vorschlag komme zu spät. Nachdem unser Vorschlag aber schon seit April auf dem Tisch liegt, kann dies nicht sein. Wir hoffen, dass in diesem Bereich die Tür noch nicht zugeschlagen ist.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD) Frau Kollegin Volkmer, Herr von Stackelberg hat sich noch zu Wort gemeldet. Erlauben Sie seine Ausführungen?

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ja, gern.

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Ich möchte aus Sicht der GKV auf ein Problem ergänzend aufmerksam machen. Bei der Berechnung dieser neuen Fixspanne ist die Quersubventionierung im OTC-Bereich eingeflossen. Das heißt: Die Handelsspanne der rezeptfreien Arzneimittel wird durch die rezeptpflichtigen Arzneimittel subventioniert. Wenn die OTC-Produkte zukünftig aus dem GKV-Bereich herausgenommen werden, dann können sich die Apotheker reich rechnen. Wenn dies herausgerechnet wird, dann kommt man auf einen Betrag von etwa 5 Euro. Hier wird also die Quersubventi-

onierung auf Dauer festgeschrieben. Das kann aus Sicht der GKV nicht richtig sein.

**Abg. Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Fragen richten sich an Professor Lauterbach, an die ABDA und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Nach der vorgesehenen Änderung in der Arzneimittelpreisverordnung wird Krankenkassen bzw. ihren Verbänden die Möglichkeit zu Preisverhandlungen eröffnet. Dies gilt insbesondere für vereinbarte Versorgungsformen und den Arzneimittelversand. Wie wird sich diese Neuregelung im Arzneimittelsektor auf das Preisniveau auswirken? Sind die gesetzlichen Rahmenbedingungen ausreichend oder enthalten sie unter Umständen noch Blockaden, die die Umsetzung dieses Ziels erschweren oder unmöglich machen?

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich gehe davon aus, dass das Preisniveau für Arzneimittel in der Folge dieser Regelung sinkt, die ich daher ohne Einschränkung begrüße. Die Krankenkassen werden diese Verträge nur abschließen, wenn entweder die Gesamtkosten für die betroffenen Arzneimittel oder sogar die Gesamtkosten für diese Versorgungsform niedriger als der Status quo sind. Ansonsten wird es zu diesen Verträgen nicht kommen. Daher gehe ich von einem senkenden Einfluss auf das Gesamtpriceisniveau aus.

Darüber hinaus wird die Steuerungskompetenz der Krankenkassen für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch diese Regelung gestärkt. Diesen langfristigen Nebeneffekt der Regelung erachte ich für sehr wichtig. Im Übrigen führt diese Regelung zu einer Erweiterung des Wettbewerbs der Krankenkassen: weg von einem vorwiegend anzutreffenden Risikoselektionswettbewerb um junge und gesunde Mitglieder hin zu einem sinnvollen Kassenwettbewerb um die bessere Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung. Deshalb begrüße ich diese Neuregelung ohne Einschränkung und halte sie mit der Philosophie des Gesamtgesetzes hin zu mehr Wirtschaftlichkeit, Qualität und Kostensenkung in der Folge dieser beiden Bewegungen für sehr gut integriert.

**SV Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Bei Inkraft-Treten dieses Gesetzes würde sich die Einzel-

apotheker bei Einzelverträgen der Marktmacht der Krankenkassen und insbesondere einem Oligopol ausgesetzt sehen. Wir bedauern außerordentlich, dass der Wettbewerb auf der Ebene des Preises stattfinden soll, also im Sinne eines Preisdumping. Wir würden es begrüßen, wenn es stattdessen zu einem Wettbewerb um die Qualität käme, also im Sinne einer Qualität pharmazeutischer Dienstleistungen.

Dieses Oligopol ist sehr ernst zu nehmen und würde in Verbindung mit dem neuen Preisbildungssystem auf Dauer dazu führen, dass für die gleichen Dienstleistungen zwischen den einzelnen Apotheken ungleiche Honorare angestrebt werden. Dies hält die Apotheke als Einzelhandelsgeschäft nicht aus. Das führt automatisch zu einer Reduzierung des Dienstleistungsangebotes und wird den Patienten lediglich als zweiten Sieger dastehen lassen.

Das Preisniveau wird bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in der Tat sinken können. Aber zu den katastrophalen Auswirkungen, die ich dargelegt habe, gehört auch, dass bei Aufhebung der Preisbindung im OTC-Bereich eine Entwicklung wie in anderen Ländern einsetzen wird: Bei einigen bekannten Produkten wird der Preis sinken, aber bei den übrigen Produkten wird insgesamt ein Anstieg der Preise zu beobachten sein.

**SV Wolfgang Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Kurzfristig erwarte ich bei der Entwicklung des Preisniveaus keine Änderung, weil die neuen Versorgungsformen erst noch generiert werden müssen. Was mit dem Versandhandel sein wird, wird sich noch entscheiden. Mittelfristig wird es sicherlich zu einer Preissenkung kommen, wie auch Herr Lauterbach schon sagte. Ansonsten würden die Kassen solche Verträge nicht abschließen. Ein Sinken des Gesamtniveaus wird daher nicht GKV-einheitlich, sondern bei den Kassenarten unterschiedlich sein. Aber auch das bedeutet ein Sinken des Preisniveaus. Ich kann das allerdings im Augenblick nicht quantifizieren.

Auf die Frage nach weiteren gesetzlichen Rahmenbedingungen, um diese Regelungen umzusetzen, möchte ich folgendermaßen antworten: Schon jetzt ist es möglich, sowohl mit der Herstellerseite als auch mit den Apotheken zu verhandeln, teilweise muss man dies sogar tun. Man kann aber eine Zigarre nicht an beiden Enden zugleich rauchen. Die Fülle der

teilweise auch konkurrierenden Verhandlungsmöglichkeiten, die bereits im Gesetz stehen, sind so groß, dass ich im Moment davon abrate, noch weitere gesetzliche Regularien vorzusehen.

**Abg. Karsten Schönfeld (SPD):** Meine Fragen richten sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an das WiDO. Es geht um den Komplex der Geld- und Naturalrabatte für Apotheker. Wie werden sich die Natural- und Geldrabatte, die der Großhandel den Apothekern gewährt, mit der Änderung der Arzneimittelpreisverordnung entwickeln? Wie wird sich der Bereich der Naturalrabatte der Hersteller an die Apotheker insgesamt entwickeln?

**SV Wolfgang Kaesbach (Bundesverband der Betriebskrankenkassen):** Das Problem der Natural- bzw. primär der Geldrabatte des Großhandels an die Apotheken wird sich nach unserer Auffassung erledigen, wenn die Arzneimittelpreisverordnung in der Form in Kraft tritt, wie sie vorgesehen ist, also mit einem abgesenkten Großhandelsaufschlag, der auf die tatsächlichen Vertriebsbedingungen des Großhandels abstellt. Die Entwicklung der Naturalrabatte der Hersteller an Apotheken wird sich unserer Ansicht nach nicht wesentlich verändern.

Wir sehen schon bei der Umsetzung der Autidem-Regelung teilweise eine Rabatterpresung der Apotheken gegenüber der pharmazeutischen Industrie. Das wird sich sicherlich auch dann fortsetzen, wenn Apotheken an der integrierten Versorgung beteiligt werden, in der dann Arzneimittelformularen vereinbart sind, die die Lagerhaltung der Apotheken drastisch reduzieren werden. Diese zielen auf bestimmte Produkte bzw. Wirkstoffe ab. Von daher werden in diesem Bereich Naturalrabatte von den Arzneimittelhersteller an die Apotheken weiterhin gewährt. Auch werden sich die Hersteller entsprechende Forderungen ausgesetzt sehen.

Wir regen deshalb an, in die Arzneimittelpreisverordnung eine Klausel aufzunehmen, dass von Herstellern gewährte Rabatte an Apotheken den Listenpreis des Herstellers nicht unterschreiten dürfen. Das ist zwar operationell nicht nachprüfbar, aber es ist eine deutliche Warnung an Hersteller, nicht ein Rabattvolu-

men zu gewähren, das ihren eigenen Listenpreis letztendlich unterschreitet.

**SV Jürgen Klauber (AOK-Bundesverband):** Grundsätzlich sehen wir das ähnlich. Durch die vorgesehene Änderung der Arzneimittelpreisverordnung wird durch die stärkere Abschöpfung der Großhandelsgewinne tendenziell kaum Luft für Rabattierungen bleiben. Aus ordnungspolitischer Sicht wird das Problem natürlich nicht gelöst. Es kann daher jederzeit der Fall eintreten, dass an dieser Schnittstelle neue Rabattierungsprobleme entstehen.

Um das Problem endgültig zu lösen, müsste aus unserer Sicht eine einheitliche Distributionsmarge konstruiert werden, mit der die Aufteilung dieser Marge der Vertragsfreiheit der Vertragspartner, also Großhandel und Apotheken, obliegt. Damit würde die Spaltung der Margen in der Arzneimittelpreisverordnung und die damit verbundene Pseudotransparenz aufgehoben, die Entwicklung neuer Distributionsformen mit entsprechenden Lieferbeziehungen gefördert und die Position des Apothekers gegenüber den vorgeschalteten Lieferanten entsprechend gestärkt.

Zur zweiten Frage: Es ist für mich nicht zu erkennen, inwieweit speziell von der Modifizierung der Arzneimittelpreisverordnung hin zu einem Honorarmodell für Apotheker Impulse ausgehen, die die Naturalrabatte von Arzneimittelherstellern an Apotheker verändern. Inwieweit eine veränderte Distributionslandschaft - Mehrbesitz in Verbindung mit Vertragswettbewerb und Honorarmodell; das sind die Stichworte - ein verändertes Rabattgebaren der Hersteller auslöst, kann hier nicht antizipiert werden. Insbesondere liegen uns dazu keine Daten vor.

**Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD):** Meine Frage geht an Herrn Dr. Glaeske, Herrn Professor Schwabe, Herrn Professor Lauterbach sowie an die Vertreter der ABDA und des Bundesverbandes der Arzneimittelhersteller. Welche Auswirkungen wird die Preisbildung bei rezeptfreien Arzneimitteln auf die vorgesehene Herausnahme der OTC-Produkte aus der Arzneimittelpreisverordnung haben?

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner (SPD):** Herr Dr. Glaeske und Herr Professor Schwabe

scheinen nicht hier zu sein. Dann sind Sie dran, Herr Professor Lauterbach.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich gehe davon aus, dass das Preisniveau der OTC-Produkte in Deutschland sinken und sich somit auf das in Europa übliche niedrigere Niveau zubewegen wird. Aus meiner Sicht ist eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu erwarten. Ich rechne auch mit einem positiven Einfluss auf die Gesamtkosten der Versorgung, weil in Zukunft Arztbesuche vermieden werden, die bislang erfolgen, um ein Rezept zu erhalten, das man nur in Anspruch nimmt, damit man das Arzneimittel nicht selber bezahlen muss. Das, was nun vorgesehen ist, senkt außerdem die administrativen Kosten. Insofern gehe ich von einem positiven Einfluss auf die Arztkosten und auf die administrativen Kosten der GKV aus. Ähnliche Regelungen auf internationaler Ebene haben keine besonderen Qualitätsprobleme hervorgerufen. Somit begrüße ich diese Regelung ohne Einschränkung. Eine besondere Behandlung der besonderen Therapieformen sehe ich in Ihrer Begründung nicht. Daher kann ich mir gut vorstellen, dass diese Regelung auf alle Therapieformen angewendet wird.

In der Summe handelt es sich also ohne Einschränkung um eine deutliche Verbesserung und Stärkung des Wettbewerbs. Außerdem wird diese Regelung zu einer Angleichung der Preise für OTC-Produkte an das europäische bzw. internationale Niveau führen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Herr Dr. Glaeske hat, wie ich gerade erfahren habe, heute Morgen per Fax abgesagt. Er steht also nicht für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung.

**SV Hans-Günter Friese** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Ich möchte gerne auf zwei Aspekte abheben: zum einen auf den ökonomisch-finanziellen, das heißt auf die Auswirkungen auf das Preisniveau, und zum anderen auf den materiell-inhaltlichen, also auf den pharmazeutisch-wissenschaftlichen.

Ich möchte mit dem letzten Aspekt beginnen. Es ist davon auszugehen - vergleichbare Ent-

wicklungen in anderen Ländern belegen dies -, dass es nach der Herausnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln aus der Erstattung zu einer ganzen Reihe von Substitutionseffekten in der ärztlichen Versorgungspraxis kommen wird und dass aufgrund einer ungünstigeren Risiko-Nutzen-Darstellung nicht selten ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel verordnet werden muss, das möglicherweise als nicht notwendig angesehen wird. Dies kann nicht im Sinne der gewünschten gesundheitspolitischen Weiterentwicklung sein. Des Weiteren ist davon auszugehen, dass es durch die Herausnahme zu mittelbaren Folgekosten kommen wird, die dadurch entstehen können, dass Arzneimittel nicht bzw. nicht rechtzeitig eingenommen werden, was zum Verschleppen von Krankheiten führen kann.

Zu den ökonomischen Auswirkungen: Es ist davon auszugehen, dass im Bereich der Selbstmedikation die Patienten die genannten Produkte nicht mehr im bisherigen Maß erwerben werden. Auf jeden Fall ist davon auszugehen, dass es zu einer gewissen Mischkalkulation kommen wird; denn diese Produkte sollen ja preislich freigestellt werden. Es wird des Weiteren eine Reihe von Produkten geben, die dem Patienten sehr wohl bekannt sind und deren Preise mit Sicherheit erheblich - um 10, 12 oder sogar 15 Prozent - sinken werden. Aber nach einer gewissen Trendwende werden die Preise wieder ansteigen. Die Bürger, die Verbraucher und insbesondere die Patienten, die gehandicapte Marktteilnehmer sind, werden nicht in der Lage sein, von Apotheke zu Apotheke zu gehen, um festzustellen, welches Präparat das günstigste ist. Nach allen Erkenntnissen, die wir aufgrund der Entwicklung in anderen Ländern, speziell in den angelsächsischen, haben, wird sich das Preisniveau der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel erhöhen.

Es gibt im Übrigen kein einheitliches internationales Preisniveau. Eine Preisangleichung wird es demnach nur bei einigen wenigen Produkten geben, die europaweit bzw. international bekannt sind. Aber sonst wird es zu einer entsprechenden Anhebung der Preise in diesem Bereich kommen.

**SV Dr. Mark Seidscheck** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller): Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem entsprechenden Teilergutachten erstmals offiziell den hier zur Dis-

kussion stehenden Vorschlag gemacht. Er be ruft sich dabei auf die positive Preisentwicklung, das heißt auf die Preissenkung, die es nach der Aufhebung der Regelungen für die Preisbildung bei Schokolade gegeben hat. Das muss jedenfalls auf politischer Ebene einen starken Eindruck hinterlassen haben; denn seit diesem Zeitpunkt wird über dieses Thema immer wieder diskutiert. Offensichtlich wird dabei übersehen, dass Arzneimittel bisher nach allgemeiner Auffassung eine Ware besonderer Art sind, die nicht mit Schokolade verglichen werden kann.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist: Bei der Schokolade gibt es in den entsprechenden Outlets Preisvergleichsmöglichkeiten, weil es eine Preisauszeichnungspflicht gibt. In den Apotheken ist nach der Apothekenbetriebsordnung die Präsentation von apothekenpflichtigen Waren im unmittelbaren Blickfeld des Apothekenbesuchers nicht zulässig. Damit entfällt bei diesen Produkten der wesentliche Wettbewerbsparameter des Preisvergleichs. Wenn es aber keinen Preisvergleich gibt - darin kann ich Herrn Friese nur Recht geben -, dann wird - jedenfalls in der Tendenz - ein und dasselbe Arzneimittel in den Apotheken einen unterschiedlichen Preis haben. Es gibt für die Apotheker überhaupt keine Veranlassung, mit den Preisen nach unten zu gehen.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist: Wenn Arzneimittel keine Ware besonderer Art mehr sind, dann muss man damit rechnen, dass die allgemeinen Marktprinzipien auch bei den Formen des Angebots von Arzneimitteln in den Apotheken gelten werden, das heißt, dass es Sommerschlussverkäufe und Regaleinstandsregeln geben wird. All die Angebotsformen, die bisher aus guten Gründen bei den Arzneimitteln verboten waren, werden wir dann also bekommen.

Der letzte Punkt ist: Es muss darauf hingewiesen werden, dass das Preisniveau gerade der rezeptfreien Arzneimittel in Deutschland im europäischen Vergleich im unteren und nicht im oberen Bereich angesiedelt ist.

Abg. **Eike Hovermann** (SPD): Herr Brauner, es wird vielfach vorgeschlagen, die Arzneimittel- und die Distributionskosten getrennt auszuweisen. Erstens. Geht das technisch? Zweitens. Wie ist es um den Kostenfaktor be-

stellt? Denn wenn etwas getrennt wird, dann muss es zusätzlich administriert werden.

**SV Thomas Brauner:** Ich glaube, dass wir zuallererst die Frage nach den Distributionskosten von der nach dem Apothekenverkaufspreis sowie die Frage des geplanten Fixzuschlags von der Frage der Preisbildung bei Arzneimitteln trennen sollten. Der Fixzuschlag in Höhe von 7,30 Euro verursacht ein Problem: Gerade im niedrigpreisigen Bereich werden letztendlich alle Arzneimittel in eine Preisran ge einbezogen, wodurch keine Preisunterschiede mehr möglich sein werden, das heißt, dass die Arzneimittel dann nicht mehr über den Preis miteinander konkurrieren können. Die Preise werden allgemein steigen. Jedes Arzneimittel, das bei einer Behandlung verwendet wird, wird außerdem ein Thema für die gesetzliche Krankenkasse; denn bei 7,30 Euro plus 3 Prozent auf den Arzneimittelpreis kommen fast alle Arzneimittel - die Zahl derjenigen, die nicht zulasten der Kassen gehen werden, wird sich im Promillebereich bewegen - über den Abgabepreis, das heißt über den höchsten Selbstkostenbeteiligungspreis von 8 Euro.

Es wird des Weiteren in wettbewerblicher Hinsicht ein Problem mit dem geplanten Fixzuschlag gerade im niedrigpreisigen Bereich geben. Sie müssten in diesem Bereich noch viele Konsequenzen in Bezug auf die Festbeträge oder auf die obere Linie des unteren Preisdrittels - Stichwort „Aut-idem-Regelung“ - ziehen.

Wenn Sie den Vorschlag, über den momentan diskutiert wird, aufgreifen, die Distributionskosten vom Prozess der Arzneimittelpreisbildung zu trennen, dann kann ich dazu nur sagen, dass das ohne Weiteres zu administrieren ist; denn das, was den Apothekenrechenzentren durch das Beitragssatzsicherungsgesetz bei der Administrierung der Rabatte zugemutet wird, ist viel komplizierter, als eine Fixpauschale in Höhe von 7,30 Euro direkt von der Kasse über die Apothekenrechenzentren an die abgebenden Apotheker transferieren zu lassen. Das ist überhaupt kein Problem; das ist für die Apothekenrechenzentren eine der leichtesten Übungen.

Herr Hovermann, auf Ihre Frage nach den Gesamtdistributionskosten kann ich nur antworten, dass ich auch hier kein Problem bei der

Abwicklung sehe; denn die Höhe dieser Kosten ist ja festgeschrieben. Es ergibt sich aber ein Problem aus der Kombination von Fixbetrag und prozentualem Betrag. Am einfachsten wäre es, den Fixbetrag außerhalb der Arzneimittelpreisbildung abzuwickeln. Wenn man das täte, dann hieße das, dass sich der Arzneimittelabgabepreis in der Apotheke aus Herstellerabgabepreis plus prozentualer Marge des Großhandels plus prozentualer Marge des Apothekers plus Mehrwertsteuer bilden würde. Die 7,30 Euro - oder wie hoch auch immer der Betrag dann sein mag - flößen dann direkt von der Krankenkasse an den Apotheker. Ein solches Modell ließe sich ohne Weiteres umsetzen.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Meine erste Frage geht an den Vertreter des WIdO, an Herrn Professor Lauterbach und an Herrn Dr. Geldmacher. Welche Auswirkung hat die vorgesehene Änderung der Arzneimittelpreisverordnung auf die Höchstbeträge für Generika und auf die Aut-idem-Regelung?

Meine zweite Frage geht an den Vertreter des DGB. Wie beurteilen Sie die Aufhebung des bundeseinheitlichen Apothekenverkaufspreises für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel?

SV **Jürgen Klauber** (AOK-Bundesverband): Zu der Frage nach der Auswirkung auf die Festbeträge: Rechnerische Anpassungen an die neuen Preisniveaus werden natürlich erforderlich sein. Das halten wir aber für ein vergleichsweise geringfügiges technisches Problem, das mit der guten Logistik, über die der BKK-Bundesverband verfügt, einwandfrei gelöst werden kann.

Durch einen Fixzuschlag nähern sich besonders preiswerte Generika - vom Preis her - an die teuren Originale tendenziell an. Das schafft aber aus unserer Sicht grundsätzlich keine neuen Qualitäten und führt zu einer Umstellung auf eine aufwandsgerechte Distributionsmarge und damit zu einer entsprechenden Preisgestaltung.

Zur Aut-idem-Regelung ist Folgendes anzumerken: Auch hier gilt grundsätzlich der Effekt, dass sich hohe und niedrige Preise annähern. Die höheren Preise sinken grundsätzlich etwas stärker, als die niedrigeren steigen. Der

Effekt auf den Drittelpreis - das haben wir uns an ein paar Beispielen angeschaut - sieht aber so aus, dass die Bewegung weitgehend proportional zur Veränderung des Mindest- und des Höchstpreises durch die neue Arzneimittelpreisverordnung verläuft, das heißt, dass sich eine geringe Absenkungstendenz ergibt. Fazit: Wir erwarten keine dramatischen Auswirkungen.

SV **Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach**: Ich kann mich diesen Ausführungen nur anschließen. Das Gesamtpreisniveau der Generika wird wahrscheinlich sinken, weil sich die vorgesehene Regelung insbesondere auf hochpreisige Generika auswirken wird. Der deutsche Generikamarkt ist durch eine Sondersituation gekennzeichnet, die darin besteht, dass oft das teuerste Generikum für einen gegebenen Wirkstoff den größten Marktanteil hat. Das überrascht zunächst einmal, weil es im Ausland häufig genau umgekehrt ist: Das Generikum für einen gegebenen Wirkstoff, welches besonders preiswert ist, hat den größten Marktanteil.

Gemessen an der Zahl der Verordnungen haben besonders teure Generika in Deutschland - anders als in vielen anderen europäischen Ländern - oft den höchsten Marktanteil, da sie - fast wie Originalpräparate - durch Außendienste beworben und vertrieben werden.

Diese Regelung wird der Sondersituation in Deutschland - das Preisniveau von Generika wird unnötigerweise hochgehalten - gerecht. Ich gehe davon aus, dass das Preisniveau insgesamt sinken wird: Zwar werden die besonders preiswerten Generika möglicherweise etwas teurer; aber die hochpreisigen Generika werden deutlich billiger. Dies ist mit der Aut-idem-Regelung gut zu vereinbaren: Diese Regelung funktioniert umso besser, je niedriger der durchschnittliche Preis eines Wirkstoffs ist.

Das vom Sachverständigenrat entwickelte Beispiel mit der Schokolade ist eben dafür gelobt worden, dass es so illustrativ ist. Auch was OTC-Produkte angeht - anscheinend haben noch nicht alle das Beispiel mit der Schokolade verstanden -, ist ein Preisvergleich möglich: Beispielsweise fragt ein Kunde einen Apotheker danach, was die billigste Form von Acetylsalizylsäure ist, die er vorhält. Diese simple Frage macht die Auslage der unterschiedlichen

Produkte unnötig und - wie durch das Beispiel mit der Schokolade veranschaulicht - das Preisniveau sinkt. Wäre dem nicht so, wären die Sorgen der Hersteller in Bezug auf die Einführung dieser Regelung nicht nachvollziehbar. Sie lehnen sie ab, obwohl das Preisniveau angeblich steigt. Das wirft Fragen auf. Ich empfehle jedem die Lektüre des Gutachtens des Sachverständigenrats in Bezug auf den Vergleich zwischen Schokolade und OTC-Produkten.

**SV Dr. Jan Geldmacher:** Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Klauber an. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen arbeiten bei der Festbetragsregelung und bei der Aut-idem-Regelung, was die Gruppenbildung und was die Darreichungsformen betrifft, sehr eng zusammen. Herr Kaesbach könnte weitere Ausführungen machen, da der Bereich Rechnungen in seinen Zuständigkeitsbereich fällt.

**SV Dr. Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Der vorliegende Gesetzentwurf enthält eine ganze Reihe von Maßnahmen zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung. Ziel ist, mehr Wirtschaftlichkeit zu erreichen. Der DGB begrüßt das. Das gilt insbesondere für die Regelung, dass der bundeseinheitliche Apothekenverkaufspreis für nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel durch eine Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung aufgehoben werden soll. Damit kann es zu mehr Rationalität und weniger Kosten kommen, ohne die Qualität der Arzneimittelversorgung der Patienten einzuschränken.

**Abg. Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Vertreter des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels. Über die Auswirkungen der Kürzungen ist schon gesprochen worden. Mich interessieren die Auswirkungen auf die gesamte Landschaft des Großhandels: Ändern sich die Wettbewerbsstrukturen? Kommt es zu Neustrukturierungen innerhalb des Großhandels?

Die Vertreter der ABDA möchte ich fragen, wie sie die Vorschläge des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels beurteilen.

Wir müssen uns auch einmal über die Einführung des Versandhandels unterhalten. Die

Vertreter der ABDA möchte ich daher auch fragen, wie sie die damit verbundenen Probleme sehen. Mich interessiert vor allem, welche Alternativen zum Versandhandel sie sehen.

Auch meine letzte Frage richtet sich an die Vertreter der ABDA. Eben ist von „Rabatterpressungen“ gesprochen worden. Teilen Sie die Auffassung, dass es sowohl im rezeptfreien als auch im rezeptpflichtigen Bereich dazu kommen wird? Was halten Sie überhaupt von der Vokabel „Rabatterpressungen“?

**SV Prof. Hilko Meyer** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels): Die im Hinblick auf die Kürzung der Großhandelsrabatte vorgesehene Größenordnung würde - das wurde schon angesprochen - den Wettbewerb zwischen den großen Anbietern abwürgen. Man darf nicht vergessen - Entsprechendes ist heute schon angeklungen -, dass der Rabattwettbewerb vom Ordnungsgeber ausdrücklich vorgesehen war und dass genau dieser Wettbewerb - Stichwort „Rationalisierungen im Großhandel“ - dazu geführt hat, dass heutzutage Rabatte in dieser Größenordnung überhaupt gewährt werden können. Diese Rabatte sind der eigentliche Grund dafür, dass die Effizienz des deutschen Großhandels weltweit am höchsten ist. Dank dieser Rabatte sind die Distributionskosten extrem gering und die flächendeckende Versorgung extrem gut.

Wenn dieser Gesetzentwurf verabschiedet und der Rabattwettbewerb damit quasi abgeschafft wird, dann wird es zu keinen weiteren Rationalisierungen kommen und dann werden die kleinen Großhändler - die jetzige Wettbewerbsstruktur ist dadurch gekennzeichnet, dass es neben einigen großen eine Reihe von regionalen Anbietern gibt - im Wettbewerb nicht mithalten können: Sie sind von den Vorteilen des Rabattwettbewerbs abhängig und sie werden höhere Kosten haben. Von dem Moment an, wo für größere Bestellungen kein Rabatt mehr gewährt wird, steigen die Kosten für den Großhandel; die Apotheker haben nämlich keinen Anreiz mehr, umfangreiche Bestellungen vorzunehmen.

Wenn die Rabatte in der vom Gesetzentwurf vorgesehenen Größenordnung gekürzt werden, dann bleibt dem Großhandel nur die Möglichkeit - das muss man ganz klar sagen -, ein Verbot von Rabatten auf Großhandelsebene zu

fordern. Ein solches Rabattverbot gibt es beispielsweise in Frankreich. Der Gemeinschaftskodex der EU für Humanarzneimittel enthält zumindest die Möglichkeit eines solchen Verbots. Ich füge ausdrücklich hinzu: Aus unserer Sicht wäre ein solches Rabattverbot eine schlechte Lösung. Dieses Verbot könnte angesichts von Spannenkürzungen allerdings erforderlich sein, um bestehende Wettbewerbsstrukturen aufrechtzuerhalten.

Unser Gegenvorschlag liegt auf dem Tisch: Wir sind, wie ich bereits betont habe, nicht nur für eine Kürzung der Spanne, sondern auch für eine intelligente Veränderung der Spannenstruktur. Eine solche Veränderung würde in den nächsten Jahren zu weiteren Einsparungen, insbesondere im hochpreisigen Bereich, führen.

Eines ist natürlich klar: Sämtliche in Bezug auf die Arzneimittelpreisverordnung bisher angestellten Berechnungen gehen von einer Mischkalkulation aus. Die Öffnungsklauseln, insbesondere im Hinblick auf verschreibungspflichtige Arzneimittel, machen diese Kalkulationen, soweit sie besondere Versorgungsformen und den Versandhandel betreffen, endgültig zunichte und sind mit diesem System nicht mehr vereinbar.

**SV Hans-Günter Friese** (Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Ich habe als Vertreter der ABDA innerhalb von wenigen Monaten zum dritten Mal die Chance, zum Thema Rabatte Stellung zu beziehen: am 12. November vergangenen Jahres, als es um das Beitragssatzsicherungsgesetz ging, im Mai, als es um die Gesetzesinitiative der Union ging, und heute.

Rabatte stehen mit der derzeit gültigen Arzneimittelpreisverordnung ganz klar im Einklang; sie sind ein Element des Wettbewerbs. Von dem Moment an, wo Rabatte vom Grundsatz her ausgeschlossen werden, leidet der Wettbewerb. Rabatte - sowohl Naturalrabatte als auch Barrabatte - haben mit Schmutzeligkeit und dergleichen überhaupt nichts zu tun. Sie werden in den entsprechenden Bilanzen, also in den Gewinn- und Verlustrechnungen, jeder Apotheke ausgewiesen.

Der Wirtschaftsminister und die Gesundheitsministerin müssten sich glücklich schätzen, dass es die Rabatte im Großhandelsbereich

gibt. Insbesondere die Rationalisierungsrabatte haben es in den letzten Jahren möglich gemacht, die Distributionskosten zu senken. Der Industrieanteil an den Arzneimittelpreisen inklusive Mehrwertsteuer ist - das muss einmal deutlich gesagt werden - inzwischen bei round about 76 Prozent angelangt.

Diese Rabatte sind ein integraler Bestandteil der Erträge der Apotheken. Aufgrund des degressiven Charakters der Preisspannenverordnung ist es zu einem jahrelangen, bis heute andauernden Margenverfall gekommen. Nur durch Rationalisierungsrabatte war es möglich, die Apotheken wirtschaftlich zu führen.

Nun möchte ich auf das Wort „Rabatterpressungen“ zu sprechen kommen. Die derzeitige Regelung muss man sicherlich als vermurkst bezeichnen; es gibt praktisch keine Aut-idem-Regelung. Erpressungen - von wem auch immer - sind daher nicht möglich und es werden keine Rabatte gewährt, die nicht auch schon in der Zeit vor der Einführung der Aut-idem-Regelung hätten gewährt werden können.

Mit der Preisgestaltung des pharmazeutischen Großhandels können wir vom Grundsatz her leben. Wir weisen aber darauf hin, dass ein großer Teil der Großhandelsrabatte integraler Bestandteil der Einkommenssituation der Apotheker gewesen ist; insofern erscheint ein „Switchen“ angebracht.

Wir lehnen den Versandhandel aus mehreren Gründen ab. Die Einführung des Versandhandels zerstört die Qualität der Arzneimittelversorgung in Deutschland. Arzneimittelsicherheit ist in Deutschland derart selbstverständlich, dass wir uns ihrer wohl erst in dem Moment bewusst würden, wenn sie nicht mehr vorhanden wäre. Im US-Staat Oregon - der Markt in den Vereinigten Staaten ist wie der der Schweiz weitgehend abgeschottet; es gibt in den USA keine mexikanischen und keine kanadischen Produkte - ist man mit Arzneimittelsicherheit offensichtlich relativ locker umgegangen: Wie der Fernsehsender CNN gemeldet hat, kam es im März dieses Jahres zu ganz erheblichen Sicherheitsstörungen, weil der Versandhandel mehrere Tausend Personen mit falschen Medikamenten versorgt hat.

Beim Versandhandel findet eine unmittelbare und persönliche Beratung durch einen Apotheker nicht mehr statt. Wir können nicht erken-

nen, warum ohne Not Versandhandel erlaubt sein soll. Die Verfügungsgewalt Dritter und die relativ langen Zeiten des Lieferns durch den Versandhandel - ich verweise darauf, dass jede Apotheke in Deutschland fast jedes Arzneimittel nach spätestens drei oder vier Stunden zur Verfügung stellt - sind ebenfalls sehr negativ.

Ich komme auf den ökonomischen Bereich zu sprechen. In keinem entwickelten Land, in dem es sowohl Präsenzapotheken als auch Versandapotheken gibt, sind Kosteneinsparungen zu verzeichnen; das Gegenteil ist der Fall. Die OECD hat jüngst in einer Veröffentlichung festgestellt, dass die Arzneimitteldistributionskosten in Deutschland in den vergangenen zwölf Jahren relativ moderat gestiegen sind, während sie in anderen Ländern, insbesondere in denjenigen, in denen es Versandhandel gibt, etwa um die Hälfte, das heißt exorbitant gewachsen sind.

Was den Alternativvorschlag der ABDA angeht: Wir schlagen mit Hinweis auf die Bevölkerungsdichte und die Apothekendichte in unserem Land vor, die Möglichkeit der Verknüpfung zwischen logistischer Zur-Verfügung-Stellung und unmittelbarer persönlicher Beratung aufrechtzuerhalten.

Durch das von uns entwickelte Home-Service-Konzept kann jeder Bürger schon derzeit seine Arzneimittel in jeder Apotheke Deutschlands, auch per Internet, per Fax, auf sonstigem Telekommunikationsweg, bestellen und dabei ist die Möglichkeit der pharmazeutischen Beratung gegeben. Im Einzelfall wird bis in die Wohnung, bis ans Krankenbett ausgeliefert. Von daher sehen wir keine Notwendigkeit, etwas einzuführen, was sich im Ausland nicht bewährt hat und was darüber hinaus den Mittelstand als solchen ganz erheblich zerstören wird.

**Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):** Zunächst Fragen zum Komplex Versandhandel. Herr Dr. Steinbach, Sie waren viele Jahre Vorstandsmitglied und Präsident des Weltapothekerverbandes. Welche Erfahrungen und Einschätzungen zum Thema Versandhandel mit Arzneimitteln gibt es aus Ihrer Sicht international, speziell auch in anderen europäischen Ländern? Herr Dr. Pieck, wie beurteilen Sie ordnungspolitisch, arzneimittelrechtlich die Zulassung des Arzneimittelversandhandels?

Der zweite Fragenkomplex zum Thema Mehrbesitz. Meine erste Frage richtet sich an PHAGRO. Welche Position hat der pharmazeutische Großhandel zur Aufhebung des Mehrbesitzverbots?

Die zweite Frage richtet sich wiederum an Herrn Dr. Pieck. Wie beurteilen Sie, Herr Dr. Pieck, ordnungspolitisch, verfassungsrechtlich und apothekenrechtlich die Einführung der Möglichkeit des Mehrbesitzes?

**SV Dr. Dieter Steinbach:** Zum Versandhandel hat Herr Friese schon einiges ausgeführt. Ich möchte mich auf einen mir wesentlichen Punkt konzentrieren. Die WHO hat bereits 1999 in einem umfangreichen Bericht, der sich mit der Ausbreitung von Arzneimittelfälschungen befasst, festgestellt, dass das wesentliche Einfallstor für gefälschte Arzneimittel der Versandhandel ist, insbesondere dann, wenn er grenzüberschreitend stattfindet. Die WHO hat eine Arbeitsgruppe gebildet - ich gehöre ihr an -, die sich Gedanken dazu machen soll, wie man dies verhindern kann. Bislang ist das leider ohne Erfolg geblieben. Im Gegenteil: Der Umfang von Arzneimittelfälschungen nimmt ständig zu. Der Vertrieb hat mafiaartige Strukturen angenommen und die Größenordnung von Milliarden Dollar erreicht. Es ist eine Illusion zu glauben, dass nationale Qualitäts- und Sicherheitsstandards außerhalb der jeweiligen Landesgrenze wirken. Was Sie hier beschließen, wird in den südeuropäischen Ländern wahrscheinlich noch nicht einmal zur Kenntnis genommen - von den EU-Beitrittsländern im Osten gar nicht zu reden.

In dem einzigen Land der Welt, in dem Arzneimittelversand überhaupt eine Rolle spielt, in den USA, ist die Einfuhr aus dem Ausland strikt verboten. Trotzdem kommt es durch illegale, durch das Internet induzierte Versendungen, vornehmlich aus Mexiko, zu sich verstärkenden Problemen, insbesondere hinsichtlich des Bezugs von Arzneimittelfälschungen. Aus diesem Grund haben die USA kürzlich auch die Einfuhr aus Kanada - Kanada war bisher sozusagen in den US-Raum integriert - verboten.

Meine Auffassung ist: Bevor diese Probleme nicht gelöst sind, stellt der Arzneimittelversandhandel ein Sicherheitsrisiko erster Ordnung dar.

**SV Dr. Johannes Pieck:** Der Gesetzentwurf begründet die vorgesehene Aufhebung des Versandhandelsverbots mit veränderten Situationen im Gesundheitswesen. Ich kann solche Veränderungen weder in der Gesetzeslage noch in der Faktizität erkennen. Registrieren kann man allerdings eine Änderung von Mentalitäten, von Einschätzungen und offensichtlich auch von Prioritäten. Ich darf daran erinnern, dass Bundestag und Bundesrat erst vor fünf Jahren einstimmig das gesetzliche Versandhandelsverbot beschlossen haben. Es beruht auf der Versandhandelsrichtlinie der EU, die besagt, dass der Versandhandel mit Arzneimitteln verboten werden kann, wenn dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit geboten ist. Bundestag und Bundesrat haben vor nunmehr fünf Jahren gesehen, dass diese Voraussetzung gegeben ist.

Der Gesetzentwurf wird bezüglich des Versandhandels von zwei Komponenten beherrscht. Das eine ist die Absicht und die Überzeugung, Einsparpotenziale zu realisieren. Ich bin kein Ökonom; aber ich stelle die Frage, wie angesichts der Auswirkungen des BSSichG und der weiteren Maßnahmen, die in dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen sind, bei deutschen Apothekern mithilfe niedrigerer Spannen für den Versandhandel noch weitere Einsparpotenziale realisiert werden können. In dem Augenblick, in dem eine Arzneimittelpreisverordnung in Kraft tritt, die von einem gesellschaftlichen und politischen Konsens getragen wird, sehe ich keine Geschäftsgrundlage mehr dafür, mithilfe des Versandhandels weitere Ressourcen erschließen zu wollen.

Der Gesetzentwurf lässt sich über die Bedingungen, unter denen Versandhandel stattfinden darf, sehr ausführlich aus. Angesichts der gesetzlichen Ermächtigung im Apothekengesetz, der Voraussetzungen für die Genehmigung einer Versandapotheke und auch der Gesichtspunkte bei der Durchführung des Versandhandels gewinnt man den Eindruck, dass der Versandhandel tendenziell oder auch absolut sicher gemacht wird. Ich bekenne ausdrücklich, dass ich diese Überzeugung nicht teile.

Die Beratung in der Apotheke lebt buchstäblich davon, dass sie unmittelbar, persönlich und sofort geleistet wird. Eine qualifizierte

Beratung per Telefon, per Fax oder E-Mail kann ich mir nicht vorstellen.

Systemimmanente Transportprobleme kann man durch gesetzliche Regeln, die als Normadressaten nicht den Transporteur, sondern den Apotheker haben - nur so kann es sein -, nicht bewältigen. Ich gehe also davon aus, dass die Formulierungen nur schöner Schein und in der Wirklichkeit des Lebens ohne Bedeutung sind, zumal der Versandhandel als ein sich täglich wiederholender Vorgang vielleicht rechtlich bewertbar ist, eine Entscheidung aber letztlich von der Beweislage abhängt.

Bemerkenswert erscheint mir, dass im Bereich des Arzneimittelsicherheitsrechts der Versandhandel für Apotheken genehmigungspflichtig sein soll, der Gesetzentwurf erstaunlicherweise aber vorsieht, dass die Genehmigung dann, wenn sie von der zuständigen Behörde innerhalb von drei Monaten nicht erteilt worden ist, als erteilt gilt. Das ist ein ungewöhnlicher Vorgang im Bereich des Arzneimittelsicherheitsrechts.

Ich will zwei unmittelbare Konsequenzen für die Apothekenpraxis aufzeigen. Die Politik, soweit sie für Versandhandel eintritt, hat immer betont, die freie Apothekenwahl des Patienten werde nicht beeinträchtigt. Ich glaube der Politik das, weil der Gesetzgeber auch gar nicht befugt wäre, die freie Apothekenwahl einzuschränken. Aber so, wie es bei den Hilfsmitteln geschieht und geschehen ist, wird es auch bei den Arzneimitteln geschehen: Die Kostenträger werden unter Berufung auf das Wirtschaftlichkeitsgebot die Patienten drängen, zwingen, motivieren - es sind noch andere Begrifflichkeiten denkbar -, die Apotheke nicht mehr frei zu wählen, sondern eine Versandapotheke oder gar eine von mehreren untereinander im Preiswettbewerb stehenden Versandapotheken in Anspruch zu nehmen.

Es kommt zu einer Verzerrung des Wettbewerbs. Angekündigt waren faire - nicht einmal mehr gleiche - Wettbewerbsbedingungen zwischen ausländischen und deutschen Apotheken. Im Hinblick auf die unterschiedliche Preisbildung im Ausland, insbesondere was die Apothekeneinkaufspreise angeht, bin ich der Auffassung, dass Wettbewerbsgleichheit oder auch nur faire Wettbewerbsbedingungen nicht gewährleistet sind.

Ich sehe ein großes Problem für den Wettbewerb von Offizinapotheken und Versandapotheken vor Ort. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die Preise, die einzelne Versandapotheken mit Krankenkassen oder Krankenkassenverbänden vereinbaren, auch im Offizinbereich angewendet werden können. Damit liegt eine Wettbewerbsverzerrung vor, die ich sogar für verfassungsrechtlich relevant halte. Der eine Apotheker ist strikt an die Arzneimittelpreisverordnung gebunden; der Wettbewerber aber, der eine Versandapotheke unterhält, hat die Freiheit, die Preise nach der Arzneimittelpreisverordnung oder auch die niedrigeren Preise, die er für den Versandhandel vereinbart hat, zu nehmen.

In diesen Tagen und Wochen soll die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs ergehen. Bemerkenswert ist, dass in der mündlichen Verhandlung immerhin der Vertreter der Bundesregierung die Auffassung vertreten hat, das deutsche Versandhandelsverbot verstoße nicht gegen europäisches Recht. Die Meinung, der Gesetzgeber müsse in vorauseilendem Gehorsam tätig werden, um von einem negativen Urteil nicht überrascht zu werden, relativiert sich also in gewisser Weise.

Die ordnungspolitischen Konsequenzen halte ich für markant. Es gibt Wettbewerbsverzerrungen im Hinblick auf ausländische Apotheker und im Offizinbereich im Hinblick auf Offizinapotheken ohne Versandfunktion. Wenn ausländische Apotheker in den deutschen Markt liefern, dann wird man alsbald auch die Frage stellen, ob das Fremd- und Mehrbesitzverbot nicht aufgehoben werden muss, um Rechtsgleichheit herzustellen.

Ich befürchte auch, dass sich die Versandapotheke alsbald verselbstständigt und unabhängig von einer Apotheke sein wird. Der nicht mehr amtierende Vorstandsvorsitzende einer deutschen Pharmagroßhandlung hat noch im Februar erklärt: Wenn Versandhandel kommt, dann sind wir dabei. - Eine Institution auf der grünen Wiese oder in irgendeinem Gewerbegebiet halte ich danach für vorstellbar. Dann haben wir es nicht mehr mit Versandapotheken, sondern mit Versandinstitutionen zu tun.

Der Gesetzentwurf liefert hierfür auch eine Voraussetzung: Die Räume einer Versandapotheke, die dem Versand dienen, sollen nicht mehr dem Prinzip der Raumeinheit unterliegen und müssen auch nicht mehr in der Nachbar-

schaft der Apotheke eingerichtet werden. Dies bedeutet: Jede Versandapotheke kann den Versand von Arzneimitteln räumlich völlig selbstständig von einer Offizinapotheke betreiben.

Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Friese und Herrn Dr. Steinbach an und sage: Es gibt keinen sachlich-fachlichen Grund, etwa im Interesse von Patienten, die eine Apotheke nicht aufsuchen können, das bestehende System infrage zu stellen. Der Gesetzgeber des Jahres 1998 hat seinerzeit ordnungspolitisch und gesundheitspolitisch korrekt entschieden.

**SV Prof. Hilko Meyer** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels): Der pharmazeutische Großhandel hat sich immer gegen die Aufhebung des Versandhandelsverbots und gegen die Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbots ausgesprochen. Das Fremd- und Mehrbesitzverbot hat das Bundesverfassungsgericht vor dem Hintergrund des Leitbildes des Apothekers in seiner Apotheke für verfassungsmäßig gehalten mit der Begründung, auf diese Art und Weise stehe der unabhängige, selbstverantwortliche Apotheker, der in seiner Apotheke präsent sei, für die Arzneimittelsicherheit und die Versorgung ein. In dem Moment, in dem von diesem Leitbild abgegangen wird, nicht mehr vom Apotheker in seiner Apotheke ausgegangen wird und das Mehrbesitzverbot aufgehoben wird, ist - das ist völlig klar - auch die Verfassungsmäßigkeit des Fremdbesitzverbots unter einem völlig neuen Licht zu sehen. Wir gehen deshalb mit Sicherheit davon aus, dass derjenige, der das Mehrbesitzverbot aufhebt, in Wirklichkeit auch vorhat, das Fremdbesitzverbot aufzuheben.

Man muss sich darüber klar sein, dass auch dies einen Systemwechsel herbeiführen wird, dass auf diese Art und Weise das deutsche Arzneimittelversorgungssystem auf den Kopf gestellt werden wird. Hier gilt das Gleiche wie beim Versandhandelsverbot: Die Vorstellung, man könne Verbote aufheben, ohne gleichzeitig die Kontrollfunktion des Gesetzgebers zu tangieren, funktioniert nicht. In der Begründung - Besonderer Teil - steht zu den Regelungen für den Versandhandel, die im Arzneimittelgesetz getroffen werden sollen:

Zudem dient diese Regelung dazu, die Anforderungen des innereuropäischen Versandhan-

dels mit Arzneimitteln an den in Deutschland geltenden Anforderungen auszurichten.

Das zeigt ganz offen, dass hier jemand formuliert hat, der entweder nichts vom Europarecht versteht oder - ich muss es so deutlich sagen - hinters Licht führen will. Es gibt nur eine Alternative: Entweder belässt man es sowohl bei dem Fremd- und Mehrbesitzverbot als auch beim Versandhandelsverbot oder man erhält eine Versorgungslandschaft nach europäischen Rahmenbedingungen, in der - darüber muss man sich klar sein - der deutsche Gesetzgeber nichts mehr zu sagen hat. Insofern ist der Gesetzentwurf an beiden Stellen, sowohl bei den das Mehrbesitzverbot als auch den den Versandhandel betreffenden Stellen, unehrlich.

**SV Dr. Johannes Pieck:** Der Gesetzentwurf formuliert die These, das Erlauben von Mehrbesitz solle den Fremdbesitz verhindern. Das Gegenteil ist der Fall. Wer Mehrbesitz gesetzlich zulässt, liefert gewissermaßen eine sichere Grundlage dafür, um auch den Fremdbesitz verfassungsrechtlich einklagen zu können. Ein Apotheker ist ab der zweiten Apotheke, die er besitzt, nicht mehr freiberuflich tätig, sondern sein berufliches Engagement verwirklicht sich in rein kapitalistischem Bereich.

(Unruhe)

Kapitalistisch sehe ich im Gegensatz zu freiberuflich.

(Heiterkeit)

Der Status als Apotheker und seine pharmazeutische Funktion spielen bei dem Betrieb einer Kette keine Rolle, infolgedessen sind Apotheker mit Nichtapothekern gleichzustellen. Von daher würde ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz vorliegen, wenn Apothekern die Etablierung einer Kette gestattet, Nichtapothekern aber verwehrt wird. Ich habe selten erlebt, dass eine Rechtsfrage von Juristen so einheitlich beurteilt worden ist.

Wenn lediglich Mehrbesitz erlaubt wird, gibt es nur ein kurzes Timelag - da bin ich ganz sicher -, bis vom Bundesverfassungsgericht auch die Einführung von Fremdbesitz gestattet wird. Dann könnte eine Entwicklung mit vorseilenden Gehorsam gegenüber den zu erwartenden Gesetzesänderungen Platz greifen, die ähnlich wie beim Versandhandel verläuft.

Rechtsvergessenheit und die Wahrnehmung ökonomischer Interessen verbinden sich gewissermaßen. Dann gibt es nicht nur im Hinblick auf Vorbereitungshandlungen, sondern auch im Hinblick auf Gesetzesverstöße kein Halten mehr.

Ich komme zu dem Ergebnis - insofern schließe ich mich den Ausführungen von Professor Meyer an -: Es gibt keinen sachlichen Grund, das geltende Prinzip aufzugeben, wenn es lediglich um das Ziel geht, weitere Einsparpotenziale zu realisieren. Das ist ja mit der Novelle der Arzneimittelpreisverordnung schon teilweise erreicht bzw. wird im Rahmen dieses Gesetzesvorhabens noch stärker angestrebt. Ich plädiere also dafür, diese Regelung so nicht zu etablieren, weil sie unvollständig ist und vor dem Bundesverfassungsgericht keinen Bestand haben kann.

**Abg. Matthäus Strebl (CDU/CSU):** Da Herr Dr. Pieck schon sehr viel zum Versandhandel gesagt hat, möchte ich zum gleichen Thema einen Vertreter vom Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller und Herrn Brauer befragen: Ist es im Hinblick auf den freien Warenverkehr und das Zusammenwachsen des europäischen Marktes vorstellbar bzw. auch rechtlich möglich, den Versandhandel hierzulande nach eigenen deutschen Regeln zu gestalten, um rechtlich und faktisch sicherzustellen, dass die Einfuhr von Versandhandelsprodukten aus Ländern, die nicht den deutschen Standards entsprechen, unterbleibt?

**SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.):** Herr Abgeordneter, ich könnte es mir sehr einfach machen und die Frage mit Nein beantworten, möchte aber meine Auffassung kurz begründen. In den Vorentwürfen zum jetzt vorliegenden Gesetzentwurf war noch eine so genannte EG-Auslandsklausel enthalten, in der stand, dass dann, wenn die zuständige Behörde eines EG-Mitgliedstaates einem nationalen Apotheker oder einer nationalen Vertriebsstätte den Versandhandel erlaubt, diese Betriebe aus dem EG-Ausland auch in Deutschland Versandhandel betreiben dürfen.

Diese Klausel habe ich zwar im jetzt vorliegenden Gesetzentwurf nicht mehr gefunden, das ändert aber nichts mehr an der EG-rechtlichen Beurteilung, denn darüber besteht

Einigkeit und es steht bei Juristen außer Zweifel, dass die Zulassung von Versandhandel nur grenzüberschreitend erfolgen kann. Das ist ja auch noch einmal in dem Vorlageverfahren beim Europäischen Gerichtshof bestätigt worden. Die Generalanwältin hat dort vor wenigen Wochen in ihrem Schlussplädoyer ganz klar zum Ausdruck gebracht, dass ein nationales Versandhandelsverbot gegen den Grundsatz des freien Warenverkehrs in der EG verstößt und auch nicht aus übergeordneten Gründen des Gesundheitsschutzes zu rechtfertigen ist, wenn das zum Versand bestimmte Arzneimittel national zugelassen ist.

Ich möchte an einem Beispiel verdeutlichen, was das bedeutet: Wenn in Finnland eine Apotheke oder irgendein anderer Betrieb Versandhandel betreiben darf, dann ist es dem finnischen Betrieb möglich, nach Deutschland Arzneimittel zu versenden, auch unter Nicht-einhaltung der Vorschriften der deutschen Apothekenbetriebsordnung, die die deutschen Apotheker selbstverständlich beim Versandhandel berücksichtigen müssen. Damit erfolgt eine Schlechterstellung der deutschen Apotheker. Den deutschen Apothekern wird die wirtschaftliche Grundlage entzogen, vor allen Dingen vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen - davon gehe ich aus - Anreizsysteme etablieren werden, um den Bezug von Arzneimitteln aus dem Ausland zu ermöglichen.

**SV Dr. Klaus G. Brauer:** Ich denke, dass es selbst dann, wenn im Ausland akzeptable Regelungen für Versandapotheken etabliert werden, außerordentlich schwer sein wird und kaum eine Chance besteht, diese Regeln von Deutschland aus auch wirklich durchzusetzen. Die bisherigen Erfahrungen mit Versandapotheken aus dem Ausland zeigen dies ja auch sehr deutlich. Natürlich verhalten sich die Versender, die bisher aus dem Ausland Arzneimittel nach Deutschland versenden, zum Teil in Absprache mit den Krankenkassen, nicht gesetzeskonform. Sie behalten zum Beispiel die Selbstbeteiligung, die jeder deutsche Apotheker seinen Patienten abverlangen muss, nicht ein.

Ich will von weiteren Rechtsverstößen in diesem Zusammenhang gar nicht reden, aber darauf hinweisen, dass es ungleich schwieriger als jetzt beispielsweise gegenüber Holland oder Belgien sein wird, deutsche Vorstellungen von Arzneimittelsicherheit beim Versandhandel

mit osteuropäischen Staaten wie Rumänien, Lettland oder Polen durchzusetzen, wenn dieser möglich sein wird. Selbst wenn es entsprechende Normen gäbe, hätten wir keine Chance - offensichtlich besteht dazu ja auch kaum eine Bereitschaft, wie die bisherigen Erfahrungen zeigen -, deutsche Normen durchzusetzen. Insofern würde die Zulassung von Versandhandel ein extremes Sicherheitsrisiko für die deutschen Verbraucher mit sich bringen.

**Abg. Andreas Storm (CDU/CSU):** Ich möchte auf den Themenkomplex Mehrbesitz- und Fremdbesitzverbot zurückkommen. Beide Prinzipien stellen ja bisher Grundpfeiler unseres Apothekensystems dar. Meine Fragen richten sich an die ABDA und den Sachverständigen Herrn Dr. Steinbach.

Zunächst: Stimmen Sie der von Herrn Dr. Pieck und von dem Vertreter des Bundesverbandes des pharmazeutischen Großhandels geäußerten Auffassung zu, dass einer Aufhebung des Mehrbesitzverbotes die Aufhebung des Fremdbesitzverbotes in Bälde folgen müsste?

Zum Zweiten: Welche Konsequenz hätte die Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und dann gegebenenfalls auch des Fremdbesitzverbotes sowohl auf die Entwicklung der Apothekenslandschaft als auch insbesondere auf die Versorgungsqualität? Welche Erfahrungen gibt es in anderen Ländern, die das Fremd- und Mehrbesitzverbot aufgehoben haben? Sprechen deren Erfahrungen dafür, in Deutschland ebenso zu verfahren?

**SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände):** Die erste Frage, Herr Abgeordneter Storm, muss ich uneingeschränkt bejahen. Ich teile die juristischen Auffassungen, die hier genannt wurden, wonach das Erlauben von Mehrbesitz faktisch, weil sehr schnell einklagbar, auch die Zulassung von Fremdbesitz nach sich zieht. Das heißt, das immer wieder angesprochene Leitbild, wonach der Apotheker in seiner Apotheke persönlich verantwortlich ist und mit seinem vollen Vermögen haftet, kann dann nicht mehr aufrecht erhalten werden. In einer Situation, wo Fremdbesitz zugelassen würde, würde die Arzneimittelsicherheit, die bisher durch die Tatsache, dass der Apotheker - das ist der Kern seiner Berufsausübung - unabhängig ist und unabhängig beraten, also zu- wie abratet kann,

sichergestellt wurde, in Gefahr geraten, weil es mehr und mehr darum gehen wird, das eingesetzte Fremdkapital zu mehren - diese Absicht steckt ja immer dahinter, wenn Kapital in ein Einzelhandelsgeschäft gesteckt wird -, und damit der Ratschlag des Apothekers nicht mehr unabhängig ist und somit der Patient bzw. der Verbraucher unmittelbar sonstigen Einflüssen, unter anderem auch der Werbewucht, ausgesetzt wird.

Die Apothekenlandschaft wird wegen der Privilegierung der im Gesetz vorgesehenen Versandapotheke verändert. Allein schon beim Preisbildungssystem wird es zu einer Durchlöcherung kommen, das heißt, der feste einheitliche Apothekenabgabepreis bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln wäre bei dieser besonderen Versorgungsform nicht mehr gegeben. Diese Privilegierung ist aber nicht hinnehmbar, weil kein Wettbewerb mit gleich langen Spießen mehr stattfindet. Aufgrund der Tatsache, dass sich das Versandhandelsgeschäft ganz sicher gewisse Rosinen herauspicken wird, wird die so genannte Präsenzapotheke, also die öffentliche Apotheke, keine ausreichende wirtschaftliche Grundlage mehr haben, wenn für sie nur die Akutversorgung und gleichermaßen das gesamte beratungsinensive Dienstleistungsbündel übrig bleibt. Ich stelle hier und heute wiederholt die Frage, welche Versandapotheken Nachtdienst anbieten werden, welche die Rezeptur von insgesamt 25 Millionen Individualarzneimitteln, die heute in Apotheken hergestellt werden, und welche die Prüfung von Fertigarzneimitteln sowie die Dokumentation von Wirkstoffen übernehmen werden. All diese Aufgaben verbleiben dann bei den restlichen Präsenzapotheken.

Es ist also die Frage zu stellen, wie ein adäquates Arzneimittelversorgungssystem in der Gesamtsicht überhaupt finanziert werden kann. Wenn sich die Versandapotheken auf der einen Seite die Rosinen herauspicken, müssten auf der anderen Seite streng genommen die öffentlichen Apotheken, für die die Akutversorgung und bestimmte Dienstleistungen übrig bleiben, entsprechend besser honoriert werden. Dies dürfte aber wohl kaum durchsetzbar sein. Somit sehen wir erhebliche Gefahr, dass Apotheken aus der Fläche verschwinden werden. Ich sage es ganz deutlich - gegenüber den Ländern habe ich das auch schon gesagt -: Wir würden uns kaum noch in der Lage sehen, obwohl wir es wollen, eine ordnungsgemäße Versorgung

der Bevölkerung aufrechtzuerhalten bzw. sicherzustellen. Diese würde ganz erheblich tangiert.

Ohne Not sollte man dieses Risiko nicht eingehen, denn wenn die Zielsetzung der Zulassung des Versandhandels sein sollte, neben den drei Kriterien der Sicherheit, Schnelligkeit und Kostengünstigkeit auch für eine bequeme Arzneimittelversorgung, also für Convenience, zu sorgen, dann ist zu sagen, dass dies auch durch das von der ABDA vorgeschlagenen Alternativmodell möglich ist, gemäß dem bequem über Telekommunikationswege bestellt, aber durch pharmazeutisches Personal ausgeliefert wird, das die persönliche Beratungsmöglichkeit bietet.

**SV Dr. Dieter Steinbach:** Herr Abgeordneter, Mehrbesitz ist im Ausland immer mit Fremdbesitz verbunden. Es gibt kein Land, in dem es nur Fremd- oder nur Mehrbesitz gibt. Eine große Zahl außereuropäischer und europäischer Länder hat Fremd- und Mehrbesitz erlaubt. Ich möchte zwei herausgreifen, die in ihrer Art exemplarisch sind: USA und Norwegen.

In Norwegen ist - das ist möglicherweise bekannt - vor anderthalb Jahren das System einer bedarfsgerechten Apothekenlandschaft aufgegeben und Fremd- und Mehrbesitz zugelassen worden. Die Folge war, dass sich bereits nach wenigen Monaten 80 Prozent der Apotheken im Besitz von zwei Kettenbetreibern befanden; heute sind es im Übrigen schon 90 Prozent. Bevor man diese Vorgänge auf Deutschland überträgt, muss man allerdings berücksichtigen, dass in Norwegen aufgrund der dort über viele Jahre praktizierten Niederlassungsbeschränkung nahezu alle Apotheken ein wirtschaftliche Basis sicherndes Versorgungsumfeld hatten und haben. Anzumerken ist im Übrigen, dass in Norwegen eine Senkung des Arzneimittelpreisniveaus aufgrund der Kettenbildung nicht eingetreten ist.

Auch im klassischen Land der Apothekenketten, nämlich den USA, liegen die Preise für verschreibungspflichtige Arzneimittel deutlich über denen in unserem Land; und dies, obwohl es dort neben den Apothekenketten auch noch Versandhandel gibt.

In den USA hat das Entstehen von Apothekenketten vor allem in den großen Supermarkt-

konzernen über Jahre hinweg stattgefunden. Die inhabergeführte Einzelapotheke ist mehr oder weniger durch Geschäftsaufgabe verschwunden. Heute wird der US-Apothekenmarkt durch wenige bundesweit operierende Handelsketten beherrscht. Die Konzentration hat oligopolartige Ausmaße angenommen.

Auf unser Land übertragen kann prognostiziert werden, dass eine Aufhebung des Mehrbesitzverbotes und damit verbunden die Zulassung von Fremdbesitz dazu führt, dass sich in kurzer Zeit wenige Ketten aus den umsatzstarken Apotheken bilden, kleinere, aber versorgungsnotwendige Apotheken verschwinden und die großen Handelsketten Apothekenabteilungen integrieren werden. Eine solche Maßnahme ist - ich darf das einmal so formulieren - ein klassischer Mittelstandskiller und überführt die deutschen Apotheken in die Hände des Großkapitals, wie es im Übrigen überall im Ausland geschehen ist, wo es Mehrbesitz und Fremdbesitz gibt.

**Abg. Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Wir haben hier ja schon viel über Apothekenmehrbesitz und Arzneimittelversandhandel gehört. Meine erste Frage dazu richtet sich an die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände. Wie beurteilen Sie die vorgesehene Aufhebung des Apothekenmehrbesitzverbots und die geplante Zulassung des Arzneimittelversandhandels?

**SV Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände): Diese beiden Neuregelungen im Gesetzentwurf werden von uns durchweg als Schritt in die richtige Richtung begrüßt: hin zu mehr Wettbewerb und weg von verkrusteten Strukturen. Das sage ich hier mit aller Deutlichkeit.

Lassen Sie mich mit einer gar nicht böse gemeinten Bemerkung anfangen. Wenn die Apotheken, Herr Friese, so leistungsfähig sind, wie von Ihnen beschrieben, die Distributionskosten so niedrig sind, wie von Ihnen angemerkt, und der Homeservice im Grunde vorhanden und funktionsfähig ist, frage ich mich: Wovor haben Sie Angst?

Zum anderen: Die meisten Vertreter in diesem Raum behaupten von sich, sie verträten die Interessen der Versicherten und der Patienten.

Aber wenn der Versicherte, wenn der Patient Versandhandel nicht haben wollte, dann gäbe es auch keinen. Wenn ich mit meiner Apotheke zufrieden bin, suche ich sie weiterhin auf und gehe nicht ins Internet - ich sowieso nicht, weil ich das kaum bedienen kann.

Ich glaube auch nicht, dass das Ganze auf ein Spiel von Gewinnern und Verlierern hinausläuft. Wir erwarten von den geplanten Gesetzesänderungen im besten Falle ein optimales Nebeneinander von stationären Versorgungsformen und Versandhandel. Ich glaube kaum, dass wir entweder das eine oder das andere haben werden.

Zum Stichwort Mehrbesitzverbot und Fremdbesitzverbot. Verzeihen Sie, wenn das ein bisschen böse klingt, aber ich muss auch hier feststellen: Wenn es in einem Ort einen guten Apotheker gibt, mit dem alle zufrieden sind, und dieser nun im Nachbarort eine zweite Apotheke eröffnen will, für die er ebenfalls die Verantwortung tragen will, dann ist das doch im Interesse aller Beteiligten.

Dann höre ich, Freiberuflichkeit sei das Gegenteil von Kapitalismus.

(Heiterkeit)

Ich habe eben scherzhaft gesagt, wir alle sind Gewinnmaximierer, man nennt es nur verschämt Nutzenmaximierung. Auch ein Freiberufler will möglichst viel verdienen. Das ist für mich Kapitalismus im richtig verstandenen Sinne.

Lassen Sie mich abschließend eines an Herrn Friese gerichtet sagen: Ich finde es herabwürdigend und in meiner Ehre verletzend, wenn man mich und auch alle anderen hier als „gehandicapte Marktteilnehmer“ auf dem Arzneimittelmarkt bezeichnet. Ich bin ein Marktteilnehmer, das gebe ich offen zu; aber ich möchte mich ungern als gehandicapt bezeichnen lassen. Ich weiß nicht, was er damit genau gemeint hat; aber solche Worte sollte man möglichst nicht verwenden.

(Zuruf: Waren Sie schon mal krank?)

Ja, natürlich war ich schon einmal krank.

**Abg. Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zweite Frage. Auch über die Arznei-

mittelsicherheit haben wir schon viel gehört. Deswegen folgende Frage an den Bundesverband Deutscher Versandapotheker. Die Kritiker behaupten, dass die Arzneimittelsicherheit durch den Arzneimittelversandhandel leiden würde. Wie bewerten Sie diese Kritik? Halten Sie die im Gesetzentwurf vorgesehene Regelung für ausreichend, um die Sicherheit im Arzneimittelversand zu gewährleisten?

**SV Dr. Thomas Kerckhoff** (Bundesverband Deutscher Versandapotheker): Frau Abgeordnete, aus Sicht des Bundesverbands Deutscher Versandapotheker sind die im GMG getroffenen Regelungen in vollem Umfang geeignet, die Arzneimittelsicherheit in Deutschland auf dem gewohnten Niveau zu gewährleisten. Sie orientieren sich im Wesentlichen an der in der Schweiz geübten Praxis. Dort wurde der Arzneimittelversandhandel 1999 eingeführt.

Wesentlich erscheinen die Integration der Regelungen in die Apothekenbetriebsordnung und die Tatsache, dass das Arzneimittelabgabemonopol im Sinne des Fremdbesitzverbots beim Apotheker verbleibt und nicht in die Hände Dritter gelangt. Solange das Fremdbesitzverbot nicht geändert wird und die Regelungen, wie sie heute formuliert sind, in der Apothekenbetriebsordnung umgesetzt werden, sehen wir die vorgeschlagenen Regelungen als geeignet an, den Versandhandel als eine alternative Distributionsform in Deutschland zu entwickeln, und sind der Meinung, dass dies im Sinne einer zukunftsorientierten Marktgestaltung ein wesentliches Wettbewerbselement im deutschen Arzneimittelmarkt sein sollte, wodurch ein wesentlicher Beitrag zur Arzneimittelversorgung geleistet würde.

**Abg. Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die dritte Frage geht an den AOK-Bundesverband. Mit Blick auf den im Gesetzentwurf enthaltenen Vorschlag, den Versand von Arzneimitteln zu ermöglichen und das Mehrbesitzverbot für Apotheken zu lockern, frage ich den AOK-Bundesverband: Wird dies die Qualität der Arzneimittelversorgung verändern und werden durch die Änderungen Einsparungen in den gesetzlichen Krankenkassen erzielt?

**SV Johann-Magnus von Stackelberg** (AOK-Bundesverband): Vielen Dank für die Frage,

Frau Abgeordnete. Halten wir uns gemeinsam vor Augen, was die Vertreter der Apothekerschaft und des Großhandels soeben behauptet haben. - Herr Rebscher neben mir sagt „lieber nicht“, aber trotzdem ist das vielleicht sinnvoll. Hier werden Unterschiede zwischen Freiberuflichkeit und Kapitalismus dargestellt, die noch der wissenschaftlichen Abklärung bedürfen.

(Heiterkeit)

Darauf möchte ich jetzt nicht eingehen.

Das Gut der Arzneimittelsicherheit darf in Deutschland nicht zur Disposition stehen und wird von keinem zur Disposition gestellt, auch nicht von denjenigen, die für Mehrbesitz oder Versandhandel eintreten. Die abstrusen Beispiele aus Südosteuropa mit abwertendem Beigeschmack lehne ich hier sehr deutlich ab. Ich bitte die Skeptiker, sich in dem Nicht-EU-Land Schweiz umzusehen, wo ein funktionierender Versandhandel mit Sicherheitsstandards gewährleistet wird, an denen wir uns ein Beispiel nehmen können. Auch Holland ist ein europäisches Land, das die Sicherheitsstandards garantiert. Mir ist vollkommen unerklärlich, warum, obwohl bei der Arzneimittelzulassung eine europaweite Zulassung längst funktioniert, bei der Distribution so getan wird, als ob da mit Wildwestmanier in die Sicherheitsstandards eingedrungen würde.

Frau Abgeordnete, da ist natürlich eine Angst vor Wettbewerb und vor Europa festzustellen, bei der wir hinterfragen müssen, ob sie gerechtfertigt ist.

Wenn Herr Dr. Pieck sagt, es gebe keinen sachlich-fachlichen Grund, das bestehende System zu relativieren, so kann ich vonseiten der GKV sagen: Ich kenne viele Gründe, die dafür sprechen, das System zu relativieren. Ich erwarte vom Versandhandel nicht einen wahnsinnigen Schub; aber die Zulassung des Versandhandels ist überfällig. Wir wissen, dass es chronisch Kranke gibt, die ihren Arzneimittelverbrauch sehr genau planen können, die genau wissen, dass am nächsten Freitag die nächste Arzneimittelpackung fällig ist. Dafür benötigen sie keine Beratung mehr. Der chronisch Kranke steht manchmal - ich will nicht übertreiben - im Verdacht, besser über seine Krankheit Bescheid zu wissen als der beratende Arzt oder Apotheker. Die Medikation ist möglicherweise seit Jahren eingestellt. Insofern ist Beratung hier nicht mehr notwendig.

Hier wird dem Apotheker mit dem Fixzuschlag eine Funktion vergütet, die er überhaupt nicht erbringt.

Insofern, Frau Abgeordnete, kann ich die Qualität durch den Versandhandel nicht ernsthaft gefährdet sehen, wenn unsere Qualitätsstandards durchsetzbar sind. Sie sind europaweit durchsetzbar. Ich verweise noch einmal auf die Zulassung.

Jetzt zur Frage des Mehrbesitzes. Hier wird offensichtlich unterstellt, dass der angestellte Apotheker nicht der Qualitätsnorm entsprechen kann, die beim freiberuflichen Apotheker vorausgesetzt wird. Ich weiß nicht, in welcher Welt die Damen und Herren leben, die das behaupten. Meine Welt ist eine andere. Wenn ich zur Apotheke gehe, finde ich vielfach nicht den Apotheker, der die Apotheke betreibt, vor, sondern eine angestellte Apothekenhelferin, die mich vernünftig berät, wenn ich das will, und mir Arzneimittel verkauft. Warum soll diese Qualität bei einem Mehrbesitz plötzlich nicht mehr gewährleistet sein? Das verstehe ich nicht.

Hier wird natürlich von interessierter wirtschaftlicher Seite argumentiert, Mehrbesitz sei - ich übertreibe jetzt wieder - des Teufels, weil damit eine gewisse Marktberreinigung stattfindet. Diese Marktberreinigung wird es geben, das ist klar. Sehen Sie sich bitte die Apothekenzahl je Einwohner im Westen und im Osten an. Sie werden feststellen, dass es in den jungen Bundesländern eine weitaus geringere Apothekenzahl schafft, eine vernünftige, wirtschaftliche und qualitativ hoch stehende Versorgung sicherzustellen. Daran wird die Gefahr erkennbar, dass einige Apotheker im Westen überflüssig sein könnten, die wir momentan bezahlen.

Insofern besteht auch hier eine Angst vor Wettbewerb, gerade bei Freiberuflern, die jahrelang auf Wettbewerb gepocht haben, aber jetzt, da es ernst wird, den Teufel an die Wand malen. Frau Abgeordnete, lassen Sie sich bitte nicht ins Bockshorn jagen: Qualität kann man sicherstellen, sowohl bei Versandhandel als auch bei Mehrbesitz. Auch kassenseitig darf und wird an der Qualität kein Jota geändert werden; denn eine Krankenkasse, die mit der Qualität der Versorgung spielt, wird von ihren Versicherten relativ schnell verlassen werden.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe jetzt zwei Fragen an den Dachverband Anthroposophischer Medizin in Deutschland und das Komitee Forschung Naturmedizin. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr zulasten der GKV verordnet werden dürfen. Allerdings gibt es Ausnahmen für Kinder bis zu zwölf Jahren, behinderte Jugendliche bis zum 17. Lebensjahr und homöopathische und anthroposophische Arzneimittel ohne zugelassenes Anwendungsgebiet. Kann der Patient im Rahmen der vorgesehenen Regelung auch weiterhin in der gesetzlichen Krankenversicherung Arzneimittel der besonderen Therapieeinrichtungen bekommen?

Die zweite Frage. Zusätzlich zu den bereits genannten Ausnahmeregelungen ist vorgesehen, dass der Arzt auch weiterhin verschreibungsfreie Arzneimittel verordnen kann, sofern diese bei der Behandlung besonders schwerer Erkrankungen eingesetzt werden. Könnte über diese zusätzliche Ausnahmeregelung erreicht werden, dass alternative Arzneimittel verordnungsfähig bleiben?

SV **Hermann Keller** (Bundesverband Deutscher Apothekerverbände): Frau Abgeordnete, die geplante Regelung zu § 34 SGB V bewirkt de facto, dass der gesetzlich versicherte Patient künftig keine Arzneimittel der Naturmedizin und der anthroposophischen Medizin im Speziellen mehr in Anspruch nehmen kann. Die hierzu vorgesehenen Ausnahmeregelungen vermögen an dieser Tatsache bedauerlicherweise nichts zu ändern; denn die Anthroposophika decken, großzügig gerechnet, bestenfalls 10 Prozent des Bedarfs dieser Therapieeinrichtung, sodass der weit überwiegende Teil der anthroposophischen Arzneimittel künftig in der gesetzlichen Versicherung nicht mehr zur Verfügung steht und damit die Patienten Arzneimittel verlieren, die sie über viele Jahrzehnte hinweg als wirksam, kostengünstig und nebenwirkungsfrei oder -arm kennen gelernt haben. Die Überlegung des Gesetzgebers, dass sich diese Arzneimittel im Zuge der Selbstmedikation auch in der Zukunft auf dem Markt halten können, ist falsch. Wir wissen doch, dass die Ärzte ihren Patienten nur die Arzneimittel verordnen werden, die in der gesetzlichen Krankenversicherung erstattungsfähig sind.

Es gibt in dem Bereich der anthroposophischen Arzneimittel über 10 000 Präparate und rund 1 600 Zulassungen. Auch bei einer Indikation wird der Patient nicht in der Lage sein, hier zu differenzieren; er braucht einen Arzt zur Arzneimittelfindung. Wenn für diese Arzneimittel die erforderlichen Umsätze nicht mehr vorhanden sind, um auf dem Markt zu bestehen, wird die Folge sein, dass sie sukzessive kurz- bis mittelfristig vom Markt verschwinden werden. Dieser Prozess ist irreversibel, weil im Rahmen der Neuzulassung von Arzneimitteln der Individualmedizin Kosten entstehen - diese Arzneimittel werden zum Teil nur 300mal im Jahr verkauft -, die nicht darstellbar sind.

Ich komme zu Ihrer zweiten Frage, Frau Abgeordnete. Die vorgesehene Regelung erlaubt es dem Arzt im Einzelfall mit gesonderter Begründung eine Verordnungsentscheidung vorzunehmen, wenn ein Arzneimittel in den Richtlinien des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen aufgenommen worden ist. Das wird aber kaum ein Arzt in Deutschland machen, abgesehen von den wenigen Ärzten, die von der betreffenden Therapie völlig überzeugt sind. Die Ärzte sehen sich im bestehenden und im geplanten System einer Reihe von Verordnungshürden ausgesetzt, die sie dazu veranlassen werden, den sicheren Weg zu gehen. Das müssen wir heute leider so sagen.

Lassen Sie mich zum Abschluss etwas dramatisch, aber treffend ausführen: Ohne es zu wollen, beenden Sie mit dieser Regelung im Arzneimittelbereich Therapiefreiheit und Methodenpluralismus und damit eine jahrzehntelange Tradition in Deutschland. Diese in unserem Land entwickelten Therapien werden von 70 Prozent der Bevölkerung gewünscht.

**SV Prof. Dr. Michael Popp** (Komitee Forschung Naturmedizin): Ich schließe mich den Ausführungen Herrn Kellers an, insbesondere was die Ausnahmeregelung betrifft. Pflanzliche Arzneimittel würden - Ausnahme: Kinder bis zwölf Jahren - vollständig von der Erstattung ausgenommen werden, weil pflanzliche Arzneimittel risikoarm sind. Verschreibungspflicht ist aber kein Wirksamkeitsbeleg und auch kein Qualitätssiegel. In Deutschland ist nur das Medikament verschreibungspflichtig, das ein Risikopotenzial aufweist.

Pflanzliche Arzneimittel sind wirksame Arzneimittel und brauchen den Vergleich mit ver-

schreibungspflichtigen Arzneimitteln nicht zu scheuen. So konnte man zum Beispiel bei Cimicifuga, einem Spezialextrakt aus Traubensilberkerze, im Vergleich zu Hormonpräparaten zeigen, dass es genauso wirksam ist und dass beide Produkte dem Placebo überlegen sind. Auf der anderen Seite wissen wir, welche Risiken manche Hormonpräparate mit sich bringen und dass die Risiken bei klimakterischen Beschwerden überwiegen. Cimicifuga ist in Deutschland, weil risikoarm, nur apothekenpflichtig. In Österreich hingegen ist Cimicifuga aufgrund der Indikation verschreibungspflichtig. Obwohl in beiden Ländern das Produkt identisch ist und somit die gleiche Wirksamkeit und Qualität aufweist, gibt es diese unterschiedliche Regelung.

Betrachten wir einmal die Kosten. Cimicifugaextrakte werden im Jahr 1,4 Millionen-mal verordnet und verursachen Kosten von knapp 10 Millionen Euro. Wenn auf Hormonpräparate umgestellt werden würde, hätten wir je nach Hormonprodukt Kosten zwischen 20 und 60 Millionen Euro pro Jahr.

Ein weiterer Punkt ist ebenfalls wichtig. Umfragen haben ergeben, dass die Patienten weiterhin die pflanzlichen Arzneimittel verordnet und erstattet haben möchten und dass sie bereit sind, für diese Arzneimittel bis zu 30 Prozent zuzuzahlen. Wenn also alle nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel komplett ausgeschlossen würden, würde das alle besonderen Therapieformen betreffen und ausgrenzen. Der Arzt könnte dann nicht mehr die beste und risikoärmste Therapie für den Patienten auswählen.

Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass in § 2 SGB V steht:

Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen.

Gerade das erfüllen heutzutage moderne pflanzliche Arzneimittel, die inzwischen weltweit zugelassen sind und auch weltweit vermarktet werden.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Herr Professor Neubauer, Sie als Ökonom sehen das Nebeneinander von Festbeträgen, Rabatten, Arzneimittelpreisverordnung mit Fixkostenzuschlag, verhandelbaren Preisen mit Krankenhausapotheken, Arzneimittelzulassungen durch das Bundesinstitut, Positivliste, Negativliste, Arzneimittelrichtlinie, der vierten Hürde und Arzneimittelgrößen. Was sagen Sie zu diesem Potpourri von Vorschlägen in diesem Bereich?

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Mit den genannten Maßnahmen will man die Krise in diesem Sektor des Wirtschafts- und Sozialbereichs kurieren. Aber man kuriert nur an den Symptomen. Nach meiner Meinung fehlt eine grundlegende Diagnose in Bezug auf das vorhandene Problem. Diese Diagnose wird - das ist auch für die heutige Diskussion typisch - nicht klar gestellt. Wer aber keine klare Diagnose stellt, kann nicht therapieren, sondern er kann nur Kurpfuscherei betreiben. Das zeigen die Maßnahmen, die Sie aufgezählt haben.

Wo liegt das Problem? Das Problem liegt einfach darin, dass im Arzneimittelbereich zwei Bereiche der Wirtschaft aufeinander treffen, die unterschiedliche Motoren haben. Bei dem einen Bereich handelt es sich um den gewerblich orientierten und globalisierten Industriebereich. Er wird von anderen Faktoren bestimmt als der andere Bereich, zu dem die Apotheker gehören, die eine Dienstleistungsfunktion als Versorger haben. Laut Definition hat der Dienstleister die Aufgabe, maximal 24 Stunden am Tag Leistung zu erbringen. Der Gewerbetreibende im industriellen Bereich kann Dienstleistungen delegieren und Mitarbeiter beschäftigen.

Die Versandapotheke ist mit ihrer Brückenfunktion genau an der Schnittstelle; denn die gewerbliche Funktion wird in den Mittelpunkt gestellt und die Dienstleistungsfunktion wird an den Rand gedrückt. Die Diskussion heute zeigt, dass die eine Seite Maßnahmen im industriellen Bereich - ich nenne zum Beispiel den Preiswettbewerb - auf den freiberuflichen Bereich übertragen will. Die andere Seite, die die Position hinsichtlich der Freiberuflichkeit verteidigt, will die notwendigen Maßnahmen mehr in den industriellen Bereich verlagern. Die Versandapotheke ist ein typisches Beispiel dafür. In diesem Zusammenhang könnte man noch den Großhandel nennen.

Wenn man das Problem nicht klar analysiert und wenn man nicht adäquate Maßnahmen durchführt, die eine grundsätzliche Neuordnung des Marktes bewirken, dann wird man noch weitere 20 Jahre an den Symptomen kurieren, aber man wird zu keiner Lösung kommen. Man muss sich nach meiner Ansicht zu einer grundlegenden Neuordnung der Arzneimitteldistribution und -versorgung durchringen. Diese Neuordnung sehe ich im Augenblick aber nirgendwo.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Jetzt muss ich Sie doch fragen: Wie könnte man den Arzneimittelmarkt nach Ihrer Auffassung vernünftig gestalten?

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Danke, Herr Thomae, auf diese Frage habe ich gewartet und hingearbeitet, wie Sie bemerkt haben.

(Heiterkeit)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): War das abgesprochen?

(Heiterkeit)

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Nein, Herr Kirschner. Aber es ist ganz gut, einmal die Gelegenheit zu haben, das darzustellen, worüber man seit zehn Jahren nachdenkt, zumal dies vor einem solch sachverständigen Publikum geschieht.

Zunächst einmal muss man die ordnungspolitische und gesellschaftspolitische Frage stellen: Will man den Apotheker weiterhin als Freiberufler oder nicht? Diese politische Bewertung müssen Sie treffen. Wenn Sie diese Bewertung getroffen haben, dann können Sie Fachleute damit beauftragen, Schritte für ein entsprechendes Vorgehen aufzuzeigen.

Ich unterstelle einmal, dass der Apotheker Freiberufler bleibt.

(Dr. Dieter Thomae (FDP): Das können Sie der FDP unterstellen!)

Diese Freiberuflichkeit, die durch eine persönliche Dienstleistung gekennzeichnet ist, muss sich auch in der Vergütung niederschlagen.

Der Apotheker muss von seiner Händlerfunktion Abschied nehmen, bei der er automatisch in den Preiswettbewerb getrieben wird. Der Apotheker muss also die im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit erbrachte Dienstleistung vergütet bekommen. Die Händlerfunktion, die unter anderem beim Umsatz ansetzt, würde ich ihm weitestgehend nehmen. Wenn man dann den Preiswettbewerb auf die Apotheke überträgt, wird der Apotheker nicht ruiniert, weil er eine Dienstleistungsfunktion hat.

Man könnte die Dienstleistungsfunktion als Versorgungsfunktion - ich nenne beispielsweise den Tag- und Nachtdienst - definieren. Die Versandapotheke würde keine entsprechende Gebühr erhalten, weil sie keine Dienstleistung erbringt. Mit dieser Regelung könnte man die Gefahr, die von der Versandapotheke für den freiberuflichen Apotheker ausgeht, mindern.

Ich würde einen Preiswettbewerb von der Industrie über den Großhandel bis hin zur Apotheke und zum Patienten zulassen. Der Apotheker kann den Patienten selbstverständlich entsprechend beraten. Wenn man die Beratungsgebühr sinnvoll ansetzt, dann kann es sogar sein, dass der Apotheker durch eine verstärkte Beratung mehr verdienen kann. Genau darin liegt der Sinn seiner freiberuflichen Tätigkeit. Wer beim Apotheker beim Umsatz ansetzt, darf sich nicht wundern, dass er an einem Preiswettbewerb nicht interessiert ist. Herr Friese, in dem Umfang, in dem man abhängig vom Umsatz ist, ist man auch kein Freiberufler mehr. Das ist nun einmal so. Auf diese Weise könnte man eine neue Ordnung schaffen, die das Problem auch langfristig löst.

Ergänzend muss hinzukommen - in diesem Punkt sind wir wahrscheinlich unterschiedlicher Meinung -, dass der Patient mit seinem Apotheker vor Ort auch über den Preis reden sollte und das preisgünstigste Angebot bevorzugen sollte. Das tut er aber nur, wenn er an den Kosten beteiligt ist. Diesen Schritt werden auch diejenigen gehen müssen, die es heute noch nicht tun wollen.

Ich glaube also, dass man das System sehr viel einfacher machen könnte. Man sollte den Preiswettbewerb zulassen, ohne die Freiberuflichkeit sozusagen über Bord zu werfen. Mit dem Mehrbesitz kann das sinnvoll geregelt werden. Wie viel Mehrbesitz kann man einem Apotheker zugestehen? Was kann er als Freiberufler persönlich noch verantworten? Auch

der Kapitalismus, der sich in den Apothekenketten ausdrückt, hat Grenzen.

Wenn eine Partei der Meinung ist, dass man die Freiberuflichkeit nicht braucht, dann muss sie entsprechende Konsequenzen ziehen. Diese Entscheidung liegt in der gesellschaftlichen Verantwortung der Parteien. Wenn diese Entscheidung gefallen ist, können Fachleute die einzelnen Maßnahmen zusammenstellen. In dieser Richtung sollte man bei der nächsten Reform einmal nachdenken. Die nächste Reform - Herr Kirschner, wir beide wissen das - kommt bestimmt. Dann haben wir noch einmal die Chance, miteinander zu diskutieren.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Um das zu sagen, braucht man kein Prophet zu sein. Warten wir also einmal ab.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich würde gerne Herrn Dr. Brauer fragen: Hat die Freiberuflichkeit der Apotheker nach Ihrer Auffassung vor dem Hintergrund der Regelungen im Gesetzentwurf von Rot-Grün noch eine Zukunft?

SV **Dr. Klaus G. Brauer**: Die Apotheker werden durch die Regelungen des Gesetzentwurfs in der Tat im Kern getroffen. Dies ist nicht unbedingt deswegen der Fall, weil neue Formen der Versorgung wie beispielsweise Versandapotheken in den Markt eingeführt werden sollen, sondern weil der Gesetzentwurf - ganz anders, als immer wieder deklamatorisch dargestellt - nicht dazu führt, dass Präsenzapotheken genauso behandelt werden wie die Apotheken in den neuen Versorgungsformen. Ich will Ihnen das an ein paar Beispielen erläutern.

Erstens. Versandapotheken werden gegenüber den Präsenzapotheken, die im Markt weiter bestehen sollen - alle behaupten das -, extrem privilegiert. Sie dürfen zum Beispiel Sondervereinbarungen treffen und von der Arzneimittelpreisverordnung abweichende Preise vereinbaren. Genau das dürfen normale Apotheken nicht. Die Versandapotheken können sich damit profitable Teile des Arzneimittelsortimentes sichern und können sich, was sie auch tun, auf diese Teile beschränken.

Zweitens. Auch nach den Vorstellungen im Gesetzentwurf sind die Versandapotheken vom Kontrahierungszwang faktisch freigestellt. Sie dürfen sich - man muss sich das einmal vorstellen - bis zu zwei Tagen Zeit lassen, bis sie bestellte Arzneimittel verschicken.

Normale Apotheken müssen cito et iucunde, sofort beliefern; sie müssen sofort parat stehen. Natürlich macht das höhere Kosten, als wenn sie sich zwei Tage Zeit lassen und dann auch noch entscheiden dürfen, ob sie diese Bestellung überhaupt ausführen oder ob sie sie zurückgeben. Auch das soll den Versandapotheken erlaubt sein.

Eine ähnliche Privilegierung gilt im Hinblick auf die Abgabe von Arzneimitteln für so genannte Apotheken in besonderen Vergütungsformen. Ich nenne sie einmal - um es kurz zu formulieren -: Kassenapotheken. Denn die Krankenkassen sollen mit diesen Apotheken gesonderte Verträge abschließen. Diese Apotheken sollen für all jene Patienten zuständig sein, die sich in besonderen Versorgungsformen befinden. Diese Apotheken werden deswegen enorm privilegiert, weil die Patienten in ihre Richtung getrieben werden. Nach § 62 des neuen Gesetzes soll es so sein, dass für Patienten, die von Apotheken in besonderen Versorgungseinrichtungen versorgt werden, die Selbstbeteiligung sehr viel niedriger ist als die Selbstbeteiligung, die normale Präsenzapotheken verlangen müssen. Niemand denkt aber im Hinblick auf einzelne Sortimentsteile daran, dass beispielsweise Betäubungsmittel oder Rezepturen über den Versand vertrieben werden. Apotheken innerhalb besonderer Versorgungsformen können sich also auf lukrative Teile des Sortiments konzentrieren. All das ist extrem wettbewerbseinschränkend. Es besteht eine Wettbewerbsungleichheit zwischen den verbleibenden Präsenzapotheken, den Apotheken in besonderen Versorgungsformen und den Versandapotheken.

Ich möchte darauf hinweisen, dass die Sondervereinbarungen mit einzelnen Apotheken, also die Verträge, die in diesem Zusammenhang zustande kommen, für die verbleibenden Präsenzapotheken absolut intransparent sind und dass Sie damit in den Gesundheitsbereich ein Instrument zur Korruptionsförderung einbringen, obwohl Sie sich doch auf die Fahne geschrieben haben, in Ihrem Gesetzentwurf alles zu tun, um Korruptionselemente im Gesundheitswesen abzubauen. Die Wirklichkeit dieser

Sondervereinbarungen, die für die übrigen Wettbewerber intransparent sind, führt zu einer enormen Wettbewerbseinschränkung und Korruptionsförderung.

Deswegen kann nicht davon die Rede sein, dass bisherige freiberuflich tätige Apotheken in Zukunft auch nur annähernd die gleichen Chancen haben, wie sie sie bisher hatten. Sie werden extrem, krass benachteiligt gegenüber den Apotheken in besonderen Versorgungsformen. Das ist der eigentliche Kernpunkt des Angriffs auf die öffentliche, normale Präsenzapotheke. In einem normalen Wettbewerb - Herr Hansen hat das vorhin gesagt - würden die Patienten mit den Füßen abstimmen und ihre normalen Präsenzapotheken aufsuchen. Aber sie werden von den Krankenkassen und durch die Regelungen des GMG geradezu in andere Versorgungsformen hineingetrieben.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Jetzt hat der Praktiker gesprochen. Was sagt der Ökonom? Herr Professor Neubauer, sieht das der Ökonom genauso oder nicht?

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Ich habe es vorhin schon einmal deutlich gemacht: Wenn Sie den Preiswettbewerb von der Industrie über den Großhandel in die Apotheke tragen, wird der Freiberufler an diesem Preiswettbewerb zwar nicht zugrunde gehen, aber ein Stück Freiberuflichkeit verlieren. Er wird dann zu Dingen getrieben werden, die für einen Freiberufler nicht typisch sind.

Deswegen mein Vorschlag: Koppeln Sie die Freiberuflichkeit in der Dienstleistungskomponente ab! Dann kann unter den Apotheken Preiswettbewerb stattfinden, ohne dass der Apotheker als Freiberufler gefährdet ist. Es käme darauf an, dass man die Effekte, die ein Preiswettbewerb nun einmal mit sich bringt, ausschöpft. Die Industrie ist ja sehr innovativ. Auch der Großhandel in Deutschland gehört übrigens mit zu den effizientesten Logistikstrukturen, die wir in Europa haben. Man sollte dies alles nutzen können, ohne den Apotheker als Freiberufler in diesem Preiswettbewerb zu vernichten. Das würde durch die Abtrennung des Ganzen nach meinem Dafürhalten möglich sein.

Es ist auch angesprochen worden, dass man dem Versandhandel in dem Umfang, in dem

er keine Dienstleistungsfunktionen erbringt, keine Dienstleistungsvergütung zugestehen kann. Damit ist der Versandhandel aus meiner Sicht quasi neutral gestellt. Der Apotheker, der vor Ort seine Funktion erfüllt, erhält dafür die Komponente „Gebühr“, der Versandhandel nicht. Damit können beide nebeneinander existieren. Der Patient vor Ort muss entscheiden, was er will und wie er das Ganze wertet.

Ich meine, beide Strukturen sind möglich, ohne dass die Freiberuflichkeit vor die Hunde geht. In dem System, wie es heute angelegt ist, ist klargelegt, dass unter den Apotheken ein Preiswettbewerb stattfinden soll. Wenn das geschieht, ist die Freiberuflichkeit in der bisherigen Form nicht zu halten. Die Antworten darauf werden gewerbliche Strukturen aufseiten der Apotheken sein; auch das kann man wollen. Das führt zu Apothekenketten, die sich verbünden, also zu fünf Ketten und ein paar Nischenbesetzern, die dann aber mit dem ganzen System völlig anders umgehen.

Man kann unterschiedlich beurteilen, wie dann die Versorgung der Patienten aussehen wird. Sie wird nicht mehr so dienstleistungsorientiert, sondern eher umsatzorientiert etc. sein. Es ist aber eine gesellschaftspolitische Bewertung, welche Versorgung des Patienten ich vor Ort haben will. Hierauf muss weniger eine ökonomische, sondern eine gesellschaftliche Antwort gegeben werden. Wenn Sie diese geben, können wir daraus Konsequenzen ableiten.

Man muss sich darüber im Klaren sein: Auch in den Vorstellungen der Koalition ist nicht ganz eindeutig, ob man den Apotheker als Dienstleister vor Ort überhaupt noch haben will. Wenn man das will, muss man das System konsequent angehen. Will man ihn nicht, dann können Sie in diesem System Preiswettbewerb einführen und dann müssen Sie mit anderen Distributionssystemen, mit anderen Versorgungsfunktionen vor Ort rechnen. Auch das kann man wollen. Man kann ja auch sagen: Man geht heute nicht mehr zu Fuß zur Apotheke. Man kann mit dem Auto fahren. - Oder: Ich wohne in München und habe in Fußgängernähe, innerhalb von zehn Minuten, fünf Apotheken. Da kann ich mich nach den Preisen erkundigen. - All das wäre möglich.

Mir fehlt jedoch ein wenig die klare Kenntnis darüber, was man will. Die FDP bekennt sich zur Freiberuflichkeit. Die Konsequenz ist, dass

das Modell entsprechend abgeleitet werden muss. Wenn eine andere Partei die Freiberuflichkeit für nicht notwendig hält, kann man auch daraus Konsequenzen ableiten. Bei den jetzt vorgesehenen Maßnahmen kommt es jedoch zu einer Mischung dieser beiden Ansätze. Diese Mischung ist unheilvoll, weil sie keiner ordnungspolitischen Gesamtkonzeption folgt.

Das mahne ich, Herr Kirschner, für die nächste Reform an. Aber schon in dieser Reform könnte man einiges besser machen.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den BAH und an den BPI. - Wie beurteilen Sie im Hinblick auf die geplante Einführung einer Positivliste die Herausnahme der rezeptfreien Arzneimittel aus der GKV-Erstattungsfähigkeit?

**SV Dr. Mark Seidscheck** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.): Es ist aus Sicht des Verbandes ein Widerspruch, auf der einen Seite eine Positivliste aufzustellen, wobei man den therapeutischen Nutzen von rezeptfreien Arzneimitteln als so hoch ansieht, dass sie in großem Umfang in dieser Liste enthalten sind, und auf der anderen Seite diese Arzneimittel in gleichem Maße aus dem bisher bewährten Arzneimittelpreisbildungssystem herauszunehmen, was zur Konsequenz hat, dass der Preis dieser Produkte für den Arzt nicht mehr berechenbar ist und damit faktisch keine Verordnung stattfindet. Dieser Widerspruch müsste aufgelöst werden und ist in dieser Form nicht haltbar.

**SVe Prof. Dr. Barbara Sickmüller** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie): Ich kann das, was Herr Seidscheck gesagt hat, nur unterstützen. Die geplante Positivliste und die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der GKV-Erstattung sind in sich widersprüchlich, weil eine Vielzahl dieser wichtigen Arzneimittel Bestandteil der Positivliste ist, also als wirksam und wichtig bewertet wurde. Dies wird jetzt durch die Herausnahme der nicht verschreibungspflichtigen ad absurdum geführt. Beispiel: Infusionslösungen, die nicht verschreibungspflichtig sind, die aber wichtige Arzneimittel zum Beispiel bei der Krebstherapie usw. darstellen und essenziell sind. Die ausnahmsweise vorgesehene

Umgehung der Herausnahme auf der Basis von Einzelbegründungen ist nicht hilfreich, weil dies zu aufwendig ist und nicht durchgeführt würde. Denn die Faktoren, die hierzu herangezogen werden sollen, sind widersprüchlich. Dies soll in den Arzneimittelrichtlinien vorgegeben werden. Dies alles sind praxisfremde Kriterien.

**Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP):** Ich würde gerne die ABDA und Herrn Brauer fragen: Wie beurteilen Sie die Öffnung der Krankenhausapotheken?

**SV Hans-Günter Friese (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände):** Dies ist eine Situation, die ähnlich wie beim Versandhandel zu einer Schieflage der wettbewerblichen Bedingungen führen wird. Eine Krankenhausapothekende ist ordnungspolitisch als ein Element des Fremdbesitzes zu sehen. Dies ist eine völlig andere Versorgungsform; sie wird anders finanziert. Wenn diese in den Wettbewerb mit der öffentlichen Apotheken tritt, dann ist die öffentliche Apotheke nicht in der Lage, diesen Wettbewerb auszuhalten.

Hinter diesem Vorhaben steckt möglicherweise der Gedanke, dass die im Krankenhaus gängigen günstigeren Preise für Arzneimittel in den ambulanten Bereich transportiert werden sollen. Der Markt wird es regeln und die pharmazeutische Industrie wird nicht auf Dauer diese preisgünstige Gestellung der Krankenhausware anbieten können. Eine derartige Vermengung dieser beiden Vertriebswege, der Krankenhausapothekende und der öffentlichen Apotheke, ist aus unserer Sicht nicht machbar.

**SV Dr. Klaus G. Brauer:** Ich denke ähnlich. Die Öffnung der Krankenhausapothekende für die ambulante Versorgung stößt auf eine Fülle von praktischen und ordnungspolitischen Problemen, die übrigens in der Begründung des Gesetzentwurfes detailliert dargestellt worden sind. Denn die Mischung von zwei unterschiedlichen Preisbildungssystemen und der Finanzierung führt insgesamt zu außerordentlichen Problemen, wenn Krankenhausapothekende in Konkurrenz zu normalen, öffentlichen Apotheken stehen. Eine Krankenhausapothekende muss sich, was die Einrichtung angeht, aus ganz anderen Quellen speisen als zum Beispiel

eine öffentliche Apotheke und unterliegt ganz anderen steuerlichen Regelungen.

Es wird eine Fülle von praktischen Problemen geben, wenn man die Krankenhausapothekende für die ambulante Versorgung öffnen wollte. Auf einige will ich aufmerksam machen: Von den gut 2 200 Krankenhäusern, die wir in der Bundesrepublik haben, verfügen die Mehrzahl, drei Viertel, über keine eigene Krankenhausapothekende. Die werden von anderen Krankenhausapothekenden oder von krankhausversorgenden Apotheken versorgt. Wollen Sie, dass in der Mehrzahl der Krankenhäuser Arzneimittel auf Stationen gelagert werden und von wem auch immer - von der Krankenschwester, von Pflegerinnen, von Hilfspersonal - an Patienten, die sich kurzfristig im Krankenhaus ambulant behandeln lassen und dann ein Arzneimittel mitbekommen, für die ambulante Versorgung abgegeben werden? Von den 2 200 Krankenhäusern hat vor Ort nur weniger als ein Viertel eine eigene oder eine krankhausversorgende Apotheke. Selbst wenn eine solche vor Ort ist, wollen Sie dann die Patienten über das Klinikgelände jagen, bis sie die Krankenhausapothekende gefunden haben, wo sie ihr Arzneimittel bekommen? Das kann doch wohl nicht sein. Auf dem Nachhauseweg - das sind ambulante Patienten - kommen sie an mindestens drei Apotheken vorbei und können sich dort sehr convenient ihr Arzneimittel abholen.

Es gibt eine Fülle von undurchdachten praktischen und ordnungspolitischen Problemen, wenn Sie diese Öffnung durchführen würden.

**Abg. Helga Kühn-Mengel (SPD):** Wir kommen gleich noch einmal auf das Thema der Krankenhausapothekende zurück.

Zunächst aber greife ich die neuen Vertriebswege auf, die wir installiert haben, um zusätzliche Bezugsoptionen für Patienten bzw. Patientinnen zu errichten. Ich musste aber hören, dass diese offensichtlich ein Einfallstor für Fälschungen und mangelnde Sicherheit sind. Deswegen möchte ich den Bundesverband der Deutschen Versandapotheker, den BKK-Bundesverband, Professor Lauterbach, das WIdO und die Verbraucherzentrale fragen, wie sie mit Blick auf Sicherheit, Transparenz, Qualität und Patientenorientierung den Vertriebsweg „Versandhandel“ einschätzen. Viel-

leicht nehmen Sie auch Bezug auf Erfahrungen im Ausland, zum Beispiel in der Schweiz.

**SV Dr. Thomas Kerckhoff** (Bundesverband Deutscher Versandapotheker): Gerade die Erfahrungen mit den Versandapotheken in der Schweiz bzw. die in der Schweiz getroffenen Regelungen zeigen eindeutig, dass es keinen direkten Zusammenhang zwischen Arzneimittelfälschungen, Korruptionsanfälligkeiten von Versandapotheken und qualitativen Mängeln des Arzneimittelversandhandels in Gänze gibt. Man kann feststellen, dass Versandapotheken - das möchte ich hier eindeutig betonen - in erster Linie Apotheken sind und auf der Grundlage des professionellen Verständnisses eines Apothekers geleitet, kontrolliert und administriert werden.

Wenn Versandapotheken wie in der Schweiz zugelassen sind, unterliegen sie wie alle anderen Apotheken, die am Versorgungsprozess teilnehmen, sämtlichen rechtlichen Rahmenbedingungen. Das heißt, auch die Versandapotheken müssen Arzneimittelsicherheitsmaßnahmen vornehmen und ihre Patienten betreuen und beraten. Darüber hinaus müssen sie Notfalldepots und Labore vorhalten, um Individualanfertigungen zu erbringen. Ihr Dienstleistungsangebot reicht vielleicht in der zeitlichen Komponente über das einer stationären Apotheke hinaus, sie werden aber wie alle anderen öffentlichen Apotheken durch lokale Aufsichtsbehörden engmaschig kontrolliert.

Insofern kann die Schweiz demonstrieren, dass Versandapotheken eine sinnvolle Ergänzung der traditionellen Arzneimitteldistribution darstellen. Das führt nicht - das wurde hier bereits öfter angeführt - zum Untergang der traditionellen Apotheken, sondern es wird eine ergänzende Versorgungsform zugelassen, die insbesondere im Hinblick auf das Managementprogramm oder - darüber wurde in Deutschland noch nicht diskutiert - das Pharmaceutical Benefit Management erheblich positive Leistungen erbringen kann.

**SV Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Verbraucher, die Arzneimittel im Internet unter dubiosen Adressen bestellen, kann man nicht schützen, man kann sie nur vor solchen Bestellungen warnen. Patienten, die Arzneimittel in Versandapotheken bestellen, bestellen ihre Arzneimittel in

Apotheken. Versandapotheken sind apothekengeführt und die Medikamente in der Regel ärztlich verordnet.

Ich möchte jetzt auf die Belange der gesetzlichen Krankenversicherung eingehen. Es bedarf erst einmal einer ärztlichen Verordnung, damit überhaupt eine Leistungspflicht ausgelöst wird. Der Arzt verordnet ein Medikament, das zugelassen ist und sämtliche Sicherheitsbedingungen der Arzneimittelprüfung überstanden hat. Von daher können Fälschungen in diesem Sektor definitionsgemäß nicht auftreten. Von den Transportwegen, der Transparenz und der Qualität kann sich jeder überzeugen, der sich die Arbeitsweise in einer niederländischen oder schweizerischen Versandapotheke angesehen hat. Die Arzneimitteldokumentation und der Interaktionscheck sind vor der Arzneimittelabgabe bzw. dem Arzneimittelversand vorgeschrieben.

Es handelt sich bei der Versandapotheke um eine weitere Bezugsmöglichkeit und nur der Verbraucher und kein anderer entscheidet über die Inanspruchnahme des Versandhandels.

**Abg. Helga Kühn-Mengel** (SPD): Mit welchen Einsparpotenzialen rechnen die Krankenkassen durch die Einführung der Versandapotheken?

**SV Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Das ist eine schwierige Frage. Ich kann sie nur im Sinne einer Faustregel vereinfacht beantworten. Das Einsparpotenzial hängt vom Inanspruchnahmeverhalten und der Preisdifferenz zum deutschen Arzneimittelpreis ab. Unterstellt man bei dieser einfachen Faustregel eine 10-prozentige Inanspruchnahme - ich vereinfache das Beispiel mit glatten Zahlen -, dann wären das bei einem Arzneimittelumsatz in Höhe von 20 Milliarden Euro 2 Milliarden Euro. Unterstellt man ferner, dass der Preisunterschied zwischen Deutschland und dem Ausland oder aufgrund von Preisverhandlungen mit inländischen Versandapotheken bei 10 Prozent liegt, könnte man ein Einsparvolumen von 200 Millionen Euro erzielen. Die Ersparnis hängt also von der Inanspruchnahme und der Preisdifferenz ab.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Zum einen ist darauf hinzuweisen, dass es bereits

jetzt dubiose Internetquellen für den Bezug von Arzneimitteln gibt und durch die Einführung des Versandhandels eine sichere Alternative zu diesen bereits bestehenden dubiosen Quellen eingeführt wird. Zum anderen gelten für den Versandhandel hohe Qualitätsstandards, die die Erfahrungen aus der Schweiz und den Niederlanden berücksichtigen. Ich gehe daher davon aus, dass wir ein ähnliches Niveau der Sicherheit erreichen können.

Das bedeutet, dass wir die durchschnittliche Sicherheit in der Arzneimittelversorgung sogar erhöhen können. Ich nenne ein Beispiel: Viele von uns werden sich noch an den Rückruf des Bayer-Medikaments Lipobay erinnern können. Das war eine sehr wichtige Rückrufaktion. Ich möchte darauf hinweisen, dass es dem Versandhandel in den Niederlanden gelungen ist, die Kunden zuerst zu warnen. Wenn man über die Adressen der Patienten verfügt, kann man sie postalisch oder telefonisch besonders schnell warnen. Das ist dem Betreiber einer Präsenzapotheke nicht möglich. Das heißt, der Versand- und der Internethandel ermöglichen die Erhöhung des Sicherheitsstandards.

In den Vereinigten Staaten beispielsweise ist nach den erschreckenden Ergebnissen der großen klinischen Studien bezüglich der Hormonersatztherapie, insbesondere in der „Women's Health Initiative“, der Versorgungsumfang mit diesen Arzneimitteln deutlich zurückgegangen. Dazu sind heute noch einmal Zahlen veröffentlicht worden. Der Markt ist eingebrochen, nachdem klar war, dass die Hormonersatztherapie Gefahren für die Frauen - ein erhöhtes Schlaganfall-, Brustkrebs- und Herzinfarktisiko - mit sich bringt. Das ist unter anderem der Tatsache geschuldet, dass Internet- und Versandhandel in der Lage waren, ihre Patientinnen gezielt zu informieren. Das wäre für Präsenzapotheken nicht so einfach.

Ich komme zu dem Ergebnis, dass wir eher von einer Verbesserung der Versorgungsqualität sprechen können. Der Versandhandel soll die Präsenzapotheken im Übrigen nicht ersetzen, sondern nur ergänzen. Ich bin nicht der Meinung, dass man Kapitalismus und Freiberuflichkeit gegeneinander ausspielen darf.

Wissenschaftlich gesprochen ist es so, dass der Kapitalismus in der Regel die Voraussetzung für die Freiberuflichkeit ist und nicht ihr Gegner. Ich will hier aber nicht in ein Seminar der politischen Philosophie ableiten. Ich kann

weder die allgemeine Kapitalismuskritik meiner Vorredner teilen noch den künstlichen Widerspruch von Kapitalismus und Freiberuflichkeit erkennen. Für erweiternde Ausführungen stehe ich in der Pause jedem zur Verfügung.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Verehrter Herr Professor Lauterbach, bieten Sie das bitte außerhalb dieser Anhörung an. Wir veranstalten hier eine öffentliche Anhörung zu dem Gesetzentwurf und den zwei Anträgen. Sie können das Privatisimum zusätzlich anbieten.

SV **Jürgen Klauber** (AOK-Bundesverband): Generell habe ich den Ausführungen zur qualitätsgesicherten Versorgung im Rahmen des Versandhandels nichts hinzuzufügen. Ich möchte daher nur noch auf einen Punkt aufmerksam machen: Versandhandel versus neue Distributionsstrukturen, sprich: Aufhebung des Fremdbesitz- und Mehrbesitzverbots.

Die entscheidende Dynamik liegt ganz eindeutig in der veränderten Marktstruktur und den neuen Distributionsformen, die entstehen. Schauen wir uns doch an, wie groß die Versandhandelssegmente international sind. Wir sprechen hier nur von kleinen Segmenten. Von den liberalisierten Strukturen der USA sind wir weit entfernt und selbst dort erreicht der Versandhandel nur 10 Prozent. Wenn man die Prämissen, die Herr Kaesbach gerade genannt hat, berücksichtigt, reden wir über ein Segment von 200 Millionen Euro.

Im Bereich der Aufhebung des Fremd- und Mehrbesitzverbotes reden wir darüber, dass sich die Distributionsstrukturen grundsätzlich liberalisieren. Wenn wir die unterschiedlichen Distributionsspannen zwischen Ländern mit und ohne Apothekenketten betrachten, stellen wir fest, dass wir über erhebliche wirtschaftliche Potenziale in der Versorgung - sie reichen in den Milliardenbereich - reden. Ich würde daher die Diskussion gern darauf fokussieren.

SV **Thomas Isenberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Wir haben als Verbraucherverbände schon vor zwei Jahren die Kriterien für einen internetbasierten Versandhandel vorgelegt. Ich möchte noch einmal betonen: Wir reden zum einen über den Versandhandel

und zum anderen über internetbasierten Versandhandel, welcher eine besondere Form der Markttransparenz ermöglicht. Dafür sind im Gesetzentwurf entsprechende Regelungen zu treffen.

Es ist tatsächlich so - das haben auch unsere Testkäufe bewiesen -, dass es weltweit unseriöse Versandhändler gibt. Man kann gefälschte Präparate oder auch Präparate ohne Beipackzettel erhalten. Auf diesem Gebiet ist vieles im Argen. Deshalb ist es umso wichtiger, einen seriösen Marktplatz aufzubauen.

Ich darf daran erinnern, dass der europäische Rechtsrahmen gemeinsame Regelungen vorsieht, die den Aufbau eines seriösen Marktplatzes ermöglichen. Innerhalb der EU wird der Versandhandel weiterhin möglich sein. So wird es in einem Nationalstaat nicht gelingen, die Existenz solch unseriöser Quellen in Europa zu verhindern. Umso wichtiger ist die Zukunftsaufgabe, einen seriösen Marktplatz aufzubauen, der die Qualität sichert und gleichzeitig die Einsparpotenziale des europäischen Binnenmarktes den deutschen Verbraucherinnen und Verbrauchern zugänglich macht.

Der Gesetzentwurf beinhaltet viele der Kriterien, die wir vorgelegt haben. Aus diesem Grund begrüßen wir den Gesetzentwurf. Es wird auch gefordert, dass ein Qualitätssicherungssystem beim Antragsteller vorgehalten wird. Auch dazu wurden im Gesetzentwurf Hürden aufgestellt. Das ist eine notwendige Voraussetzung für den qualitätsgesicherten Versandhandel. Die Verpackungsqualität und die Wirksamkeit müssen erhalten bleiben. Die Beratung durch das pharmazeutische Personal muss weiterhin vorgenommen werden.

Ich darf darauf hinweisen, dass nicht nur die Studien der Verbraucherzentralen, sondern auch die der Stiftung Warentest über die Beratungsqualität in den Apotheken ein sehr diffuses Bild zutage gebracht haben. Man kann als Verbraucher nicht unbedingt erkennen, ob einem der Apotheker oder die PTA-Fachkraft am Tresen gegenübersteht; insofern relativiert sich hier das Argument der ausschließlichen Beratungsqualität des deutschen Apothekers. Auch hierzulande dürfen die Medikamente nicht nur an den Patienten, sondern auch an dessen Verwandte abgegeben werden. Diesbezüglich sind sehr genaue Kriterien im Gesetzentwurf vorgesehen.

Die Beratungsqualität - auch das belegen Studien - ist sehr schwach. Nur der Verbraucher, der aktiv nachfragt, wird auch ausführlich und gut beraten. Ansonsten scheint sich die Beratung eher auf die Verkaufskonditionen zu beschränken, wobei die Verbraucherzentralen in ihren Studien ausführen, dass die Einkommensinteressen des freiberuflichen Apothekers nicht ganz hintenanstehen.

Die Qualitätskriterien sind im Entwurf um ein System der Sendeverfolgung ergänzt worden. Dieses System muss wasserdicht sein, das ist absolut notwendig. Ich denke, das sind gute Voraussetzungen zum Aufbau eines qualitätsgesicherten Versandhandelsstandorts Europa.

Mein zweiter Punkt: Es ist notwendig, dass dieser Marktplatz Transparenz bietet. Ich würde mir wünschen, dass diejenigen, die Sonderverträge vereinbaren, beispielsweise im Bereich der besonderen Versorgungsformen, den Verbraucher über die vorgehaltenen hohen Qualitätsanforderungen - beim Zahnersatz gibt es diese Möglichkeit schon - informieren, so dass die Verbraucher in Deutschland offensiv beraten werden und die Hände von dubiosen internationalen Versandhandelsquellen lassen und gezielt, sofern sie es wollen, die qualitätsgesicherten europäischen Quellen in Anspruch nehmen. Es ist eine Chance für den deutschen Apotheker, dies anzubieten.

Mein letzter Punkt zur Qualitätssicherung: Wir vertreten die Ansicht, dass die Frage der Zulassung von Medikamenten auf dem europäischen und deutschen Pharmamarkt, also die Qualitätssicherung im Vorfeld des Verkaufs, ein großes Problem ist. Lipobay ist ein gutes Beispiel dafür, darüber wurden viele Diskussionen geführt. Das Primärproblem der Arzneimittelsicherheit scheint in den schwachen Prüfungen der Zulassung von Medikamenten und der Pharmakovigilanz zu liegen.

Diesbezüglich begrüßen wir ausdrücklich, dass die Pharmakovigilanzsysteme beispielsweise durch die Einbeziehung der Patientenbeauftragten in § 63 gestärkt werden. Es ist sicherzustellen, dass die Versandhandelsapotheken zukünftig an dieses System adäquat angeschlossen werden.

Fazit: Die Verbraucher dürfen nicht nur mit Zuzahlungen weiter belastet werden. Es ist darüber hinaus notwendig, qualitätsgesicherte Pharmawettbewerbsstandorte in Europa den

deutschen Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Der Entwurf ist dazu geeignet.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Es geht um den Ausschluss rezeptfreier Arzneimittel aus dem GKV-Leistungskatalog. Ich möchte meine Frage an das WIdO und an die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. richten. Rund 30 Prozent der verordneten Arzneimittel sind rezeptfrei. Nun wird natürlich immer wieder die Frage gestellt, inwiefern eine Substitution durch rezeptpflichtige Arzneimittel erfolgt. Mich würde interessieren, wie Sie das einschätzen und ob Sie die vorgesehenen Ausnahmetatbestände, die jetzt im Gesetzentwurf enthalten sind, für ausreichend und sachgerecht halten.

Das WIdO möchte ich noch fragen, welche ökonomischen Auswirkungen sich gegebenenfalls aus umfangreicheren Substitutionen ergeben.

**SV Jürgen Klauber (AOK-Bundesverband):** Sehr geehrte Frau Abgeordnete, es ist richtig: Der Anteil nicht verschreibungspflichtiger Präparate beträgt etwa 30 Prozent der Verordnungen. Nach dem Umsatz bemessen ist dieser Bereich aber deutlich weniger relevant. Er umfasst mit etwa 2,3 Milliarden Euro circa 10 Prozent des Umsatzes in diesem Marktsegment.

Zunächst einmal muss man sich das Kriterium vergegenwärtigen, das an dieser Stelle zu setzen ist. Es geht nicht um die Positivliste und nicht um die Sicherung der Struktur, der Qualität am Markt, sondern es geht um ein fiskalisches Ziel. Es geht um die Ausgrenzung der Präparate des nicht verschreibungspflichtigen Marktes. Das entspricht einer Praxis, die in Europa eigentlich gängig ist - in anderen europäischen Ländern werden die Aufwendungen für nicht verschreibungspflichtige Präparate nicht erstattet -, und dort treten diesbezüglich keine Probleme auf.

Zweitens haben wir in der Bundesrepublik Deutschland bereits einen erheblichen Wandel in diesem Bereich, nämlich eine deutliche Verschiebung in Richtung OTC-Markt. Mittlerweile laufen schon 70 Prozent der Medikamente, die hier abgegeben werden, über die Selbstmedikation. Auch da treten keine Probleme auf, sodass man auch bezüglich der An-

forderungen, die an das Kriterium „Verschreibungspflicht“ gestellt werden, die Überlegung anstellen kann - wenn man es für politisch gegeben hält -, hier aufgrund des fiskalischen Kriteriums auszugrenzen.

Es stellt sich die Frage, ob dies zu Versorgungsproblemen oder auch zu Substitutionsproblemen führen würde. Ich denke, das ist nicht der Fall. Bei den Medikamenten, die heute im Rahmen der Selbstmedikation gekauft werden, handelt es sich zum großen Teil um Arzneimittelgruppen wie Mineralstoffpräparate und Erkältungsmittel. Der Patient sagt sich im Regelfall: Die Kosten spare ich mir. Ich kaufe mir das Arzneimittel direkt in der Apotheke; denn es hat nur einen sehr geringen Preis. - Wir reden hier über eine Breitenmedikation, die auch verteilungspolitisch nicht problematisch ist, weil die Kosten durchschnittlich bei etwa 11 Euro liegen. Wenn Eltern zum Beispiel ein Hustenmittel für ihr krankes Kind kaufen, kostet dies durchschnittlich 5 Euro. Das fiskalische Ziel, wenn man es denn verfolgen will, wäre also auch aus verteilungspolitischer Sicht vertretbar.

Aus eher wissenschaftlicher, ordnungspolitischer Sicht sage ich: Wenn man das fiskalische Ziel wirklich verfolgen will, dann sollte man es auch konsequent umsetzen und keine Ausnahmetatbestände definieren. Das umsatzmäßige Volumen, das zum Beispiel auf die Kindermedikation entfällt, ist eher marginal. Versorgungsprobleme würden hier, wie gesagt, nicht entstehen; die Arzneimittel werden heute bereits zu 70 Prozent im Rahmen der Selbstmedikation gekauft.

Es stellt sich allerdings die Frage, ob es möglicherweise zu Substitutionen kommt, die kostentreibend sind. Es gibt natürlich einzelne Fälle, an die man in diesem Zusammenhang denken kann. Ein viel zitiertes Beispiel ist die Acetylsalicylsäure als Thrombozytenaggregationshemmer, die durch das teure Clopidogrel substituiert wird. ASS ist für zwei Cent in der Tagestherapie als Aggregationshemmer verfügbar, Clopidogrel liegt bei fast drei Euro. - Ich denke, diese Probleme sind durch Richtlinien leicht einzufangen. Das heißt, dies wird in der Praxis nicht passieren. Wenn es eine dahin gehende Vorgabe gibt, wird die Ärzteschaft auch entsprechend verordnen.

Umgekehrt ist es fiskalisch problemlos vertretbar, wenn für Acetylsalicylsäure als Thrombozytenaggregationshemmer zwei Cent privat gezahlt werden. Das stellt keine Bewertung des Arzneimittels dar; natürlich ist Clopidogrel ein hochwertiger Wirkstoff, der auch sinnvoll einzusetzen ist. Wenn man sich aber für das fiskalische Ziel entscheidet, halte ich diese Ausgrenzung für vertretbar. Das ist im Übrigen in der europäischen Praxis gängig.

**SV Dr. Jan Geldmacher:** Die Entscheidung, ob ein Medikament rezeptpflichtig ist oder nicht, hängt rein vom Risiko ab. Dazu tagt zweimal im Jahr eine Kommission beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte als Vorarbeit für das Gesundheitsministerium; das trifft dann die Entscheidung. Dabei geht es ausschließlich um die Frage des Risikos.

Die Industrie hat bisher angestrebt, dass die Medikamente nach einiger Zeit frei verkäuflich sind, weil das ihre Marktchancen insgesamt verbessert. Wir werden sicherlich eine ganze Reihe von Zulassungen neuer Medikamente erleben, zum Beispiel mit einer anderen Wirkstärke, weil diese dann automatisch für mindestens fünf Jahre wieder der Verschreibungspflicht unterliegen. Damit sind sie dann wieder in der Verordnungsfähigkeit.

Ich fürchte, dass die Substitution mehr kostet, als durch diese Maßnahme eingespart wird. Ich sehe auch einen erheblichen Regelungsbedarf für den Bundesausschuss, der die Ausnahmen definieren soll. Das macht das Ganze unübersichtlicher. Ich fürchte, dass dies unter dem Strich nicht sehr wirksam ist.

Ich habe aber sehr viel Verständnis dafür, dass man darüber nachdenkt. Wir wissen, dass für verschreibungsfreie Medikamente geworben werden darf und damit eine Nachfrage erzeugt wird, die wiederum auf den Arzt und auf den Markt wirkt. Man sollte einmal darüber nachdenken, ob es weiterhin möglich sein sollte, dass ordnungsfähige Medikamente beworben werden dürfen. Nach den früheren Richtlinien sollte dies nicht möglich sein.

**SV Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Die Verbraucherzentrale betrachtet diese Regelung sehr skeptisch.

Die Verschreibungspflicht und die Erstattungsfähigkeit sind zwei Kategorien, die nicht viel miteinander zu tun haben. Diese Systematik führt dazu, dass der Gesetzgeber eine Positivliste verabschiedet und die Erstattungsfähigkeit von Medikamenten festlegt, im gleichen Atemzug aber die Erstattungsfähigkeit für bestimmte Medikamente wieder zurücknimmt. Wir glauben nicht, dass dies der Maßgabe des § 12 entspricht, verschreibungsfreie Medikamente nicht zu erstatten.

Es gibt durchaus Indikationen - das wurde gesagt -, bei denen nicht verschreibungspflichtige Medikamente sinnvoll sind. Wir befürchten, dass die Umgehungsstrategien letztlich zu mehr Kosten führen, weil stattdessen teurere Präparate verschrieben werden. Zudem kann dies zu größeren Risiken führen, da verschreibungspflichtige Medikamente in der Regel auch riskanter sind. Dies ist sowohl aus Patienten- als auch aus Versicherungssicht nicht sinnvoll.

Der Ausnahmekatalog ist sehr lang. Unserer Einschätzung nach spricht das nicht unbedingt für diese Regelung. Es scheint, als bedürfe es so vieler Ausnahmen, um sie in einem einigermaßen verträglichen Ausmaß zu halten. Wenn man die Ausnahmeregelungen einbezieht, dürfte das Einsparpotenzial, wenn es überhaupt eines gibt, sehr gering sein. Dem stehen, wie gesagt, Mehrkosten gegenüber.

Zudem schätzen wir die Selbstmedikation nicht als unproblematisch ein. Im Gegenteil, unserer Erfahrung nach - das zeigen auch die Erfahrungen in der Patientenberatung - gibt es gerade bei der Selbstmedikation häufiger unerwünschte Nebenwirkungen bis hin zu Vergiftungen.

**Abg. Götz-Peter Lohmann** (SPD): Die vorhin gefallenen Äußerungen über die Krankenhausapotheken veranlassen mich dazu, hier noch einmal nachzuhaken. Ich stelle daher an die Vertreter der DKG, des Bundesverbandes Deutscher Krankenhausapotheker, des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen und des WIdO die Frage, wie sie die Änderungen bewerten, die das GMG für die Krankenhausapotheken vorsieht.

**SV Dr. Martin Walger** (Deutsche Krankenhausgesellschaft): Sehr geehrter Herr Abge-

ordneter Lohmann, ich möchte Ihre Frage mit drei Punkten beantworten.

Erstens. Wir begrüßen die Neuregelung des § 14 Abs. 4 Satz 3 ApoG. Damit wird klargestellt, dass sich die Arzneimittelabgabemöglichkeiten der Krankenhausapotheke auch auf die neuen ambulanten Behandlungsformen erstrecken, ebenso auf dem Bereich der Disease-Management-Programme und der integrierten Versorgung. Allerdings enthält dieser Paragraph nach wie vor einige Restriktionen; denn die Arzneimittelabgabe darf nur zur unmittelbaren Anwendung erfolgen und auch nur in den Ambulanzen des Krankenhauses. Wir plädieren dafür, diese Beschränkungen fallen zu lassen.

Ich habe mich sehr gewundert, dass gerade dieses Thema wurde ja bereits angesprochen - immer nur von Ordnungspolitik und Wettbewerbsverzerrungen die Rede war. In der Gesundheitspolitik sind doch Patientenorientierung, Qualität und Kosten die Kriterien; so verstehe ich es jedenfalls. Es wäre interessant, einmal über die Patientenorientierung zu diskutieren. Ein Krankenhauspatient versteht nicht, dass er die Arzneimittel nicht mehr von der Krankenhausapotheke bekommen darf, wenn er sie mit nach Hause nimmt. Außerdem glaube ich, dass die Vorstellung, dass ein Patient, wenn er ein Arzneimittel im Krankenhaus bekommen kann, zunächst über das Krankenhausgelände irrt, dann auf irgendeine Station kommt und sich dort von einer Krankenpflegerin das Arzneimittel geben lässt - damit würde sie sich strafbar machen -, ein Märchen ist. Ich bin sicher, dass das Krankenhausmanagement so einfallsreich sein wird, Arzneimittelabgabemöglichkeiten patientenorientiert zu organisieren.

Zweitens. In den Arbeitsentwürfen des GMG bis zum Stand 12. Mai war vorgesehen, einen neuen Abs. 5 a in § 14 ApoG einzufügen, mit dem für Krankenhäuser und Krankenhausketten die Möglichkeiten der zentralen Arzneimittelbeschaffung verbessert werden sollten. Wir halten diese Regelung für richtig, weil damit Kostenstrukturen im Krankenhaus abgebaut werden könnten, und haben nicht verstanden, warum dieser Abs. 5 a in dem jetzigen Gesetzentwurf nicht mehr enthalten ist. Wir würden es begrüßen, wenn er wieder aufgenommen würde.

Dritter und letzter Punkt. Bereits nach geltendem Recht können Krankenhausapotheken entlassenen Patienten Arzneimittel mitgeben, und zwar zur Überbrückung an Wochenenden und Feiertagen. Das wird von vielen Krankenhäusern auch deshalb praktiziert, um patientenfreundlich zu sein. Es ist allerdings keine allgemeine Krankenhausleistung, sondern im Grunde eine Ersatzleistung für den vertragsärztlichen Bereich oder die diensthabende Apotheke; insofern haben die Krankenhäuser auch keinen Vergütungsanspruch. Bei kostenaufwendigen Arzneimitteln kann das für die Krankenhäuser aber sehr teuer werden. Deshalb schlägt die DKG vor und bittet darum, entweder in § 2 der Bundespflegesatzverordnung oder in dem jetzt neu geschaffenen § 129 a SGB V eine Klarstellung vorzunehmen, dass es für diese mitgegebenen Arzneimittel auch eine Vergütung für das Krankenhaus gibt.

**Sve Dr. Irene Krämer** (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V.): Ich möchte zunächst die Gelegenheit nutzen, klarzustellen, was Herr Brauer gesagt hat. Es ist korrekt, dass es in der Bundesrepublik derzeit 540 Krankenhausapotheken und 2 200 Krankenhäuser gibt. Allerdings versorgen diese 540 Krankenhausapotheken 80 Prozent aller Krankenhausbetten. Die Apotheken versorgen zu 93 Prozent Krankenhäuser, die weniger als 300 Betten haben, sodass sich dies logisch darstellen lässt. Im Übrigen ist die Krankenhausversorgung der Apotheke, zumindest der Krankenhausapotheke, in allen bisherigen Gesetzen gleichgestellt.

Nun zur Frage der Öffnung der Krankenhausapotheke. Wir begrüßen ebenfalls den bisher vorgeschlagenen Text in § 14, das heißt die Erweiterung dieser Regelung. Wir glauben, dass die pharmazeutische Öffnung der medizinischen Öffnung gleichgestellt werden muss, damit nicht wieder ein Spagat für die Patienten entsteht.

Die Apotheker sehen den Bedarf insbesondere in der klinisch-pharmazeutischen Betreuung der Patienten und in der Verbesserung des Schnittstellenmanagements der Patienten, angefangen bei der Arzneimittelanamnese bis hin zur Beratung betreffend Entlassmedikation und der Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten, zum Beispiel bei der Bildung von regionalen Arzneimittellisten.

Des Weiteren war die Convenience für den Patienten angesprochen worden. Dazu kann ich sagen: Er wird die Krankenhausapotheke finden. Um diese Aufgabe erfüllen zu können, würden wir uns wünschen, dass in Häusern, mit denen Versorgungsverträge bestehen oder die unter gleicher Trägerschaft stehen, Zweigapotheken eingerichtet werden dürfen.

Ich möchte mit dem Satz von Herrn Friese enden, dass Grenze der Krankenhausapotheke die Krankenhausmauer und im Krankenhaus jedwede Öffnung der Apotheke möglich sein sollte.

**SV Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die Beteiligung der Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung bei Unterversorgung, bei hoch spezialisierten Leistungen, bei strukturierten Behandlungsprogrammen und im Rahmen der integrierten Versorgung. Sie vertreten die Auffassung, dass die Krankenhausapotheke grundsätzlich den Versorgungsbedarf in demselben Umfang abdecken soll, in dem das Krankenhaus an der ambulanten Versorgung beteiligt wird.

Daher greift die Formulierung im Gesetz mit der Beschränkung der Arzneimittelabgabe auf die Abgabe zur unmittelbaren Anwendung insbesondere bei der Beteiligung des Krankenhauses an strukturierten Behandlungsprogrammen oder im Rahmen der integrierten Versorgung zu kurz. Von daher teile ich die Einschätzung von Herrn Dr. Walger von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, dass die Beteiligung der Krankenhausapotheke an der integrierten Versorgung oder an strukturierten Behandlungsprogrammen, die insbesondere für Chroniker aufgelegt werden, nicht funktioniert, wenn die Arzneimittelabgabe auf die unmittelbare Anwendung und dann auch noch auf die Räume der Ambulanz beschränkt wird.

Darüber hinaus ist durch die Öffnung der Krankenhausapotheken als Folge der Änderung des Apothekengesetzes im letzten Jahr insbesondere die Möglichkeit geschaffen worden, Ambulanzen mit teuren Zytostatika zu versorgen. Es hat Probleme mit der Abrechnung dieser Mittel sowie der Transparenz der Datenübermittlung gegeben. Von daher begrüßen wir den Ansatz in dem Gesetz, dass nunmehr Preisverhandlungen zwischen Kassen

oder Kassenverbänden und den Krankenhaus-trägern stattfinden sollen. Ebenso begrüßen wir die vorgesehene Datenübermittlung nach § 300 SGB V. Dass diese Regelungen aber nur gelten, wenn die Abgabe an Versicherte erfolgt, greift wiederum zu kurz, weil damit bei der Belieferung der Ambulanzen, wo die Abgabe nicht an den Versicherten, sondern an den Arzt erfolgt, wieder dieselben Abrechnungsprobleme auftreten.

Wir treten dafür ein, § 129 Abs. 5 a SGB V dahin gehend zu erweitern, die Regelungen zu den Preisverhandlungen bzw. der Datenübermittlung entsprechend der Änderung des § 14 Abs. 4 Apothekengesetz des letzten Jahres zu übernehmen. Sonst perpetuieren wir die derzeit bestehenden Probleme.

**SV Jürgen Klauber** (AOK-Bundesverband) Ich schließe mich den Ausführungen meines Vorredners an und habe keine Ergänzungen.

Abg. **Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Fragen richten sich an den BKK und das WIdO. Wir haben im Gesetz die Wiedereinführung von Festbeträgen für patentgeschützte Arzneimittel, die keinen therapeutischen Zusatznutzen nachgewiesen haben, vorgesehen. Dazu meine Fragen:

Erstens. Wie hat sich das Umsatzvolumen der Analogpräparate seit 1996 entwickelt?

Zweitens. Welcher Marktanteil kann mit der Rechtsänderung erschlossen werden?

Drittens. Welches Einsparvolumen kann damit realisiert werden?

**SV Wolfgang Kaesbach** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die Absicht, die Festbetragsregelung auch für patentierte Analogpräparate wieder einzuführen. Jetzt sollen für Analogpräparate - abgesehen von der ersten Substanz einer neuen chemischen Klasse - sofort nach Markteintritt Festbeträge gebildet werden können. Das ist schneller, als es bisher der Fall war.

Allerdings greift die Regelung in der jetzigen Fassung zu kurz, weil die Gruppenbildung auf Analogpräparate unter sich beschränkt wird.

So würde sich ein möglicher Preiswettbewerb unter Analogpräparaten für die Hersteller nicht lohnen, da der mögliche Gewinn über die Festbetragsregelung wieder abgeschöpft würde.

Es wäre wünschenswert, die Festbetragsregelung - wie in der Gesetzesbegründung vorgesehen - zu öffnen und die Gruppenbildung nicht nur auf die patentgeschützten Arzneimittel untereinander zu beschränken, sondern beispielsweise auch im Fall eines auslaufenden Patents die Generika des Analogwirkstoffes in die Gruppenbildung einzubinden.

Darüber hinaus verändert der Gesetzesvorschlag die Gruppenphilosophie. Bisher ist die Bundesregierung davon ausgegangen, dass alle drei Festbetragsgruppen gleichgeordnet nebeneinander stehen. Jetzt wird eine Hierarchie im Sinne einer Präferenz für die Stufe 1 in der Form eingeführt, dass die Stufe 1 immer dann, wenn sie möglich ist, auch gebildet werden muss. Das führt zu einer permanenten Gruppenneubildung und damit zu einer geringeren Planungssicherheit für die pharmazeutische Industrie. Wirksamer wäre es, den alten Vorschlag aufleben zu lassen und lediglich § 35 Abs. 1 a SGB V aufzuheben.

Das Umsatzvolumen der Analogpräparate hat sich in den letzten acht Jahren um etwa 40 Prozent erhöht. Der Marktanteil liegt zurzeit bei knapp 20 Prozent. Das entspricht 4 Milliarden Euro. Wenn der Marktanteil der Analogpräparate von 4 Milliarden Euro in die Festbetragsregelung eingebunden würde, wäre ein Einsparvolumen in einer Größenordnung von nicht mehr als 5 Prozent möglich, also von etwa 200 Millionen Euro. Würde § 35 Abs. 1 a SGB V aufgehoben, wäre das Marktvolumen gegenüber dem jetzigen Zeitpunkt zwar geringer, dafür aber das Einsparvolumen mit etwa 30 Prozent deutlich höher. Bei einem Marktanteil von etwa 3 Milliarden Euro wären das 900 Millionen Euro. Daher setzen wir uns für die Aufhebung des § 35 Abs. 1 a SGB V ein.

Das ist übrigens zwingende Voraussetzung für die Weiterführung der Referenzarzneimittel nach der Bewertung des Deutschen Zentrums für Qualität in der Medizin gemäß § 35 b Abs. 1 SGB V, wenn es dazu kommen sollte.

**SV Jürgen Klauber** (AOK-Bundesverband): Zur Marktentwicklung im Bereich der Analogpräparate: Nach unseren Berechnungen hat sich der Umsatz bei patentgeschützten Arzneimitteln seit 1996 von etwa 23 auf knapp 40 Prozent im Jahre 2002 erhöht. Das ist ein erhebliches Marktsegment, das sich unter der heute geltenden Festbetragsregelung seit 1996 jeglicher Regulierung entzieht.

In der EU gilt eine deutlich restriktivere Praxis. Außer der Bundesrepublik Deutschland arbeiten alle Länder mit staatlichen Preisfestsetzungen und bzw. oder nationalen Preisverhandlungen. Dies zur Ausgangsbasis.

Die anderen Analogpräparate, die C-Präparate gemäß der Klassifikation von Fricke/Klaus, haben im gleichen Zeitraum ein Wachstum des Umsatzanteils von 11,4 auf 20,3 Prozent erzielt.

Bezüglich der vorgesehenen Regelung haben wir eine Berechnung erstellt, die darauf hindeutet, dass die jetzt im Gesetzentwurf enthaltene Festbetragsregelung ein Potenzial von 1 Milliarde Euro beinhaltet.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Wie beurteilen Sie die im GMG vorgesehene Kosten-Nutzen-Bewertung? Die Frage richtet sich an Professor Lauterbach und das WIdO.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Die Einführung der Kosten-Nutzen-Bewertung geht auf zwei Beobachtungen zurück, die international auf fast allen Arzneimittelmärkten gemacht werden konnten. Erste Beobachtung: Neue Arzneimittel sind nicht automatisch besser als bereits im Markt befindliche Arzneimittel. Zweite - genauso wichtige - Beobachtung: Teurere Arzneimittel sind nicht automatisch besser als billigere. Daher haben sich Kosten-Nutzen-Analysen beispielsweise in den Vereinigten Staaten von Amerika, in Kanada, Schweden, England, Australien und vielen anderen Ländern etabliert. Das gilt auch für Länder, in denen keine Staatsmedizin praktiziert wird. Es handelt sich also nicht automatisch um eine staatsmedizinische Maßnahme.

Das zu etablierende Verfahren entspricht den internationalen Standards, das heißt, der medizinische Nutzen und die Kosten werden nach standardisierten Verfahren ermittelt. Es wird

eine Kosten-Nutzen-Analyse vorgenommen. Das Ergebnis hat dann Einfluss auf die Preisgestaltung sowie die Erstattung der Kosten für das Medikament. Es ist davon auszugehen, dass Arzneimittel mit geringem Zusatznutzen, aber hohen Zusatzkosten in Zukunft entweder preisgünstiger in den deutschen Markt eindringen oder teilweise nicht erstattet werden.

Es handelt sich auf jeden Fall um eine sinnvolle Weiterentwicklung, weil so Platz für echte Innovationen geschaffen wird. Die Regelung geht zulasten von Scheininnovationen, die aufgrund beschränkter Ressourcen den echten Innovationen derzeit den Marktzugang verstopfen.

**Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU):** Ich habe drei Fragen und bitte um zügige Beantwortung. Herr Professor Meyer, sehen Sie sich in der Lage, noch einmal zur Frage der Sicherheit oder der Nichtsicherheit im Versandhandel Stellung zu nehmen?

Die nächste Frage richtet sich an Herrn Brauner. Nach §§ 140 a und b SGB V erhalten die Krankenkassen die Möglichkeit, zur Durchführung von Versorgungsprogrammen Unternehmen des privaten Rechts zu beauftragen oder unselbstständige Eigenbetriebe zu gründen. Diese Eigenbetriebe oder die vertraglich beauftragten Dritten können außerhalb der Arzneimittelpreisverordnung Medikamente für eingeschriebene Versicherte kaufen. Wir beurteilen Sie diese Möglichkeit und sind die Krankenkassen Ihrer Meinung nach in der Lage, die durch das Gesetz eröffnete Vielfalt der Vertragsbeziehungen zu managen? Sind die vielfältigen Instrumente aufeinander abgestimmt? Wie vertragen sich zum Beispiel freie Preisverhandlungen mit Zwangsrabatten oder wie ist das Verhältnis zwischen Festbeträgen und freien Preisverhandlungen?

Ich habe noch eine Frage an Frau Dr. Dietrich von der KBV: Der neue § 84 Abs. 3 Satz 1 SGB V enthält Ausgleichsregelungen für den Fall der Überschreitung der Arzneimittelvereinbarungen. Wie sehen Sie diese Regelungen?

**SV Prof. Hilko Meyer (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.):** Ich muss mich schon sehr darüber wundern, wie hier die Sicherheitsprobleme in Verbindung mit dem

Versandhandel von Arzneimitteln kleingeredet worden sind. Ich möchte daher einen Punkt ansprechen, der hier überhaupt noch nicht Thema war und offensichtlich ganz bewusst in den Hintergrund geschoben wird. Ich spreche von dem Import der in Deutschland nicht zugelassenen Arzneimittel. Das GMG sieht vor, das bisherige Importverbot von Arzneimitteln für Endverbraucher in Deutschland aufzuheben. Faktisch würde Deutschland damit auf die Kontrolle der Arzneimittelzulassung beim grenzüberschreitenden Verkehr verzichten. Schon heute ist es so, dass Einzelsendungen an den Verbraucher weder vom Zoll noch von den Überwachungsbehörden daraufhin untersucht werden, ob sich darin verkehrsfähige Arzneimittel befinden.

Entgegen dem von Herrn von Stackelberg vortragenen Argument ist es gerade nicht so, dass in Europa die Zulassung von Arzneimitteln vereinheitlicht wird. Vereinheitlicht sind die Zulassungsbedingungen, aber es ist den deutschen Großhändlern und Apothekern bei Strafe verboten, beispielsweise ein französisches Arzneimittel mit französischer Zulassung zu vertreiben, und zwar unter anderem deswegen, weil dort die deutsche Gefährdungshaftung nicht gilt und dem Produkt kein deutscher Beipackzettel beiliegt.

Was Sie mit diesem Gesetz zulassen wollen, bedeutet, dass der deutsche Verbraucher im Unterschied zum deutschen Apotheker und Großhändler ein solches, in Deutschland nicht zugelassenes und nicht der Gefährdungshaftung unterliegendes Arzneimittel einführen können soll. Das halte ich für eine erhebliche Einschränkung der Arzneimittelsicherheit.

Andersherum ausgedrückt: Wenn es denn so wäre, dass alle Arzneimittel in Europa gleich sind, wieso gibt es dann dieses Verkehrsverbot, wieso gibt es hohe Strafen dafür, wenn diese Produkte auf gewerblichem Wege importiert werden? Da stellt sich die Welt doch auf den Kopf.

Entgegen der amtlichen Begründung ist es im Übrigen gemeinschaftsrechtlich ausgeschlossen, die Anforderungen des innereuropäischen Versandhandels mit Arzneimitteln an den in Deutschland geltenden Anforderungen auszurichten.

Sowohl die Überwachung des Arzneimittelverkehrs als auch die Anforderungen an das

Apothekenwesen unterliegen dem Subsidiaritätsprinzip. Von den anderen Ländern wird das auch sehr ernst genommen. Man wird Ihnen etwas husten, wenn Sie im GMG festschreiben, dass dies an den deutschen Anforderungen auszurichten ist. Mit anderen Worten: Das Vorhaben, Qualitätsanforderungen in das deutsche Gesetz zu schreiben und dann davon auszugehen, dass das läuft, ist zum Scheitern verurteilt.

Am runden Tisch gab es die einvernehmliche Auffassung - diese teilte auch die Bundesregierung -, dass der Versandhandel erst dann eingeführt wird, wenn einheitliche Regelungen europaweit sichergestellt sind. Davon kann hier keine Rede sein. Hier schreibt man fromme Wünsche ins Gesetz, obwohl die Durchsetzung überhaupt nicht in der Kompetenz des deutschen Gesetzgebers steht. Auch die Konstruktion, die oft als Rechtfertigung ins Feld geführt wird, die gesetzliche Krankenversicherung werde schon dafür sorgen, dass nur in Deutschland zugelassene Arzneimittel erstattet werden, ist - Herr von Stackelberg hat schon darauf hingewiesen - völlig unglaubwürdig; man betrachte sich nur die offen rechtswidrige Praxis einiger Krankenkassen im Hinblick auf den heute noch illegalen Arzneimittelversand nach Deutschland.

Außerdem dürfen wir nicht vergessen, dass im Gesetzentwurf beabsichtigt ist, in vorauseilendem Gehorsam - über die bisherige Rechtsprechung des EuGH hinaus - nicht nur für den ambulanten ärztlichen Bereich, sondern auch für die ambulante Arzneimittelversorgung generell das Erstattungssystem einzuführen. Von Kontrolle kann keine Rede sein. Die Kassen müssen das, was der Patient im Ausland gekauft hat, hinterher bezahlen. Insofern werden große Teile dessen, was sich jetzt noch zur Kontrolle des Arzneimittelverkehrs im Gesetz findet, durchlöchert.

Mehrfach ist das Argument gekommen: Wenn die etablierten Vertriebswege besser sind, warum habt ihr dann solche Angst? - Wenn sich der Wettbewerb nur auf die Bequemlichkeit des Patienten oder auf den Preis bezöge, wäre das in der Tat kein Problem. Aber der Gesetzentwurf enthält eine massive Privilegierung des Versandhandels, nicht nur in preisrechtlicher Hinsicht, sondern beispielsweise auch im Hinblick auf die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung. So steht zur Frage, an wen ein Arzneimittel ausgehändigt werden dürfe,

wörtlich drin, dass dies in der - Zitat - „freien Entscheidung des Logistikunternehmens“ liegen könne. Das versteht man offensichtlich unter Qualitätsmanagement!

Weitere Beispiele der Privilegierung: In den AGB kann vereinbart werden - das ist nachträglich eingeführt worden; ich kann mir vorstellen, dass Herr Kerckhoff zufrieden ist -, dass die Frist, innerhalb der das Arzneimittel zugestellt wird, in der freien Entscheidung der Versandapotheken liegt. Darüber hinaus sollen die Werbeverbote für verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versandapotheken aufgehoben werden, soweit sich dies auf Preislisten und Bestellkataloge bezieht. In der Apotheke ist es bis zum heutigen Tage strengstens verboten, apothekenpflichtige Arzneimittel in die Sichtwahl hinter die Theke des Apothekers zu stellen. In der Apotheke darf man das nicht einmal vorzeigen, während im Internet künftig sogar entsprechende Bestelllisten eingestellt werden dürfen. Schließlich gibt es über Ärzte- und Patientenboni eine ganze Reihe von Steuerungsmechanismen.

Alles in allem kann nicht von den immer wieder zitierten „gleichlangen Spießen“ die Rede sein. Der Patient wird vielmehr - es ist mehrfach gesagt worden - in Richtung des Arzneimittelversands gedrängt. Die Qualitätskontrolle unterliegt dann nicht mehr dem deutschen Arzneimittelrecht. Deutschland gibt das Subsidiaritätsprinzip ohne Not auf. Der niedrigste Standard wird künftig den Maßstab dafür setzen, wie die Arzneimittelversorgung gegenüber dem Patienten stattfindet.

**SV Thomas Brauner:** Herr Dr. Faust, Sie haben nach der Bewertung der Regelungen in den §§ 140 a und 140 b gefragt. Die Kassen können Dritte beauftragen oder unselbstständige Eigenbetriebe begründen, um integrierte Versorgungsprogramme durchzuführen. Ergänzen muss man diese Regelung letztendlich durch die Einkaufsmöglichkeiten der Kassen gemäß §§ 129, 129 a und 130 b, die das Handling dafür bieten, wie die Beteiligten im integrierten Versorgungsprogramm ärztlich und medikamentös versorgt werden.

Lassen Sie mich einen Punkt vorwegschicken, weil er Patienten- und Therapiebezug hat: Der Einkäufer, der für ein integriertes Versorgungsprogramm Medikamente einkaufen möchte, ist insofern in einer schwierigen Situ-

ation, als die Patienten einerseits einen sehr individuellen Therapiebedarf haben, andererseits aber ein gewisses Volumen bewegt werden muss. Das heißt, dem Bestreben, in großen Chargen einzukaufen, wird durch die Therapiebedarfe genauso eine Grenze gesetzt wie den individuellen Therapiebedarfen eine Grenze gesetzt wird durch die Volumina, die bewegt werden müssen. Für den Patienten ist es nicht hilfreich, wenn er durch solche Einkaufsmodelle eine Standardisierung erfährt.

Darüber hinaus sollen die Krankenkassen über Wirkstofflisten einkaufen, obwohl bekannt ist, dass gleiche Ausgangswirkstoffe bei entsprechenden Arzneimitteln sehr unterschiedliche Indikationen haben. Wenn man also in großem Umfang über Wirkstofflisten ausschreiben würde, wäre dies für den Patienten nicht gut, weil ein großflächiger Off-Label-Use provoziert würde, was wir in anderen Formen gerade verhindern wollen.

Natürlich müssen diejenigen, die sich als Einkäufer organisieren sollen, vielfältigste Verträge schließen. Es geht ja nicht nur um die Verträge im Bereich der Arzneimittelversorgung, sondern auch um die ganzen fachärztlichen Verträge, die geschlossen werden sollen. Ich denke, ich trete den Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen nicht zu nahe, wenn ich die Auffassung vertrete - von Herrn Schmeinck habe ich vorhin Ähnliches gehört -, dass es im Ergebnis zwei Möglichkeiten gibt: Entweder wird die Versorgung tatsächlich gefährdet, weil das Management nicht gewährleistet werden kann, oder es wird business as usual betrieben. Beim Einkauf von Arzneimitteln müssen sich - wer immer sich als Einkäufer firmiert, ob die Kasse selbst, ob ein beauftragter Dritter - auch die Krankenversicherer selbst an bestimmte Spielregeln halten. Diese werden durch die Verdingungsordnung für Leistungen bzw. durch die europäische Vergaberichtlinie vorgegeben. Konkret: Ab einem Einkaufsvolumen von 200 000 Euro muss das, was eingekauft werden soll, europaweit bekannt gemacht werden. Das könnte zu Problemen führen, weil dahinter eine gewisse Logistik stehen muss, die höchstens langfristig erarbeitet werden kann.

Was die Hersteller betrifft, so sehe ich keinen grundsätzlichen Dissens in der Frage, ob perspektivisch nicht auch Krankenversicherer in der Lage sein sollten, Leistungen einzukaufen.

Allerdings müssen auch hier bestimmte Spielregeln gelten.

Erstens muss sichergestellt sein, dass der Einkäufer keine marktbeherrschende Stellung hat. Das ist bei einigen Kassen nicht zu gewährleisten. Ich vermute, dass kartellrechtliche Prüfungen hier negativ ausgehen würden.

Zweitens muss für alle Beteiligten - nicht nur für Hersteller von Medikamenten und medizinischen Produkten - klar sein, dass das Unternehmens-, das Wettbewerbs- und damit das Kartellrecht gelten. Der Schutz von Körperschaften des öffentlichen Rechtes kann hier nicht erhalten; er wird auch nicht tragen.

Drittens kann die Rechtswegzuweisung, wie sie bislang mit dem SGB V vorgenommen wird - in Streitfällen hat man sich vor dem Sozialgericht getroffen; eine Tatsache, die schon heute kaum tragbar ist -, in einem solchen Markt keinen Bestand haben. Wenn Unternehmens-, Wettbewerbs- und Kartellrecht gelten, dann hat in Streitfällen die Sozialgerichtsbarkeit keine Geltung mehr.

Letzter Punkt: Für Preisverhandlungen - diese sind ja offensichtlich angestrebt - kann es nach meiner Einschätzung keine Vorgaben geben. Das, was unter dem jetzigen § 130 a Abs. 8 firmiert - unterhalb von festgelegten Rabatten dürfen die Kassen Nachlässe aushandeln -, hat mit einer Preisverhandlung im eigentlichen Sinne nichts zu tun. Preisverhandlungen kann es nur zwischen zwei Beteiligten geben, bei denen der eine etwas kaufen will und der andere frei ist, seinen Preis zu setzen. Wenn man in diese Richtung gehen wollte, müssten alle regulierenden Elemente des SGB V, die in dieser Richtung gebastelt wurden - Festbetragsregelung, Rabatte nach § 130 a -, entfallen. Erst dann hätten wir eine normale Basis für Preisverhandlungen zwischen einem Einkäufer und einem Verkäufer. Auf einer solchen Basis könnte man sich begegnen und dann Vertragsabschlüsse ermöglichen. Für die Hersteller bedeutet dies - darüber muss sich der Gesetzgeber zumindest Gedanken machen -: Es müssen Wege gefunden werden, wie sich mittelständische Unternehmer vernetzen dürfen, um Angebote abzugeben, ohne dass sie durch das Kartellrecht gleich exekutiert werden.

Es ist also ein langer Weg. Meine Einschätzung ist: Die gewünschte Regelung, die hier

durchscheint, nämlich dass sich die Hersteller von Arzneimitteln und die Krankenkassen tatsächlich als Marktbeteiligte begegnen, ist ein mittelfristiges Experiment, kann also nicht kurzfristig umgesetzt werden. Abzulehnen ist sie deswegen jedoch nicht.

**SVe Dr. Eva Susanne Dietrich** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Die Regelung in § 84 Abs. 3 ist gleichbedeutend mit einer Kollektivhaftung. Wirtschaftlich verordnende Ärzte werden hierdurch belastet. Die Regelung führt nicht dazu, dass Druck zielgerecht an die nicht wirtschaftlich verordnenden Ärzte weitergegeben wird. Sie hat vielmehr absurde Konsequenzen. Wie Sie wissen, werden die Daten, die für die Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderlich sind, von den Krankenkassen erst sehr spät geliefert. Außerdem sind die Prüfungen sehr aufwendig. Das bedeutet, dass die Prüfungen oft mit großer Zeitverzögerung durchgeführt werden. Je länger sich jedoch das Prüfverfahren hinzieht, desto größer ist auch die Gefahr, dass Ärzte von dieser Kollektivhaftung betroffen sind, die zum Prüfzeitraum noch überhaupt keine Zulassung besaßen.

Außerdem besteht kein inhaltlicher Zusammenhang zwischen der Menge der verordneten Arzneimittel und der Menge der erbrachten medizinischen Leistungen. Ein finanzieller Ausgleich zwischen diesen beiden Sektoren ist schon von daher nicht sinnvoll. Wenn überhaupt, besteht ein Zusammenhang zwischen dem Arzneimittelverbrauch und der Häufigkeit der Hospitalisierungen bzw. der Dauer von Krankenhausaufenthalten. Eine solche Kosten-Nutzen-Bewertung würde allerdings eine Aufbrechung der Sektorengrenzen voraussetzen.

Unabhängig davon kann man einen massiven Einfluss auf das Ordnungsverhalten erwarten, und zwar sowohl bei den unwirtschaftlich verordnenden Ärzten als auch bei den wirtschaftlich verordnenden Ärzten. Das kann nicht gewollt sein. Es ist zu befürchten, dass dadurch Verlagerungen in andere Sektoren sowie eine Rationierung stattfinden. Einer Unterversorgung wird dadurch weiter Tür und Tor geöffnet. Hinzu kommt: Der Arzt hat keine Transparenz über die verfügbaren Arzneimittel und deren Kosten. Das ist besonders im Bereich der Generika relevant. Dafür ist in den Arztpraxen eine Software im Einsatz, die von der Industrie gesponsert worden ist. Diese Software zeichnet sich dadurch aus, dass sie in

dieser Richtung „biased“ ist. Das bezieht sich nicht nur auf die preiswerten Produkte, die momentan erhältlich sind, sondern auch auf diejenigen, bei denen der Arzt schon sehr viel zuzahlt, bei denen er also investiert. Auch diese Produkte sind noch „biased“. Der Arzt hat also in Bezug auf die Generika nicht den Überblick, den der Apotheker hat.

Einen anderen Problembereich stellen die Analogpräparate dar. Es sind auf keinen Fall alle Analogpräparate negativ zu werten; es gibt gute und schlechte. Viele Analogpräparate weisen für bestimmte Patientengruppen durchaus einen Nutzen auf; sie dürften von daher in den Zielvereinbarungen eigentlich gar nicht auftauchen. Ferner stellt sich folgendes große Problem in Hinblick auf diese Zielvereinbarungen: Dieses Segment wird weiter wachsen; denn es kommen immer neue Analogpräparate auf den Markt. Andererseits verschwinden nur sehr wenige vom Markt. Von daher ist es schon allein aus mathematischen Gründen klar, dass wir hier immer einen Zuwachs haben werden.

**Abg. Gerald Weiß** (Groß-Gerau) (CDU/CSU): Herr Dr. Brauer, auch wenn Sie zu dem Gegenstand meiner Frage vorhin schon einige Ausführungen gemacht haben, möchte ich Sie fragen: Wie bewerten Sie die Tatsache, dass der Versandhandel und die Apotheken, die mit der Kasse einen Einzelvertrag geschlossen haben, von der Preisbindung befreit sind? Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus nach Ihrer Ansicht für die flächendeckende, zeit- und ortsnahe Versorgung mit Arzneimitteln und letztlich für die Dienstleistungsqualität?

**SV Dr. Klaus G. Brauer:** Ich will das gern noch vertiefen. In der Tat ist das der Kernpunkt der Kritik, die man an den betreffenden Regelungen üben muss: die Ungleichbehandlung zwischen den verschiedenen Apothekenformen. Das geht sehr weit und betrifft nicht allein den Preis. Versandapotheken dürfen wie Apotheken, die Patienten in besonderen Versorgungsformen bedienen, Preisverhandlungen und auch Sortimentsverhandlungen führen. Sie können ihr Angebot auf lukrative Teile des Sortiments beschränken. Es kommen noch weitere Punkte hinzu, die bei mir Kopfschütteln hervorgerufen haben: Es gibt in dem Gesetz über das Apothekenwesen eine klare Re-

gelung, wonach keine Rezepte zugeleitet werden und keine Absprachen zwischen Ärzten und Apothekern beispielsweise getroffen werden dürfen. Von all diesen Beschränkungen sind die Versandapotheken ausdrücklich ausgenommen. Das heißt, Krankenkassen können Versandapotheken und Apotheken, mit denen Verträge im Rahmen der besonderen Versorgungsformen bestehen, Patienten zuweisen. Sie sind an das Abspracheverbot nicht gebunden. Professor Meyer hat ja schon darauf hingewiesen, dass diese Ungleichbehandlungen im Wettbewerb es den vorhandenen Apotheken sehr schwer machen, ihr Überleben zu sichern. Für die vorhandenen Apotheken gelten die deutschen Qualitätsstandards ohne Abstriche; sie müssen sich an die gesetzlichen Bestimmungen halten.

Herrn Dr. Kerckhoff möchte ich sagen: Nicht überall herrschen Verhältnisse wie in der Schweiz. Übrigens möchte ich noch erwähnen, dass in die Schweiz Medikamente per Versand nicht eingeführt werden dürfen und dass nur Schweizer Apotheken Versandhandel betreiben dürfen. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied. Denn durch diese Bestimmungen behält die Schweiz den Einfluss auf die Bedingungen des Versandes. Dagegen wären wir in Deutschland nicht nur bereit, diesen Einfluss aufzugeben, sondern auch, den Versandapotheken, auch denen aus dem Ausland, eine privilegierte Stellung einzuräumen. Das halte ich für den absolut falschen Weg.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage bezieht sich auf die Marktanteile. Ich möchte den Vertreter des Bundeskartellamts unter Berücksichtigung der Antwort des Sachverständigen Dr. Brauer fragen. Nach dem GMG sind für die Arzneimittelversorgung, für die ambulante Versorgung und für Hilfsmittel einzelvertragliche Regelungen vorgesehen. Wenn ich richtig informiert bin, ist dann von einer marktbeherrschenden Position auszugehen, wenn ein Unternehmen oder eine Einrichtung einen Marktanteil von mehr als 30 Prozent hat. Wie wir wissen, gibt es Kassen und Kassenarten, die, auch auf Länderebene, einen weitaus größeren Marktanteil haben. Vor diesem Hintergrund frage ich, ob es unter wettbewerbsrechtlichen Aspekten überhaupt möglich ist, wenn beispielsweise eine AOK auf Landesebene mit einem einzelnen Arzt, einem einzelnen Krankenhaus oder einer einzelnen Apotheke einen Vertrag abschließt. Wie

beurteilen Sie unter wettbewerbsrechtlichen und kartellrechtlichen Gesichtspunkten den Abschluss von Einzelverträgen der Krankenkassen mit Pharmaunternehmen über Rabatte und den Einkauf und Ausschreibungen anhand von Wirkstofflisten? Wie sähe das Ganze bei der marktbeherrschenden Stellung eines einzelnen Pharmaunternehmens aus?

**SV Franz Heistermann** (Bundeskartellamt): Frau Abgeordnete, Sie haben Recht: In dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen ist definiert, dass bei Unternehmen, die einen Marktanteil von mehr als einem Drittel haben, die Vermutung angezeigt ist, dass sie als marktbeherrschend gelten. Das ist zunächst einmal nur eine Vermutungsregelung. Das wird nicht für alle Fälle gelten. In der Praxis hat sich sogar herausgestellt, dass die betreffenden Fälle in der Minderheit sind. Darüber hinaus ist mit dieser gesetzlichen Definition nicht verbunden, dass marktbeherrschende Unternehmen bei ihrem Verhalten im Wettbewerb in irgendeiner Weise in Bezug auf das Abschließen von Verträgen behindert werden sollen. Nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen unterliegen sie nur einer besonderen Aufsicht, einer Missbrauchsaufsicht. Das heißt, sie dürfen mit anderen Unternehmen keine diskriminierenden Verträge abschließen; sie dürfen nicht ohne eine sachliche Rechtfertigung bestimmte Unternehmen von Vertragsverhandlungen ausschließen. Ich gehe davon aus, dass für die hier betroffenen Krankenkassen ohnehin das Vergaberecht gelten wird. Das bedeutet eine erhöhte Anforderung bei der Vergabe von Aufträgen, sodass die Tatbestände für die Missbrauchsaufsicht durch die entsprechenden Vergabebedingungen konkretisiert werden.

Es ist also grundsätzlich möglich, dass auch marktbeherrschende Unternehmen Einzelverträge mit pharmazeutischen Unternehmen abschließen.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Ich komme noch einmal auf den Themenkomplex „Erstattungsausschluss für rezeptfreie Arzneimittel“ zurück. Dazu haben wir im Rahmen dieser Anhörung ja schon sehr viel gehört. Deswegen möchte ich die Vertreter des BKK-Bundesverbandes, der VdAK, des BAH und des BPI nach ihrer Einschätzung fragen: Wie bewerten Sie die Substitution durch rezept-

pflichtige Arzneimittel? Vielleicht können Sie auch eine Einschätzung hinsichtlich der Größenordnung abgeben. Gehen Sie bitte auch auf den Vorschlag des Vertreters des WIdO ein, der vorhin davon sprach, dass man durch Richtlinien Substitutionen verhindern könne. Abschließend könnten Sie dann auch noch damit befassen, was dieser Erstattungsabschluss für mittelständische Arzneimittelhersteller bedeuten würde.

**SV Wolfgang Schmeinck** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Es wird ja allgemein behauptet, dass aufgrund dieser Regelung 50 Prozent der rezeptfreien Arzneimittel herausfallen würden. Meiner Ansicht nach ist diese Einschätzung zu hoch. Das hat auch Konsequenzen hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen, denn ein guter Teil der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel wird ja Kindern und Jugendlichen verordnet und für jene gilt ja nun eine Ausnahmeregelung. Ich würde also vermuten, ohne dass ich Ihnen eine konkrete Zahl anbieten kann: Es sind vielleicht nur 40 oder gar 35 Prozent eines Marktes, der einen Gesamtumfang von 2,5 Milliarden Euro hat.

Es ist eben schon ausgeführt worden: Es wird Substitutionen geben - dafür sprechen alle Erfahrungen. Aber es wird keine Substitution eins zu eins sein. Als Einsparpotenzial bliebe demnach ein bestimmter Prozentsatz jener 2,5 Milliarden Euro. Ich sehe mich außerstande, dieses ex ante zu bewerten, vor allem deshalb nicht, weil noch nicht abzusehen ist, wie die im Gesetzentwurf vorgesehenen Richtlinien des Bundesausschusses greifen werden. Mit diesen Richtlinien - auch das ist vorhin gesagt worden - soll verhindert werden, dass Lücken bei der Therapie entstehen. Nach unserer Auffassung soll mit diesen Richtlinien ferner verhindert werden - das war, glaube ich, das von dem WIdO-Vertreter angeführte Beispiel -, dass Anreize für unwirtschaftliche Substitutionen gegeben werden. Wenn beides gelingt, ist das Einsparvolumen an den 2,5 Milliarden entsprechend hoch. Die eben genannte Schätzung, 1 Milliarde, scheint mir sehr plausibel zu sein.

**SV Herbert Rebscher** (VdAK/AEV): Auch wir stimmen dieser Regelung zu. Immer, wenn Substitutionsmöglichkeiten gegeben sind, sollten wir nicht versuchen, die Frage nach der

Wirkung theoretisch zu beantworten; vielmehr müssten wir sehen, wie die Anreize auf die Betroffenen wirken. Das wissen wir bei dieser Frage nicht nur deswegen nicht, weil wir nicht die Zahlen der tatsächlichen Inanspruchnahme kennen, sondern auch deswegen nicht, weil wir diesen Effekt in dem Geflecht sämtlicher Wirkungszusammenhänge, die wir heute Morgen diskutiert haben, nicht isolieren können. Von daher ist die Zahl, die Herr Schmeinck genannt hat, 1 Milliarde, eine von uns allen gemeinsam als optimistisch angesehene, aber vielleicht doch eine halbwegs empirisch belegbare oder wenigstens plausibel erläuterbare. Mit ihr soll aber nicht die Prognose verbunden sein, dass dies auch so eintreten muss.

Wir reden ja über diese Instrumentarien insbesondere wegen ihrer finanziellen Wirkung. Wenn wir also eine Politik unterstützen wollen, die wirksamkeitsbasierte Medizin für einen definiert notwendigen Bedarf bereitstellt, müssen wir auch das Kriterium der Verschreibungspflichtigkeit berücksichtigen und sagen: Alles, was nicht darunter fällt, was also frei verfügbar ist, kann dann auch eher von den Patienten in eigener Verantwortung übernommen werden. Etwas anderes stellen die Milliardenbeträge dar, über die wir uns an anderer Stelle noch unterhalten werden und bei denen es wahrscheinlich um sehr wirksame Medizin und einen notwendigen Bedarf geht.

Diese Überlegungen führen zu unserer gemeinsamen Haltung, dieser Regelung zuzustimmen. Wir können aber jetzt noch nicht prognostisch in die Glaskugel schauen und Ihnen sagen, mit welchem Euro-Betrag wir rechnen können.

**SV Dr. Mark Seidscheck** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller): Nach IMS-Berechnungen lag der Durchschnittspreis für rezeptpflichtige Arzneimittel im Jahr 2002 bei rund 35 Euro, der für verordnete rezeptfreie Arzneimittel bei 10,5 Euro. Würden nur 80 Prozent der im Jahre 2002 verordneten 280 Millionen rezeptfreien Arzneimittel durch rezeptpflichtige substituiert, gäbe es, zumindest theoretisch, Mehrbelastungen für die GKV von jährlich bis zu 5,5 Milliarden Euro; bei einer Substitution von 50 Prozent wären das immer noch 3,47 Milliarden Euro.

Die Frage hinsichtlich der Belastung für die mittelständischen Arzneimittelhersteller ist

zumindest in dem Bereich der besonderen Therapien und der pflanzlichen Arzneimittel eindeutig zu beantworten. Da gerade die pflanzlichen Arzneimittel fast ausschließlich rezeptfrei sind und fast ausschließlich von mittelständischen Unternehmen produziert werden, ist abzusehen, dass diese Unternehmen einen so hohen Umsatzausfall zu verzeichnen haben werden, dass auch langfristig mit einer Kompensation durch Selbstkäufe kaum zu rechnen sein wird.

**SV Manfred Kreisch** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.): Ich möchte auf einen Fakt, der offensichtlich nicht so bekannt ist, hinweisen. Man könnte das Ganze auch mit der Überschrift versehen: Förderprogramm zur Stärkung der Strukturkomponente. Es wird offensichtlich übersehen, dass hier die Behandlung von Indikationen angesprochen wird. Ich bin darüber etwas irritiert, dass offensichtlich demnächst bei der Behandlung von Demenz, Depressionen, von Rheumaerkrankungen, von Prostataerkrankungen, von Lebererkrankungen, zum Teil auch von Krebskrankungen die Selbstmedikation gelten soll, und zwar in den Fällen, in denen diese Krankheiten bislang in ausreichendem Maße mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln behandelt wurden. Es ist mir noch nicht klar, welchen Sinn das haben soll. Die Berechnungen, die Herr Seidscheck eben angestellt hat, können wir bestätigen.

Es wird eindeutig zu Substitutionsprozessen führen müssen, ohne dass dem Arzt ein Vorwurf gemacht werden kann; denn eine Demenz *muss* behandelt werden, eine onkologische Erkrankung *muss* behandelt werden, eine Depression *muss* behandelt werden. Das hat dann eben mit Arzneimitteln zu geschehen, die sehr viel teurer sind, im Schnitt dreimal so teuer wie die Arzneimittel, die vorher dafür eingesetzt wurden. Aus Sicht der Mittelständler, die davon in erster Linie betroffen sind, ist das eine deutliche Ungleichbehandlung bei gleicher Indikation.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an Herrn Heistermann vom Bundeskartellamt. Herr Heistermann, könnten Sie uns zunächst Auskunft darüber geben, ob Ihre Aussagegenehmigung für die heutige Anhörung beschränkt wurde? Könnten Sie bitte - Sie haben vorhin ausgeführt, dass

die Kassen ihre Verträge dann über Ausschreibungen vorbereiten würden - eine Aussage dazu machen, wer dann die einzelnen Krankenkassen dahin gehend kontrolliert, wie die Ausschreibung durchgeführt wird? Ansonsten kontrolliert sich ja die Kasse bei der Ausschreibung im Vertrag oder vor dem Vertrag selbst.

Könnten Sie bitte eine Aussage dazu machen, wie Sie eine Krankenkasse einschätzen, die einen Marktanteil von 50 Prozent hat? Würden Sie das als eine marktbeherrschende Stellung ansehen oder nicht?

Vielleicht könnten Sie uns auch einmal sagen, wie Sie es einschätzen, wenn zum Beispiel eine AOK wie die im Land Baden-Württemberg mit einem Marktanteil von 47 Prozent nach den Regelungen des Gesetzes zum Beispiel mit einer Ersatzkasse oder mit einer großen Betriebskrankenkasse fusionieren würde und dann auf einen Marktanteil von weit über 50 Prozent käme. Wie würden Sie dann die Stellung und die Konsequenzen für den Wettbewerb einschätzen?

**SV Franz Heistermann** (Bundeskartellamt): Die Fragen waren sehr komplex. Ich weiß nicht, ob ich es sehr kurz machen kann. Zunächst einmal zur Aussagegenehmigung: Ich habe gestern Nachmittag erfahren, dass ich hierher gesandt werden würde. Insofern gibt es gar keine Einschränkung im Hinblick auf meine Aussagen, die ich hier machen kann.

Zu den Ausschreibungen der Kassen: Grundsätzlich ist das Vergaberecht, das hier im Zweifelsfall anzuwenden wäre, ein Recht, das für die Vertragspartner der Kassen einen relativ großen Rechtsschutz bietet. Wir haben allerdings erhebliche Bedenken dagegen, dass im Rahmen dieses Entwurfs der Rechtsschutz für die Betroffenen stark eingeschränkt werden soll, das heißt, dass bestimmte Rechtsschutzmittel nicht möglich sein bzw. an die Sozialgerichte delegiert werden sollen und dadurch faktisch ein kurzfristiger Rechtsschutz gar nicht möglich zu sein scheint.

Wir wissen auch nicht, ob diese Einschränkung des Vergaberechts letztlich überhaupt mit dem EU-Recht vereinbar ist. Ich glaube, hier werden Probleme eröffnet, die man vermeiden könnte, wenn man das Vergaberecht insgesamt für anwendbar erklären würde.

Das gleiche Problem ergibt sich auch im Kartellrecht. Wir müssen hier unterscheiden, ob nationales Kartellrecht oder ob EU-Kartellrecht zur Anwendung kommt. Wie Sie vielleicht wissen werden, ist die Übernahme des Wettbewerbsrechts vor allen Dingen durch die Regelungen des § 69 SGB V in das nationale Recht nahezu ausgeschlossen. Jetzt ist ja in dem Entwurf vorgesehen, dass zumindest die Missbrauchsregelungen der §§ 19 und 20 GWB übernommen werden sollen. Das bedeutet aber, dass alle anderen Vorschriften nicht übernommen werden könnten. Dies ist zum Beispiel für Ihre Frage von Bedeutung, was passieren würde, wenn zum Beispiel die AOK mit bestimmten Ersatzkassen fusionieren würde. Hier würde die nationale Fusionskontrolle nicht eingreifen, auch dann nicht, wenn extrem hohe Marktanteile erreicht würden.

Wir halten das nicht für sachgerecht. Wir haben uns auch dazu geäußert. Wir sind der Auffassung, dass hier ein grundsätzlicher Widerspruch besteht, wenn man einerseits Unternehmen in den Wettbewerb entlassen will, andererseits aber ungleiche Machtverteilungen hat, nämlich schon von der objektiven Stärke der Kassen her, zum Beispiel im Hinblick auf die Leistungserbringer - seien es nun Ärzte oder auch mittelständische Pharmaunternehmen -, indem diese letztlich nicht die gleichen Schutzrechte genießen wie normale Wettbewerber, für die das GWB gilt. Das ist ein allgemeines Problem, auf das wir bereits im Vorverfahren hingewiesen haben.

Im konkreten Fall würde bei einem Unternehmen, das voraussichtlich einen Marktanteil von 50 Prozent hätte, sicherlich die Vermutung der Marktbeherrschung erfüllt sein. Aber, wie gesagt, dort ist kein Automatismus gegeben. Soweit ich die Branche kenne, dürfte hier jedoch eine marktbeherrschende Stellung gegeben sein. Das heißt, dass solche Unternehmen der Missbrauchsaufsicht unterliegen würden.

Abg. **Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine Frage knüpft an die meines Kollegen Schmidbauer an. Er hat die Frage an die ABDA gerichtet; ich richte sie an Herrn Brauner. Wie bewerten die Apotheker die Liberalisierung der Arzneimittelpreisverordnung im GMG und wie beurteilen die Apotheker das Nebeneinander von Arzneimittelpreisverordnung und Einzelverträgen bei besonderen Vertragsformen?

SV **Thomas Brauner**: Ich bin kein Apotheker; das muss ich vorwegschicken. Aber ich habe dazu trotzdem eine Bewertung. Ich kann in dem Gesetzentwurf eigentlich keine Arzneimittelpreisverordnung mehr erkennen. Wenn Sie sich einmal die Ausnahmeregularien vor Augen halten - also die geplante Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel auch aus der Arzneimittelpreisverordnung, geplante Verhandlungen mit Apotheken im Versandgeschäft, geplante Verhandlungen mit Krankenhausapotheken, nach § 129 a Fortbestehen der Zwangsrabatte, entsprechende Sonderverhandlungsmöglichkeiten, Ausschreibung von Wirkstofflisten -, dann stellen Sie fest, das sind ja alles Dinge, die außerhalb der Arzneimittelpreisverordnung laufen. Jeder Apotheker müsste sich im Prinzip darum bemühen, dass auch der Rest nicht von der Arzneimittelpreisverordnung behelligt wird; denn sonst hat er schlechte Wettbewerbschancen. Die gesamte Offizin, die dann als Verhandlungspartner in solchen freien Verhandlungen zusagen noch rudimentär übrig bliebe, hätte in der Tat durch die Preisbildung auf der Basis der Arzneimittelpreisverordnung Wettbewerbsnachteile.

Ich weiß nicht, ob das so gemeint und so gewollt sein kann, weil Sie davon ausgehen können, dass sich bei dieser Form der Arzneimittelpreisverordnung, wenn sie mit diesen ganzen Ausnahmetatbeständen so rudimentär durchgesetzt werden würde, ein Großteil der heutigen Offizinapotheker überhaupt nicht mehr am Markt bewegen könnte.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, wir sind am Ende dieser Runde. Wir haben ja vereinbart, dass wir die Sitzung um 13.00 Uhr fortsetzen.

(Unterbrechung der Sitzung von 12.40 bis 13.01 Uhr)

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren! Unsere Sitzung ist wieder eröffnet. Wir kommen jetzt zum fünften Anhörungskomplex: Neuordnung der Finanzierung, Neugestaltung der Zuzahlungen sowie der Befreiungsregeln, beitrags- und versichertenrechtliche Veränderungen.

Wir beginnen mit den Fragen der SPD-Fraktion.

Abg. **Helga Kühn-Mengel** (SPD): Die erste Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen, an den Deutschen Gewerkschaftsbund, an Herrn Professor Lauterbach und an Herrn Dr. Geldmacher. Der heute zu beratende Gesetzentwurf sieht ja einen Wechsel in der Finanzierung der versicherungsfremden Leistungen vor. Hinter dieser Regelung steht die Überzeugung, dass diese Leistungen steuerfinanziert werden müssen und nicht durch die Solidargemeinschaft der GKV. Daher ist der mittelfristige Übergang in eine Steuerfinanzierung vorgesehen. Meine Frage ist nun: Wie bewerten Sie diesen Sachverhalt?

SV **Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Der Einstieg, versicherungsfremde Leistungen aus der Finanzierung durch die GKV herauszunehmen und sie über die Steuer zu finanzieren, wird von den Spitzenverbänden insgesamt für dringend notwendig gehalten und als richtiger Schritt gesehen. Es macht ja keinen Sinn, allgemein darüber zu sprechen, dass wir auch durch die Höhe der Krankenversicherungsbeiträge eine erhebliche Belastung der Arbeitskosten haben, und dann aber gesamtgesellschaftliche Leistungen über Beitragsmittel zu finanzieren und damit sozusagen negative Effekte für die Beschäftigungssituation mit auszulösen.

Allerdings muss man sich noch einmal zwei Aspekte ins Gedächtnis rufen. Der eine Aspekt ist: Wenn man systematisch - wir unterstützen das - der Auffassung ist, dass gesamtgesellschaftliche Leistungen gesamtgesellschaftlich über Steuern zu finanzieren sind, dann muss man das auch konsequent durchhalten und dann kann man die Umsetzung dieser Grundkenntnis nicht davon abhängig machen, dass die dafür bereitzustellenden Steuermittel auch tatsächlich fließen.

Ich will deutlich darauf hinweisen, dass beispielsweise die Risiken, die hier in der Frage der Tabaksteuererhöhung gesehen werden, nicht dazu führen können, dass die Grundsatzentscheidung, die die Politik mit diesem Gesetzentwurf treffen will, dann in der Umsetzung letztlich von der Kassenlage abhängig gemacht werden soll. Das halten wir für inkonsistent und wir würden schon darauf drängen,

dass hier eine klare, verbindliche Vorgehensweise gefunden wird, sodass sich die Krankenversicherungsträger darauf verlassen können, dass diese Umfinanzierung verlässlich und klar steuerfinanziert stattfindet.

SV **Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Eine kurze Ergänzung. Im Wesentlichen kann ich das unterstreichen, was mein Vorredner gesagt hat. Wir sehen insofern einen Wermutstropfen in dieser Regelung, als die gesetzliche Krankenversicherung bisher stolz darauf war, sich unabhängig von öffentlichen Mitteln, von steuerfinanzierten Mitteln selber über Beitragsmittel - ausschließlich über Beitragsmittel - zu finanzieren. Dies ist insofern eine Änderung, als wir künftig am Tropf des „Steuerbeutels“ hängen und somit auch die Gefahr besteht, dass bei künftigen Konsolidierungsnotwendigkeiten auch dieser Bereich dem politischen Rotstift zum Opfer fällt.

Es wäre einfacher, sauberer und systematischer, dies durch ein Leistungsgesetz, das steuerfinanziert wird, und durch Auftragsleistungen, die dann von der Krankenversicherung durchgeführt werden, zu finanzieren.

**Vorsitzender Klaus Kirschner:** Denken Sie einmal darüber nach: Früher hieß es, Rauchen schade der Gesundheit; jetzt rauchen wir für die Gesundheit. Das ist doch auch etwas wert.

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich schließe mich meinen beiden Vorrednern an und möchte nur noch einmal das zuspitzen, was der Herr Vorsitzende eben angesprochen hat. Die Krankenkassen kommen insoweit in Verdrückung, einerseits Gesundheitsförderungsprogramme zu machen und Raucherentwöhnungskurse zu finanzieren, andererseits aber das Finanzierungsrisiko aus dem Tabaksteueraufkommen mitzutragen. Eigentlich müssten wir das Rauchen fördern.

(Heiterkeit)

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich möchte nur eine kurze Ergänzung machen. Wir unterstützen es natürlich sehr, dass versicherungsfremde Leistungen durch Steuern finanziert werden. Das ist eine langjährige Forde-

rung von uns. Wir haben uns aber auch immer sehr deutlich dafür ausgesprochen, dass diese Leistungen weiter finanziert und erbracht werden; das heißt, es geht hier nicht darum, Leistungen zu streichen. Auch wir würden es befürworten, wenn die Finanzierung sichergestellt würde und nicht von dem jeweiligen Aufkommen abhängig wäre.

**SV Dr. Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen ist eine langjährige Forderung. Wir begrüßen es, dass der Gesetzgeber endlich den Mut aufbringt, diese Maßnahme zu ergreifen; denn bei den so genannten versicherungsfremden Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um Leistungen ohne direkten Krankheitsbezug mit familienpolitischem Charakter. Insofern ist eine Steuerfinanzierung die systemadäquate Maßnahme.

Allerdings - darauf hat Frau Dr. Pfeiffer schon hingewiesen - ist noch einmal zu betonen, dass es hier nicht um eine Streichung, sondern nur um eine andere Finanzierung geht. Von diesen Leistungen sind insbesondere Frauen betroffen, weil es zum Beispiel überwiegend Leistungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Mutterschaft sind. Hier sollte der betroffenen Bevölkerungsgruppe die Angst genommen werden, dass es sich hierbei um eine Streichung von Leistungen aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung handeln könnte oder dass diese Streichung im Laufe Zeit drohen würde.

Meine Vorredner haben auch noch einmal darauf hingewiesen, man kann die versicherungsfremden Leistungen mit etwa 4 Milliarden Euro quantifizieren. Das Aufkommen aus der Erhöhung der Tabaksteuer wird in den nächsten drei Jahren 1 Milliarde Euro, 1,5 Milliarden Euro und 2 Milliarden Euro betragen. Wir sehen hier also eine volle Finanzierung aus Steuermitteln als noch nicht erfüllt an.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Der Gesetzgeber greift hier Empfehlungen des Sachverständigenrats der Konzierten Aktion im Gesundheitswesen und auch Empfehlungen aus dem Zwischenbericht der Rürup-Kommission auf. Dort haben wir im Detail begründet, weshalb diese Leistungen, die ja

gesellschaftspolitisch relevant und somit nicht nur versicherungsfremd sind, sondern für die gesamte Gesellschaft Bedeutung haben, also übergeordnete Bedeutung haben, steuerfinanziert werden sollten. Die Art und Weise, wie dies geschieht, nämlich durch eine deutliche Erhöhung der Tabaksteuer, halte ich persönlich für sehr vernünftig und begrüßenswert, weil hier eine sehr wichtige präventivmedizinische Einzelmaßnahme, die sich langfristig auswirken wird - insbesondere durch die Senkung der Raucherquote bei Kindern -, mit einer Beitragssatzsenkung kombiniert wird, die sich wiederum auf den Arbeitsmarkt positiv auswirken wird. In der Summe ist dies aus meiner Sicht eine sehr gelungene Umfinanzierung, die überfällig war und die eine Wirkung auf die Gesundheit der Bevölkerung, auf die Senkung der Beitragssätze und auf eine gerechtere Verteilung der Beitragslast auf die Bevölkerung haben wird.

**SV Dr. Jan Geldmacher:** Es sind sich offensichtlich alle wunderbar einig, dass die versicherungsfremden Leistungen über die Steuer finanziert werden sollen. Ich weiß nicht, was Herr Eichel dazu sagt, ob er nicht der Meinung ist, dass einige Dinge vielleicht auch in die Eigenverantwortung der Patienten fallen. Es wird schwierige Abgrenzungsfragen geben, beispielsweise dann, wenn in Zukunft der Staat und nicht mehr die Krankenkasse eine In-vitro-Fertilisation bezahlen soll. Es ist sicherlich notwendig, sich hierzu mit den Arbeiten von Professor Beske zu beschäftigen, der sich über viele Jahre hinweg damit sehr intensiv auseinandergesetzt und auch verschiedene Alternativen aufgezeigt hat.

Im Prinzip ja; aber nicht alles wird automatisch steuerfinanziert werden können. Einiges wird sicherlich auch in die Eigenverantwortung der Patienten fallen.

**Abg. Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an den AOK-Bundesvorstand und an den Verband der Ersatzkassen sowie an den DGB und an Herrn Professor Lauterbach. Unser Gesetzentwurf sieht ja vor, dass die Finanzierung des Krankengeldes nun vollständig auf die Beitragszahler übertragen wird. Im Gegensatz zu dem heute zur Beratung anstehenden CDU/CSU-Antrag ist hierbei ja nicht die Übertragung dieser Versicherungsleistungen in ein anderes Versicherungssystem vorgesehen,

nämlich die private Krankenversicherung. Würden Sie mir zugestehen, dass gerade diese Form eine gewisse Solidarität enthält, denn derjenige mit 1 000 Euro Einkommen zahlt natürlich weniger als derjenige mit 2 000 oder mit 3 000 Euro? Würden Sie mir ferner zugestehen, dass dadurch auch die Verwaltungskosten, weil wir es bei den gesetzlichen Krankenkassen belassen, erheblich niedriger sind, als wenn wir es in die private Krankenversicherung ausgliedern würden?

**SV Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Wenn es das Ziel dieser Regelung ist, die Lohnnebenkosten zu senken, dann kann dieses Ziel ohne Weiteres durch eine Veränderung der Beitragsparität - anstelle von 50 : 50 künftig die Verschiebung zulasten des Beitragszahlers - relativ einfach und simpel erreicht werden. Insofern wird das Ziel, die Lohnnebenkosten um diesen Betrag zu senken, durch die im Entwurf vorgesehene Regelung erreicht.

Es ist auf jeden Fall der Wunsch der Spitzenverbände, insbesondere auch des AOK-Bundesverbandes, das Krankengeld unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen. Das hat den Vorteil, dass Versorgungsmanagement und Kostensteuerungsmanagement weiterhin durchaus mit Erfolg betrieben werden können. Wenn dies ausgegliedert und in andere Systeme verlagert wird, haben wir große Zweifel, dass dieses Ziel mit ähnlichen Erfolgen, ähnlichen Ergebnissen und ähnlicher Effizienz erreicht werden kann.

**Sve Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Die Neuregelung zum Krankengeld ist sicherlich insofern problematisch, als sie die Versicherten erheblich belastet. Herr Schneider hat eben angesprochen, dass es wohl in erster Linie um eine Entlastung der Arbeitgeberbeitragsanteile geht. Insofern ist es sicherlich wirkungsvoll, aber bedeutet eben eine zusätzliche Belastung der Versicherten. Nichtsdestotrotz begrüßen wir es, dass diese Leistung innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung verbleibt, weil auch wir es für sinnvoll und notwendig halten, dass das eine Leistung der gesetzlichen Krankenkassen bleibt.

Herr Schneider hat bereits ausgeführt, dass wir davon ausgehen, dass es in der privaten Krankenversicherung teurer werden wird. Dazu

gehört die Ausgabensteuerung, die bisher im GKV-System stattfindet; dazu gehört auch das Thema Verwaltungskosten, das wir in anderem Zusammenhang schon diskutiert haben. Für uns ist zudem entscheidend, dass für die Versicherten nach wie vor eine umfassende Leistung in der gesetzlichen Krankenversicherung geboten wird.

Wir teilen allerdings die Befürchtungen, dass hier ein Einschnitt in die paritätische Finanzierung stattfindet, und können nur davor warnen, hier Ansatzpunkte für weitere Verschiebungen zu geben.

**SV Dr. Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Die Entscheidung, das Krankengeld weiterhin bei der GKV zu versichern, macht diese Maßnahme aus unserer Sicht weniger schlimm; denn dadurch werden Nachteile für die Beschäftigten verhindert, die sich bei einer Absicherung im Rahmen von privaten Versicherungsunternehmen ergeben hätten; denn dort wäre aufgrund höherer Verwaltungskosten möglicherweise ein höherer Beitrag angefallen und es wäre auch ein Einstieg in einen Ausstieg aus der Solidarität gewählt worden, der nicht hinzunehmen gewesen wäre.

Dennoch möchten wir unsere grundsätzlichen Bedenken hinsichtlich des Ausstiegs aus der paritätischen Finanzierung noch einmal zu Protokoll geben; denn einen Bezug zur Leistung des Krankengeldes gibt es nur noch in der Begründung zum Gesetzestext. Im Gesetzestext selbst wird nur der Anteil von 47 Prozent versus 53 Prozent angegeben. Das bedeutet, dass bei künftigen gesetzlichen Änderungen die Zahlen möglicherweise variieren können. Das ist sozusagen der Einstieg in den Ausstieg aus der paritätischen Finanzierung, der vom DGB auf keinen Fall hingenommen werden kann, weil er eine Maßnahme ist, die einseitig zulasten der Versicherten und der Beitragszahler ausfällt.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich kann den Vorrednern darin zustimmen, dass eine Ausgliederung des Krankengeldes in die private Krankenversicherung nicht zielführend gewesen wäre. Im besten Fall wäre die die eigentliche Leistung so gut administriert worden wie in der Vergangenheit; aber die „Monetisierung“ der eigentlichen Leistung hätte erst wieder aufgebaut werden müssen. Es wä-

ren aber Zusatzkosten auf der Grundlage der Tatsache zu erwarten gewesen, dass zunächst einmal ein ganz neues Versicherungssystem für die Absicherung dieser einzelnen Leistungen hätte aufgebaut werden müssen. Es wären Zusatzkosten durch die legitimen Gewinninteressen der privaten Assekuranz hinzugekommen. Somit wäre es bei der gleichen Leistung geblieben. Diese Leistung wäre aber aus drei Gründen teurer geworden. Dafür sehe ich keine gute, unabhängige Begründung.

Dass die Leistung jetzt auf der Grundlage der individuellen Leistungsfähigkeit des Versicherten finanziert wird, das heißt, dass höhere Einkommen mit einer höheren Verbeitragung und somit einer höheren anteiligen Finanzierung des Krankengeldes einhergehen, halte ich ebenfalls für sozial gerecht. Das wäre im Rahmen einer privaten Umfinanzierung des Krankengeldes nicht darstellbar gewesen.

In der Summe handelt es sich also um eine effiziente und eine gerechte Lösung, zu der die Privatisierung keine Alternative dargestellt hätte.

**Abg. Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Professor Lauterbauch. Wir haben im Rahmen der öffentlichen Diskussion über die Privatisierung des Zahnersatzes verschiedene Darstellungsformen erlebt. Teilweise ist es, wenn es um die Frage der Berechnungsgrundlagen gegangen ist, als eine Interessengemeinschaft PKV-CDU/CSU dargestellt worden. Daraus resultieren für mich drei Fragen.

Erstens. Was kostet die Absicherung der heutigen Zahnersatzleistungen in der GKV?

Zweitens. Wie sind diese Zahlen, also die Kosten im Bereich der GKV, im Vergleich zu den unterschiedlichen PKV-Angeboten, die mal 7,50 Euro, mal 12 Euro lauten, zu bewerten? Wer versichert hier letztlich günstiger? Das ist der Hintergrund dieser Frage.

Drittens. Wie ist der hier heute diskutierte Vorschlag gerade auch unter Kostengesichtspunkten zu sehen und ist er unter diesen Kostengesichtspunkten betrachtet sinnvoll?

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Wir sollten uns hier zunächst einmal verständigen, ob wir jetzt schon den Themenkomplex Zahnmedizin vorziehen wollen. Eigentlich steht dieses Thema am nächsten Montag auf der Tagesordnung.

**Abg. Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Mir geht es nur um die Frage des Einstiegs. Ich will keine Detailfrage zum Bereich Zahntechnik beantwortet haben, sondern ich möchte in diesem Zusammenhang die Problematik Privatisierung/Nichtprivatisierung bewerten und das muss mit Zahlen unterlegt werden.

Vorsitzender **Abg. Klaus Kirschner** (SPD): Das ist schon klar. Wenn das so sein soll, dann werde ich entsprechende Fragen zulassen. Aber ich halte die Erörterung an dieser Stelle für falsch, weil wir die Zahnmedizin erst am kommenden Montag auf der Tagesordnung haben werden. Aber wenn Sie das wünschen, machen wir es so.

**Sv Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Die Frage bezog sich nicht auf irgendwelchen zahnmedizinischen Details, sondern auf die Kosten: Was kostet der Zahnersatz in der GKV? - Die Gesamtausgaben für zahnmedizinische Versorgung, also Zahnersatz, liegen bei etwa 3,6 Milliarden Euro. Wenn man versucht - das ist ja für die Betrachtung, bei welchem Versorgungsmodell eigentlich die Wirtschaftlichkeit gegeben ist, wichtig -, das auf ein einzelnen Versicherten, auf das Mitglied, umzurechnen, dann kommen wir auf 5,99 Euro pro Mitglied. Wenn man das Prinzip der Mitversicherung von Familienangehörigen in der GKV einbezieht, dann kommen wir auf 4,30 Euro pro Versicherten.

Der Vollständigkeit halber will ich noch sagen, dass man auch anteilige Verwaltungskosten einrechnen muss, sodass wir eigentlich bei einem Wert von 6,30 Euro wären, der dann zu den Zahlen in Beziehung zu setzen wäre, die wir im Zusammenhang mit Angeboten und Überlegungen der Privatversicherungen - sie lagen zwischen 7,50 Euro und 12,50 Euro - in der Presse gelesen haben. Wenn man einmal versucht, diese Zahlen umzurechnen, dann gehen die kalkulierenden Versicherungsunternehmen offensichtlich davon aus, dass sie, wenn sie es denn versichern würden und mut-

maßlich dann auch nach den Gebührensätzen der GOZ für die privatärztliche Liquidation vergüten würden, für die gleiche Leistung volkswirtschaftlich gesehen bei 7,50 Euro einen Gesamtaufwand von etwa 7,1 Milliarden Euro hätten und bei 12,50 Euro einen von etwa 10 Milliarden Euro.

Das macht aus unserer Sicht deutlich, dass die Frage nach dem volkswirtschaftlichen Nutzen eindeutig so zu beantworten ist: Wir würden durch ein Privatversicherungsmodell und die dort üblichen Usancen etwa bis zu 7 Milliarden Euro Mehraufwendungen haben. Im Rahmen der Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung könnte man das in gleicher Qualität mit einem deutlich geringeren Aufwand, nämlich mit 3,6 Milliarden Euro, sicherstellen.

**SV Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Wir haben auf der Basis der 7,50 Euro und der Basis der Anzahl der Personen, die nach dem CDU/CSU-Antrag verpflichtet wären, diese Versicherung einzugehen, einmal ausgerechnet, dass dies etwa 59 Millionen Erwachsene wären. Dabei käme man allein schon auf einen Betrag von 5,3 Milliarden Euro gegenüber etwa 3,5 Milliarden Euro oder 3,6 Milliarden Euro, die im letzten Jahr in der gesetzlichen Krankenversicherung für Zahnersatz - wie es Herr Kiefer bereits angesprochen hat - aufgewendet worden sind. Das wäre eine Steigerung von 80 Prozent.

Man muss auch sehen, das insoweit ein Stück Systemwechsel darin steckt, als die gesetzliche Krankenversicherung 51 Millionen Mitglieder hat und es 20 Millionen Mitversicherte gibt, davon 8 Millionen mitversicherte Erwachsene, Mitversicherte, die - so lese ich den Antrag der Union - ebenfalls ein Einzelversicherungsverhältnis in der privaten Krankenversicherung für Zahnersatz eingehen müssten. Nur die Kinder sollen mitversichert sein; das wären etwa 12 Millionen mitversicherte Kinder unter 18 Jahren. Das sind die Verhältnisse.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV) Ich kann mich den von den Kollegen genannten Zahlen nur anschließen. Auch aus unserer Sicht ist es so, dass eine Absicherung innerhalb der privaten Krankenversicherung nur teurer werden würde. Aus Kostengründen macht eine solche Ausgrenzung überhaupt keinen Sinn.

Dabei muss man vielleicht noch zusätzlich darauf hinweisen, dass eine solche private Absicherung sicherlich auch eine Abrechnung über die private Gebührenordnung - Herr Kiefer sprach das ebenfalls schon an - beinhalten würde und man hier davon ausgehen muss, dass die Erfahrungen, die wir 1997/98 gemacht haben, eher dazu führen, dass hier noch weit höhere Ausgaben entstehen, sodass das für die Versicherten weiterhin teurer wird. Aber wir halten es auch grundsätzlich für falsch, diesen Leistungsbereich auszugrenzen, weil wir der Meinung sind, dass es für die Versicherten einen umfassenden Leistungskatalog geben sollte. Das heißt, sowohl aus grundsätzlichen Erwägungen als auch unter Kostengesichtspunkten macht es keinen Sinn, dies in die private Krankenversicherung zu geben.

**SV Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Die Fragen sind sehr differenziert beantwortet worden. Wir können uns dem voll anschließen. Ergänzungen erübrigen sich.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Auch ich möchte nur noch ganz kurz antworten. Zu den Zahlen möchte ich nichts sagen; denn sie sind bereits vorgetragen worden.

Ich will nur auf Folgendes hinweisen: Der Sachverständigenrat hat sich ja sehr intensiv mit den Fragen der Über-, Unter- und Fehlversorgung beschäftigt. Obwohl die Leistungserbringer dies ungern hören, muss auch in diesem Zusammenhang noch einmal auf eine bestehende Über-, Unter- und Fehlversorgung hingewiesen werden. Im Bereich des Zahnersatzes haben wir festgestellt, dass die Versorgungsqualität in Deutschland relativ hoch ist. Daher ist es nicht nachvollziehbar, dass einer der wenigen Bereiche, in denen wir eine sehr hohe Versorgungsqualität feststellen konnten, plötzlich problematisiert wird. Es können also keine Qualitätsdefizite sein, auf die dieser Vorschlag eingeht.

Der Aufbau einer privaten Versicherung würde ja bedeuten, dass für einen sehr kleinen Leistungsbereich ein komplett neues Versicherungssystem aufgebaut werden müsste. Das ist natürlich mit sehr hohen Anfangsinvestitionen verbunden. Den Anfangsinvestitionen würden

dann sehr hohe Verwaltungskosten folgen; denn die Verwaltungskosten in der privaten Assekuranz zur Versorgung Kranker sind ja höher als in der gesetzlichen Krankenversicherung. Somit wären auch die zu erwartenden Folgekosten höher. Hinzu kommen die legitimen Gewinninteressen der Unternehmungen und der Aufbau einer entsprechenden Bürokratie; denn auf die bürokratischen Instrumente der gesetzlichen Krankenversicherung kann ja hier nicht zurückgegriffen werden.

Insgesamt sehe ich hier also nur eine Verteuerung und eine Qualitätsgefährdung in einem der wenigen Bereiche, in denen das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich eher vorbildlich ist. Langfristig - davon muss man ausgehen - würde es dann hier wahrscheinlich zu unterschiedlichen Tarifen kommen und diese unterschiedlichen Tarife würden den direkten Einstieg in eine Zweiklassenmedizin für diesen Versorgungsbereich mit sich bringen. Auch das ist aus meiner Sicht abzulehnen.

Zum Schluss will ich noch darauf hinweisen, dass die Regelung familienfeindlich ist; denn Familien müssen dann nicht nur pro Person mehr bezahlen, sondern jede einzelne Person muss versichert werden. Das heißt, hier multipliziert sich die Unwirtschaftlichkeit mit der Zahl der Familienmitglieder, die davon betroffen sind. In der Summe ist dies also eine durch und durch negative Regelung, bei der ich persönlich nur hoffe, dass sich hier Herr Seehofer durchsetzen kann, der ja - so glaube ich - diese Regelung mit ganz ähnlichen Argumenten ebenfalls ablehnt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richtet sich an die GKV-Spitzenverbände, an den DGB und an Herrn Professor Lauterbach. Ich möchte Sie um eine Stellungnahme zu der Frage bitten, welche Steuerungseffekte durch die im Gesetzentwurf vorgesehene Neuregelung der an Packungsgrößen orientierten Zuzahlungen von 2, 3 und 4 Euro bzw. von 4, 6 und 8 Euro zu erwarten sind.

SV **Schneider** (AOK-Bundesverband): Die Frage nach den Steuerungseffekten der Zuzahlungen lässt sich differenziert wie folgt beantworten: Eine Steuerung wird in der Regel im Zusammenhang mit Zuzahlungen bei der Menge und beim Preis angestrebt. Die Frage,

inwieweit Zuzahlung überhaupt steuern kann angesichts der Tatsache, dass der Patient nur einen begrenzten Überblick über die therapeutischen Möglichkeiten hat, insbesondere auch über die Preisgestaltungen und hier vor allen Dingen auch über die Preisgestaltungen am Arzneimittelmarkt, ist in der gesundheitsökonomischen Wissenschaft außerordentlich umstritten. Betrachtet man allerdings die Neuregelung der Spreizung im Vergleich mit der bisherigen Regelung, muss man zweifellos sagen, die Anreize, in Bezug auf Menge, insbesondere Packungsgrößen, auf Sparsamkeit zu achten, werden im Vergleich zur vorherigen Regelung mit Sicherheit größer. Steuerungseffekte ergeben sich auch - das begrüßen wir außerordentlich - in Bezug auf die Differenzierung, wenn Disease-Management-Programme oder strukturierte Behandlungsprogramme in Anspruch genommen werden. Dabei würden wir es allerdings lieber sehen, wenn in diesem Bereich die Gestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen größer wären.

Was die Steuerungswirkungen über die Menge insgesamt anbelangt, muss man auch sehen, dass diese natürlich ihre Grenzen im Bereich der Härtefallregelungen haben. Wir wissen, dass etwa 10 bis 20 Prozent aller Versicherten 80 bis 90 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben verursachen. Somit muss man davon ausgehen, dass ein Großteil auch künftig - wie in der Vergangenheit - unter die Härtefallregelungen fällt und somit an diesem Punkt die Steuerung begrenzt wird.

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenassen): Die Steuerungswirkung ist aus unserer Sicht auch deswegen etwas diffus, weil für den Versicherten eigentlich nicht mehr erkennbar ist, aus welchen Gründen er die höhere oder die niedrigere Zuzahlung leisten muss. Es kann nämlich ganz unterschiedliche Gründe haben, weshalb er zu den niedrigeren Zuzahlungen kommt. Weil es verschiedene Aspekte gibt, die sich dabei überlagern, ist es zumindest schwierig, das zu durchschauen. Ich weiß nicht, ob sich der „normale“ Versicherte dabei diese Mühe machen kann. Das ist sozusagen ein Problem der Transparenz und das wirkt sich natürlich auch auf die prognostizierte Steuerungswirkung aus.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): An dieser Stelle geht das Fragerecht an die

CDU/CSU. Ich schlage vor, dass der DGB und Herr Professor Lauterbach nachher antworten. Einverstanden? - Gut.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Ich möchte zwei Themenkomplexe ansprechen.

Erstens. Zur finanziellen Ausgangslage der gesetzlichen Krankenversicherung vor der Reform habe ich zunächst Fragen an den BKK, den VdAK und an das Bundesversicherungsamt. Wie hoch ist der Beitragssatz aktuell? Liegt er noch bei 14,4 Prozent?

Zweitens. Wie ist die Unterfinanzierungssituation der Kassen? Trifft es zu, dass die Kassen zur Entschuldung und zur Auffüllung ihrer Rücklagen allein etwa 6 Milliarden Euro benötigen? Wie ist die Verschuldungssituation der Kassen am privaten Kapitalmarkt? - Diese letzte Frage richtet sich insbesondere auch an das Bundesversicherungsamt.

Drittens. Wie wirkt sich die dramatische Konjunkturlage aus? Wir hatten ja im ersten Quartal einen Rückgang der Einnahmen um 0,2 Prozent. Wie ist hier Ihre Prognose für die Defizitentwicklung im Gesamtjahr?

Viertens. Für den Fall, dass es keine Reform gibt: Wie ist Ihre Einschätzung für den Beitragssatz zum 1. Januar 2004?

Fünftens. Wie wäre Ihre Einschätzung für den Beitragssatz zum 1. Januar 2004, wenn der Gesetzentwurf der Regierung realisiert würde? Nun möchte ich noch einen zweiten Fragenkomplex ansprechen, der sich an die PKV und an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung richtet. Sie haben ja die Argumentation von Herrn Professor Lauterbach und von anderen Sachverständigen zum Vorschlag der Union gehört. Deswegen die Fragen:

Erstens. Sind die von der PKV kalkulierten Prämien seriös? Zweitens. Ist es zwingend geboten, dass man Alterungsrückstellungen bei einer obligatorischen Absicherung des Zahnersatzes in der PKV bildet? Drittens. Können Sie auch noch etwas zu der Frage der Verwaltungskosten im Falle einer PKV-Lösung sagen?

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich möchte aus einer gemeinsamen Stellungnahme der Spitzenver-

bände der Krankenkassen von Anfang Mai diesen Jahres zitieren. Die Proportionen dürften noch einigermaßen stimmen. Da haben wir erklärt:

Ausweislich der gültigen Statistik des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung hat das Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung zur Jahreswende 2002/2003 rund 2,7 Milliarden Euro betragen. Abzüglich der Überschüsse aus 2001 von rund 900 Millionen Euro hat die Vermögensbilanz aller Kassen daher einen Negativsaldo von 1,8 Milliarden Euro aufgewiesen.

Zum Abbau von Defiziten, zur finanziellen Konsolidierung sowie für weitere im Jahr 2003 entstehende Belastungen muss man derzeit für 2003 insgesamt mit einem Finanzbedarf von 5 Milliarden bis 6 Milliarden Euro rechnen, darunter 2 Milliarden bis 3 Milliarden Euro für die Auffüllung der Rücklagen der Kassen.

Ich denke, die Situation hat sich seit diesem Zeitpunkt vor knapp acht Wochen zumindest nicht verbessert. Die Arbeitsmarktsituation führt dazu, dass weiterhin mit einer Einnahmeschwäche zu rechnen ist und dass wir in diesem Jahr trotz der etwas gedämpften Ausgabenentwicklung eigentlich glücklich sein können, wenn sich die finanzielle Situation bis zum Jahresende nicht weiter zuspitzt.

Für das nächste Jahr etwas zu prognostizieren ist sehr schwierig. Ich gehe davon aus, dass die für dieses Jahr verordneten Nullrunden bei den Leistungsanbietern erfahrungsgemäß zumindest dazu führen werden, dass sie versuchen, die Delle, die möglicherweise in diesem Jahr in ihrer Einkommensentwicklung zu verzeichnen ist, im nächsten Jahr auszugleichen, und dementsprechend etwas schärfere Forderungen stellen werden.

Der ungeschönte Beitragssatz nach Durchführung der Reform ist nur sehr schwer absehbar. Das gilt erst recht, nachdem jetzt eine Kooperation mit der Union angedacht ist. Aber wenn man von dem Entwurf der Koalition ausgeht, dann sind nach unseren Berechnungen realistische Einsparungen für das nächste Jahr in der Größenordnung von 7 bis 8 Milliarden Euro zu unterstellen. Das würde bedeuten, dass man eigentlich froh sein kann, wenn im nächsten Jahr der gegenwärtige Beitragssatz gehalten werden kann bzw. wenn man darangehen

könnte, die Rücklagen aufzufüllen. Das wäre eine optimistische Prognose.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Im Grundsatz kann ich dem, was Herr Paquet über die finanzielle Lage insgesamt dargestellt hat, nur beipflichten. Nach unseren Einschätzungen liegt das Einsparpotential des GMG sogar noch unter 7 Milliarden Euro, nämlich bei 6,9 Milliarden Euro. Aber ich denke, das ist zum Teil auch eine Einschätzungsfrage.

Es war ja auch die Frage gestellt worden, was dann helfen würde. - Es würde uns sicherlich mehr helfen, wenn die ursprünglich angedachte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über Steuern in Höhe von 4,5 Milliarden Euro bereits im Jahr 2004 erfolgen würde.

Was die Prognosen angeht, wissen Sie, dass es schwierig ist, Ausgabenentwicklung und Einnahmenentwicklung zu prognostizieren. Deswegen möchte ich an dieser Stelle keine Prognose in Bezug auf den Beitragssatz abgeben. Auch wir sehen es so, dass die jetzt vorgesehenen Einsparungen voraussichtlich nur reichen werden, um den Finanzbedarf, der in den Kassen besteht, auszugleichen. Nach wie vor sind die so genannten Verschiebebahnhöfe, die wir auch immer wieder moniert haben, unsere größten Probleme. Wir befürchten, dass durch andere Maßnahmen in anderen Bereichen weitere Belastungen auf uns zukommen. Hier sind als Beispiele die Zusammenlegung von Arbeitslosenhilfe und Sozialhilfe zu nennen, aber auch die Aussetzung der Rentenerhöhung. Das alles sind Maßnahmen, die für die GKV weitere Beitragsmindereinnahmen bringen werden.

**SV Dr. Uwe Markus** (Bundesversicherungsamt): Auch dem Bundesversicherungsamt sind konkrete Zahlen nicht bekannt, wie sich diese Entwicklungen auswirken werden. Deswegen ist auch uns eine Prognose nicht möglich.

**SVe Sybille Sahmer** (Verband der privaten Krankenversicherung): Selbstverständlich sind die Beiträge, die wir kalkulieren, seriös. Die 7,50 Euro basieren auf der auf das Jahr 2004 hochgerechneten Leistungsanspruchnahme der GKV. Es handelt sich um einen Einheitsbeitrag - also keine Differenzierung nach Män-

nern und Frauen - und er schließt die beitragsfreie Kindermitversicherung ein. - Das zu dem Argument, das eben genannt wurde, dass für jedes Familienmitglied ein eigener Beitrag zu zahlen sei.

Die Diskrepanz zu den anderen Beträgen, die in der Diskussion gewesen sind, beruht einfach darauf, dass wir in einem ersten Durchgang schätzen mussten. Wir sind in den letzten Wochen und Monaten von den verschiedensten Institutionen und Einrichtungen nach Zahlen und Berechnungen zu schätzungsweise zwei Dutzend verschiedenen Ausgliederungsvarianten gefragt worden. Angesichts des Zeitdrucks, unter dem diese Anforderungen stehen, muss man eben gelegentlich schätzen. Schätzungen pflegen sich üblicherweise auf der weniger sicheren Seite zu bewegen. Aber die 7,50 Euro sind ein kalkulierter Beitrag, der beansprucht, auch in Zukunft stabil bleiben zu können; denn er basiert ja auf einer Festbetragsregelung. Das ist anders als bei den Kostenersatzregelungen, die ständige Leistungsausweitungen beinhalten und bei denen der Beitrag dann nachgeführt werden muss. Das wäre hier nicht der Fall.

Die Verwaltungskosten sind in diesem Beitrag selbstverständlich enthalten; sie kommen also nicht obendrauf.

Dann zur Frage nach der Alterungsrückstellung: Das Versicherungsaufsichtsgesetz schreibt die Bildung einer Alterungsrückstellung für die substitutive Krankenversicherung vor. Das ist - nach der Definition einer europäischen Richtlinie, die in dieser Vorschrift umgesetzt worden ist - eine Krankenversicherung, die die Mitgliedschaft in einem gesetzlichen System der sozialen Sicherung ersetzt. Davon kann beim Zahnersatz als einem isolierten Leistungskomplex natürlich nicht die Rede sein. Das ist keine substitutive Krankenversicherung und diese darf selbstverständlich ohne Alterungsrückstellung kalkuliert werden.

**Abg. Michael Hennrich** (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Professor Neubauer. Lässt sich mehr Beschäftigung erzielen, wenn man klar abgrenzbare Leistungsbereiche ausgliedert und dadurch Arbeitnehmer und Arbeitgeber entlastet und gleichzeitig den Arbeitgeberbeitrag festschreibt? Sind dann mehr Beschäftigungseffekte zu erreichen?

Die zweite Frage richtet sich an die KBV. Halten Sie die von der rot-grünen Koalitionsregierung vorgesehene Praxisgebühr in Höhe von 15 Euro für durchführbar und welche Konsequenzen hat sie für Ärzte und Patienten?

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Zunächst einmal darf ich Zahlen aus dem Kanzleramt zitieren, die im Dezember des letzten Jahres veröffentlicht worden sind. Dort hat es geheißen, dass eine Senkung der Sozialversicherungsbeiträge um einen Prozentpunkt nach drei Jahren 100 000 Arbeitsplätze schaffe. Wie kommt der Effekt zustande? - Wenn Sie Leistungen ausgliedern, privatisieren, dann werden Beschäftigungseffekte mobilisiert, die quasi darauf beruhen, dass diese Leistungen nachgefragt werden, gewollt werden. Wenn Sie Abgaben leisten müssen, dann weiß man nie, ob die Leistungen gewollt werden oder nicht. Von daher ergibt sich also ein grundsätzlich unterschiedlicher Effekt in der ökonomischen Einstufung. Etwas, wofür Bedarf besteht und wofür es Nachfrage gibt, ist das eine; im anderen Fall sind es Abgaben, von denen man nicht weiß, ob sie so gewollt sind oder nicht.

Der springende Punkt bei den Beschäftigungseffekten sind natürlich die Personalzusatzkosten, das heißt die Frage: Werden die Arbeitskosten damit stabilisiert oder gar entlastet? Der Effekt bei den Arbeitskosten liegt darin, dass deutsche Unternehmen, wenn die Arbeitskosten gesenkt werden, vor allen Dingen auch im internationalen Bereich konkurrenzfähiger werden. Hätten wir keine internationale Verknüpfung, könnte man von einer Umfinanzierung erwarten, dass die Beschäftigung ungefähr gleich bliebe. Da wir aber eine international vernetzte Wirtschaft haben, müssen wir damit rechnen, dass die in Deutschland mit höheren Arbeitskosten produzierten Güter im internationalen Wettbewerb verlieren, und damit werden Arbeitsplätze in Deutschland abgebaut. So muss man den Effekt sehen. Dieser Effekt der internationalen Verflechtungen und damit der Arbeitsplatzvernichtung geht damit einher, wie stark die Wirtschaft vom Ausland abhängig ist. Die deutsche Volkswirtschaft ist eine der Volkswirtschaften, die international gesehen mit am abhängigsten vom Ausland ist. Darum dreht sich ja auch die ganze Diskussion.

Der andere Effekt ist - das ist vielleicht ein Effekt, der mehr in die Zukunft reicht -, dass

aufgrund der gesamten Belastungen, die immer zur Hälfte über die Arbeitskosten finanziert werden, der Faktor Arbeit in Deutschland relativ teuer ist. Ein Faktor Arbeit, der teuer ist, wird weniger eingesetzt. Ergebnis sind fünf Millionen Arbeitslose, die wir haben. Wir müssen die Faktoren wieder in ein anderes Verhältnis bringen. Das wird eh schwer genug sein; aber es wird darauf hinauslaufen, dass wir zur Finanzierung auch andere Einkunftsarten heranziehen müssen, um den Faktor Arbeit zu entlasten.

Wenn man jetzt den Arbeitgeberbeitrag einfriert - wie auch immer; einfrieren ist ja eine politisch kluge Lösung, aber eine ökonomisch eigentlich nicht sehr vernünftige Lösung; aus Zahlen wäre das ökonomisch Beste; aber man kann auch mit dem Einfrieren leben; wie man einfriert, ist auch wieder eine Frage; das kann man beispielsweise prozentual machen -, muss man sehen, dass die Mehrbelastungen die Arbeitnehmer treffen. Diese Mehrbelastungen der Arbeitnehmer muss man dadurch abfedern, dass man den Arbeitnehmern mehr Wahlmöglichkeiten, mehr Optionen gibt. Letztlich muss derjenige, der weniger Leistungen in Anspruch nimmt, auch weniger belastet werden. Ob Sie wollen oder nicht, Sie müssen auch da - wie die Ökonomen sagen - für die Arbeitnehmer mehr Äquivalenz zwischen Beitrag und Leistung einbringen. Das wäre ja bei der Privatisierung ganz typisch dafür, dass Sie das hier entsprechend geraderücken können.

Ich bin davon überzeugt, das ist das zentrale Problem unseres Sozialsystems insgesamt und des Gesundheitssystems im Besonderen. Wir werden in den nächsten zehn Jahren in dieser Schlacht kämpfen müssen. Alle Vorschläge - von allen Parteien - gehen ja in die Richtung, dass man die Arbeitskosten in Deutschland auf keinen Fall - wenn man sie schon nicht stabilisiert - erhöht. Ich glaube, da muss man herangehen, ob man es will oder nicht.

Die paritätische Finanzierung - dieses Schlagwort nenne ich hier, weil es gleich hinterher kommt - ist aus ökonomischer Sicht eine Ideologie. Das heißt, man kann sie nicht rational begründen; man kann sie aber historisch ableiten; man kann ableiten, warum man dafür sein kann. Aber es gibt keine rationalen Argumente dafür. Wer sich davon lösen will, tut der Volkswirtschaft etwas Gutes. Wer daran hängt, tut vielleicht sich selbst und seiner Gruppe etwas Gutes; aber für die Arbeitsplätze ist das

sicherlich kein Gewinn. Das gilt auch dann - das wurde vorhin gesagt --, wenn der Zahnersatz ausgegliedert und aus der paritätischen Finanzierung herausgenommen wird. Es ist ökonomisch schlichtweg nicht begründbar, weshalb eine paritätische Finanzierung volkswirtschaftlich vernünftig sein soll.

**SV Dr. Dominik Graf von Stillfried** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die geplante Praxisgebühr weder als Finanzierungs- noch als Steuerungsinstrument geeignet. Unsere Kritik richtet sich insbesondere dagegen, dass sie als Strafgebühr selektiv gegen die Inanspruchnahme fachärztlicher Praxen gerichtet ist. Es wird also eine strukturelle Benachteiligung der Facharztpraxen gegenüber anderen Anbietern - Hausarztpraxen, Direktinanspruchnahme von Krankenhäusern, Direktinanspruchnahme von Gesundheitszentren und Inanspruchnahme von facharzt-/ hausarztübergreifenden Gemeinschaftspraxen - geben. In all diesen anderen Fällen wird diese Praxisgebühr nämlich nicht wirksam und benachteiligt folglich die Facharztpraxis.

Es ist auch völlig unklar, wie sie zum Beispiel bei der wachsenden Zahl der hausarzt-/ facharztübergreifenden Gemeinschaftspraxen angewendet werden soll.

Des Weiteren benachteiligt sie die freiberuflich tätigen Ärzte, weil die Gesundheitszentren und die Krankenhäuser davon überhaupt nicht tangiert sind. Besonders problematisch ist unseres Erachtens aber die praktische Umsetzung, weil diese Praxisgebühr für Ausweichreaktionen und Manipulationen anfällig ist.

Lassen Sie mich das kurz darstellen. Wir haben einen durchschnittlichen Fallwert von etwa 45 Euro bei den fachärztlichen Praxen. Bei einzelnen Fachgruppen liegt er sogar deutlich unter 40 Euro. Das bedeutet, dass in etwa 10 bis 30 Prozent aller Fälle - je nach Fachgruppe - der Fallwert, das heißt die Gesamtkosten der Behandlung in einem Quartal, bei diesem Facharzt unter 15 Euro liegt. Dies hat die Konsequenz, dass die Versicherten mehr bezahlen, als die Behandlung eigentlich kostet, und dass diese Fälle dann vermutlich auch nicht mehr nachprüfbar gemeldet werden. Sie werden eben von den Fachärzten nicht mehr gemeldet, wie es das Gesetz zwecks Kürzung des Budgets vorsieht. Deshalb müssen wir davon aus-

gehen, dass bis zu 50 Millionen Fälle von den Versicherten direkt bezahlt werden.

Des Weiteren müssen wir davon ausgehen, dass zusätzliche Kosten verursacht werden, weil es eine Art von Tauschgeschäft geben wird. Es werden Hausarztpraxen allein dafür aufgesucht werden, um eine Überweisung zu bekommen. Wir müssen davon ausgehen, dass der Anteil der Fälle in den Hausarztpraxen extrem steigen wird. Wir haben derzeit in den Facharztpraxen einen Überweisungsanteil von durchschnittlich 30 Prozent. Es wird Forderungen der Versicherten gegenüber den Fachärzten geben, die Zuzahlung zu erlassen. Das wird Fachärzten insbesondere dann leicht fallen, wenn sie einen hohen Fallwert haben; in anderen Fällen wird es so sein, dass der Facharzt quasi direkt über diese Art der Praxisgebühr privat liquidiert. Es wird verschiedene Tauschgeschäfte bzw. Koppelungsgeschäfte zwischen Praxen geben, die sozusagen darauf hinarbeiten, den Versicherten diese Praxisgebühr zu ersparen. Wir kennen solche Problemfälle leider aus vielen Bereichen des Gesundheitswesens. Es gibt keinen Grund zu der Annahme, dass das hier nicht Fall sein wird.

Ganz besonders problematisch ist die Tatsache, dass die Ausnahmetatbestände, die im Gesetz angeführt sind, den Krankenkassen im Wettbewerb ebenfalls eine Manipulationsmöglichkeit einräumen, sodass wir davon ausgehen, dass zwischen Versicherten, Ärzten und Krankenkassen zur Vermeidung dieser Gebühr erhebliche - ich sage es einmal so - Verhandlungen stattfinden werden und dass diese Praxisgebühr insgesamt eine Belastung für die Patienten darstellt - wenn sie nicht eine Belastung für die Ärzte und die Krankenkassen darstellt.

**Abg. Barbara Lanzinger** (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Erstens. Der jetzige Gesetzentwurf stellt den GKV bei der Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen für die Jahre 2004, 2005 und 2006 zunächst Abschlagszahlungen in Höhe von nur 1 Milliarde Euro, von 1,5 Milliarden Euro bzw. 2 Milliarden Euro in Aussicht. Ist die Beteiligung der Krankenkassen am Tabaksteuermehraufkommen zur Entlastung von versicherungsfremden Leistungen ausreichend, um die Beitragssätze nachhaltig zu senken? Wenn nein, welche ergänzenden

Maßnahmen sind dann Ihrer Meinung nach erforderlich?

Zweite Frage: Bleibt die Gleitzonenregelung handhabbar, wenn man die Bestimmungen über die Beitragszahlungen an die Krankenversicherungen wegen der Herausnahme des Krankengeldes aus der paritätischen Finanzierung auch auf die Versicherten in der Gleitzone überträgt? Welche Alternativen gibt es?

Dritte Frage: Sieht der Gesetzentwurf Sofortmaßnahmen im Bereich des Risikostrukturausgleichs zur Begrenzung der Übersteuerungswirkung bei der Beitragsbedarfsanrechnung vor? Was bedeutet das für das geplante Entlastungsvolumen von 13 Milliarden Euro im Jahre 2004?

Dann noch eine Frage an den IKK-Bundesverband: Welche Folgen wird die Halbierung der Zuzahlungen zugunsten von Personen, die einen Hausarzt aufsuchen oder die in Disease-Management-Programme eingeschrieben sind, für die finanzielle Entlastung der GKV haben? Ist das von der Bundesregierung anvisierte Einsparvolumen bei den Zuzahlungen in Höhe von 1,9 Milliarden Euro realistisch?

**SV Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Es war zunächst noch einmal die Frage angesprochen worden, wie die Entlastungen von versicherungsfremden Leistungen finanziert werden. Es ist ja in den bisherigen Äußerungen schon deutlich geworden, dass wir uns dringend gewünscht hätten, dass die Entlastungseffekte durch die Steuerfinanzierung versicherungsfremder Leistungen höher und schneller zur Verfügung stehen.

Wenn man das Ziel verfolgt, relativ zeitnah auch die Beitragssätze nachhaltig zu senken - ich rede da ganz bewusst nicht über 13 Prozent; angesichts der gegebenen Finanzlage ist das ein Ziel, das mit realistischen Situationen im Moment nichts zu tun hat -, muss man sicherlich den wesentlichen Punkt, nämlich die Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen, sehr nachhaltig angehen. Wie man das dann vonseiten der öffentlichen Haushalte finanziert, ist eine Frage, die auf anderer Ebene im Rahmen der öffentlichen Haushalte und der konkurrierenden Mittelverwendung geklärt werden muss. Da muss man sich als Krankenversi-

cherung dann sicherlich auch einmal zurückhalten.

Ich denke, dass Herr van Stiphout, der Fachmann für diese Thematik ist, die Frage nach der Gleitzonenregelung beantworten wird.

Zu dem RSA-Problem will ich noch darauf hinweisen, dass wir hier ja die Entwicklung haben, dass das Volumen der ausgleichsfähigen Leistungen im Risikostrukturausgleich insgesamt sinkt, sodass nach unserer bisherigen Beurteilung diese Regelungen unter RSA-Gesichtspunkten eigentlich unbedenklich sind und daraus keine besonderen Auswirkungen resultieren.

**SV Theodor van Stiphout** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Speziell zur Gleitzonenregelung - was den Punkt eins anbetrifft - schließen wir uns dem an, was der IKK-Bundesverbandsvertreter gesagt hat. - Ich habe gerade das Plazet bekommen, für alle Spitzenverbände etwas zur Gleitzonenregelung zu sagen.

Sie haben die Frage nach der Handhabbarkeit gestellt. Die Gleitzonenregelung ist heute schon äußerst schwierig handhabbar. Wir haben noch keine so großen Erfahrungen sammeln können; die Regelung gibt es ja erst seit dem 1. April 2003. Die Frage, wie sie wirkt, ist natürlich noch erklärungsbedürftiger. Sie ist auch mit der neuen Form der Finanzierung der Krankengeldversicherung - so sage ich es einmal ganz bewusst - noch handhabbar, aber, wie gesagt, im höchsten Maße erklärungsbedürftig.

Alternativen fallen mir dazu spontan nicht ein. Ich biete Ihnen allerdings an, bei der Suche nach Alternativen den Sachverstand der Spitzenverbände der Krankenkassen auf jeden Fall zur Verfügung zu stellen.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Ich möchte mich zur Gleitzonenregelung nicht äußern. Ich glaube, das hat Herr von Stiphout umfassend getan. Was die versicherungsfremden Leistungen angeht, hat Herr Kiefer dargelegt - das haben auch wir eben schon angeführt -, dass wir uns gewünscht hätten, dass wir die angedachten 4,5 Milliarden auch schon zum Jahresbeginn 2004 bekommen hätten. Da dies nicht so ist, bedeutet das für das gesamte Entlastungsvolumen, dass das sehr viel weni-

ger ist und nicht ausreicht, um die Beitragssätze maßgeblich abzusenken.

Im Übrigen halte ich - wie Herr Kiefer - die Diskussion um die 13 Prozent für höchst gefährlich. Insbesondere für die gesetzlichen Krankenkassen ist dies ein Riesenproblem, weil wir davon ausgehen müssen, dass die Akzeptanz in der Bevölkerung für die Reform und das, was mit der gesetzlichen Krankenversicherung passiert, erheblich leiden wird, wenn man - wie das jetzt abzusehen ist - auch diese 13 Prozent nicht erreicht. Von daher würde ich von einer Stabilisierung sprechen. Wir alle haben ein Interesse an einer Stabilisierung. Ich verweise dabei erneut auf das Thema Verschiebehahnhöfe. Das wäre eine weitere Maßnahme, die uns helfen würde, in diesem Bereich abzubauen und zurückzuführen.

Als letzter Punkt die Sofortmaßnahmen. Hierzu gibt es im Gesetz keine Regelungen. Es ist bekannt, dass wir seit langem Forderungen haben, die derzeitige Subventionierung von Kassen, die niedrige Ausgaben haben, abzubauen. Wir würden es begrüßen, wenn dies möglich wäre.

**SV Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Zu den versicherungsfremden Leistungen haben wir uns bereits ausführlich geäußert. Wir haben -das möchte ich noch einmal betonen - gesagt, dass wir diesen Paradigmenwechsel ausdrücklich begrüßen, auch wenn wir uns hier etwas mehr Konsequenz vorgestellt hätten, was die Ausgestaltung und die Höhe anbelangt.

Was die finanziellen Wirkungen insbesondere auf die Stabilisierung oder die Absenkung der Beitragssätze der gesetzlichen Krankenversicherungen anbelangt, kann ich mich weitgehend dem anschließen, was meine Vorredner gesagt haben. Ich möchte nur Folgendes ergänzen:

Der Entwurf setzt im Wesentlichen auf der Ausgabenseite und nur in relativ engen Grenzen auf der Einnahmeseite an. Tatsächlich haben wir es aber bei der Finanzproblematik der gesetzlichen Krankenversicherung weitestgehend mit einem Einnahmeproblem zu tun. Dieses Einnahmeproblem hängt mit der Absenkung der Lohnquote zusammen, die wir seit etwa Anfang/Mitte der 90er-Jahre zu verzeichnen haben. Es hängt mit der konjunkturellen

Entwicklung der beiden letzten Jahre zusammen. Ausschlaggebend, so denken wir, sind aber politisch verschuldete Beschädigungen der Einnahmegrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung durch Verschiebehahnhöfe, politisch verschuldet durch alle vorherigen Bundesregierungen und auch die jetzige Bundesregierung. Ich erwähne nur die Absenkung der Beitragsbemessungsgrundlagen für Arbeitslose, die 1995 in Kraft getreten ist. Dies hat sich fast mit Kontinuität in jedem Folgejahr wiederholt, auch bei den Arbeitslosenhilfempfängern - -

Abg. (Barbara Lanzinger (CDU/CSU): Ich bitte Sie, auf die Frage zu antworten! Das war nicht meine Frage!

Darauf bezieht sich aber der Vorschlag, dass ergänzende Maßnahmen erforderlich sind. Wir haben ergänzend vorgeschlagen, diese Verschiebehahnhöfe zurückzunehmen, und meinen, dass dadurch der Beitragssatz in der gesetzlichen Krankenversicherung um mindestens 0,6 Beitragssatzpunkte gesenkt werden könnte und auch die Finanzgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich stabiler und zukunftsträchtiger gestaltet werden könnten.

Abg. **Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich ebenfalls an die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und an Herrn Professor Lauterbach. Halten Sie eine Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlage auf alle Einkünfte für praktikabel? In der öffentlichen Diskussion wird häufig darauf hingewiesen, dass dann die Krankenkassen zu kleinen Finanzämtern werden müssten. Sind für diese Probleme umsetzbare Lösungen vorstellbar?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Die Ausweitung der Beitragsbemessungsgrundlagen ist ein Thema, das nicht ganz unkompliziert ist, weil es unter Gerechtigkeitsaspekten Sinn macht, auch andere Einkommensarten zu erfassen. Sie haben die praktischen Probleme angesprochen. Heute haben wir durch den Beitragseinzug durch den Arbeitgeber eine erhebliche Erleichterung für den Beitragseinzug. Wenn wir andere Einkommensarten einbeziehen, müssten wir dies jeweils bei den Versicherten selbst tun, bräuchten dadurch entsprechende Unterlagen und müssten wahr-

scheinlich die Steuererklärung als Basis nehmen, die aber erst zu einem späteren Zeitpunkt hereinkommt. Von daher ist es nicht ganz unproblematisch.

Voraussetzung für eine solche Lösung wäre vor allen Dingen, die Versicherungspflicht zu erweitern. Das würde auch die Situation in anderer Hinsicht stark verbessern, indem man sagen würde: Wir haben eine Versicherungspflicht für alle Arbeitnehmer. Dann könnten wir sagen: Wir nehmen auch andere Einkommensarten mit hinein. Durch die jetzige Versicherungspflichtgrenze befürchten wir bei einer Einbeziehung von anderen Einkommensarten, dass wir gerade diejenigen belasten, die derzeit noch unterhalb der Grenze liegen. Diese werden dann möglicherweise zu freiwillig Versicherten und verlassen auch noch die GKV. Das heißt, wir haben die Befürchtung, dass dann letztlich weniger Einnahmen hereinkommen.

Die Grundvoraussetzung wäre also, die Versicherungspflicht neu zu regeln. Dann könnte man auch Möglichkeiten und Wege finden, die Frage der Einkommensarten zu klären.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich kann mich diesen Ausführungen teilweise anschließen, will sie aber ergänzen. Die Einbeziehung anderer Einkommensarten in die Verbeitragung ist aus Gerechtigkeitsgründen zu fordern. Was könnte die Begründung dafür sein, dass vor dem Beitrag Löhne und Gehälter als Einkommen anders behandelt werden als zum Beispiel Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte? Wo könnte die theoretische oder die ordnungspolitische Begründung dafür liegen, eine Einkommensart anders zu behandeln als eine andere? Das machen wir beispielsweise bei Steuerveranlagungen auch nicht. Somit ist hier aus meiner Sicht eine wichtige Ungerechtigkeit zu beseitigen.

Die individuelle Leistungsfähigkeit ist das, was für ein Beitragssystem maßgeblich ist. Je höher die Leistungsfähigkeit eines Einzelnen ist, desto mehr soll er in ein solidarisches System einzahlen. Bei der Berücksichtigung der individuellen Leistungsfähigkeit wird bisher nur Lohn und Gehalt berücksichtigt, alle anderen Einkommensarten nicht. Somit gibt es eine Ungerechtigkeit je nach der Zusammenstellung des Einkommens.

Mittelfristig ist es auch so: Löhne und Gehälter steigen insbesondere unterhalb einer Beitragsbemessungsgrenze nicht so schnell wie das Volkseinkommen. Es gibt also nur die beiden Möglichkeiten: Entweder steigen die Beitragssätze stetig, die auf Löhne und Gehälter erhoben werden, oder das Geld, das der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung steht, wächst langfristig nicht so schnell wie das Bruttoinlandsprodukt. Das heißt, wir hätten dann die Wahl, entweder weniger pro Jahr, gemessen am Bruttoinlandsprodukt, für Gesundheit auszugeben, oder wir müssten ceteris paribus ständig die Beitragssätze erhöhen. Das wiederum hätte negative Konsequenzen auf den Arbeitsmarkt. Daher sehe ich langfristig keine Alternative zu der Berücksichtigung anderer Einkommensarten, wenn man das solidarische System erhalten will.

Das ist im Übrigen auch eine Konsensbewertung der Arbeitsgruppe Gesundheit in der Rürup-Kommission gewesen. Bei der Frage, wie andere Einkommensarten berücksichtigt werden können, waren wir in der Kommission bekannterweise unterschiedlicher Meinung.

Zu der spezifischen Frage, wie das technisch geregelt werden kann. Die technische Regelung ist nicht ohne Vorbild. Bereits jetzt ist es so, dass die Krankenkassen für einige Versichertengruppen andere Einkommensarten wie zum Beispiel Miet-, Zins- und Kapitaleinkünfte berücksichtigen. Dies ist auf der Grundlage der Expertenbefragungen, die wir durchgeführt haben, auch auf der Fachebene der Krankenkassen, möglich und ausweitbar. Somit sehe ich hier zwar Probleme, aber in der Summe durchweg lösbare.

Jede Form der Berücksichtigung anderer Einkommensarten hat diese Probleme zu lösen. Ich halte den Aufwand für durchaus vertretbar, schließe mich aber auch meiner Vorrednerin, Frau Pfeiffer, an, dass eine solche Verbeitragung anderer Einkommensarten mit der Erhöhung, idealerweise sogar mit einer Beseitigung der Versicherungspflichtgrenze einhergehen sollte, weil sonst nur die Gruppen belastet würden, deren Einkommen unterhalb der Versicherungspflichtgrenze liegt. Diese sollte entweder nach oben angepasst werden, um auch einkommensstärkere Gruppen heranziehen zu können, oder idealerweise im Sinne einer Bürgerversicherung ganz beseitigt werden.

**SV Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich wollte Folgendes noch ergänzen: Erstens. Man muss den Aufwand einer solchen Regelung ins Verhältnis zu dem potenziellen Ertrag setzen. In einem Gutachten des DIW für die Bundesministerien für Gesundheit und für Wirtschaft im Dezember 2001 ist einmal berechnet worden, was eine isolierte Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf sonstige Einkommensarten bringen würde. Das liegt in der Größenordnung von 0,4 Beitragssatzpunkten. Das ist sicher kein vernachlässigenswerter Betrag, aber es ist auch kein Betrag, der die Finanzprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt lösen würde.

Zweitens möchte ich etwas infrage stellen, was Herr Lauterbach angesprochen hat. Wir betreiben bei den freiwillig Versicherten zwar einen Beitragseinzug auch für andere Einkommensarten. Ich fürchte aber, wenn man einmal Untersuchungen anstellen könnte, wie hoch die tatsächliche Ausschöpfungsquote bei den anderen Einkommensarten ist, würde mir etwas mulmig werden. Das gebe ich zu bedenken.

Drittens. Im Gesetzentwurf ist vorgesehen, zumindest bei den Rentnern einen Einstieg vorzunehmen, die Beitragsbemessung auf andere Einkommensarten auszudehnen und damit sozusagen einen Beitrag zur Generationengerechtigkeit zu leisten. Das würde von uns begrüßt.

**Abg. Petra Selg** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Es ist Sinn und Zweck der Übung, auch dieses Gesetzes, die Lohnnebenkosten zu senken. Deshalb meine zweite Frage an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an Herrn Professor Lauterbach. Die CDU/CSU fordert in ihrem Antrag, künftig den Arbeitgeberbeitrag festzuschreiben. Wie bewerten Sie diesen Vorschlag?

**SV Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Sehr geehrte Frau Abgeordnete, für den AOK-Bundesverband und für das AOK-System möchte ich Folgendes sagen: Die Festschreibung des Arbeitgeberbeitragsatzes bringt gleich mehrere Probleme mit sich. Das erste Problem ist: Sie führt zu erheblichen Wettbewerbsverzerrungen. Wenn zum Beispiel der Arbeitgeberbeitragsatz bei der Marge von 6,5 Prozent - das ist im Gespräch - festge-

schrieben wird, bedeutet das für Krankenkassen mit höheren Beitragssätzen - wir haben etliche mit solchen an der Schwelle zu 15 Prozent -, dass die Arbeitnehmer einen Beitragssatzpunkt mehr zu zahlen hätten. Das ist wettbewerblich überhaupt nicht zu verkraften, vor allen Dingen dann nicht, wenn man bedenkt, dass es etliche Krankenkassen gibt, die einen Beitragssatz haben, der unterhalb von 13 Prozent liegt, die von einer solchen Regelung zunächst einmal überhaupt nicht betroffen wären.

Die Regelung ist überhaupt nur diskutabel - wenn man sie denn diskutieren will - mit einem Ausgleichssystem. Das ist das zweite Problem: das Ausgleichssystem, das zusätzlich eingeführt werden müsste. Um drastische Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden, wäre ein völlig neues Finanzausgleichssystem neben dem Risikostrukturausgleich, neben dem Risikopool notwendig. Es wäre etwas, was die Beitragssatzkalkulation der Krankenkassen zusätzlich enorm erschweren würde.

Das dritte Problem ist, dass der Arbeitgeber bei einer solchen Begrenzung künftig an dem Umfang der Entwicklung der Gesundheitskosten kein Interesse mehr hat. Das ist ordnungspolitisch verfehlt. Auch in der Vergangenheit hat die Mitwirkung des Arbeitgebers in den Selbstverwaltungsgremien selbstverständlich mit dazu beigetragen, dass die Beitragssatzentwicklung in einem gewissen Rahmen blieb. Insgesamt ist das eine Regelung, die dazu führen wird, dass es entweder eine Reihe von Kassenschließungen geben wird oder in Kombination mit einem neuen Ausgleichssystem das gesamte Finanzsystem der gesetzlichen Krankenversicherung erheblich zusätzlich belastet und intransparenter gemacht würde.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Auch wir lehnen die Fixierung des Arbeitgeberbeitrags aus verschiedenen Gründen ab. Ich habe eben schon einmal angesprochen, dass wir bereits bei dem Thema Umfinanzierung Krankengeld große Probleme bei der Verschiebung der Parität haben. Dabei muss man sich einmal sehr genau ansehen, welchen Anteil die Arbeitgeber an den Beiträgen heute überhaupt noch zahlen. Wenn man die Beiträge bei den Rentnern und anderen Versicherten außen vor lässt, stellt man fest: Die Arbeitgeber tragen heute etwa 30 Prozent aller Beiträge. Wenn man das auf das Beitragsaufkommen insge-

samt bezieht, ist dieser Anteil wesentlich geringer, weil zum Beispiel für die Rentner die Rentenversicherungsträger die Anteile zahlen.

Was man darüber hinaus sehen muss, ist: Die Versicherten zahlen nicht nur ihren Anteil am Krankenversicherungsbeitrag, sondern leisten bereits heute und zukünftig vermehrt in erheblichem Umfang Zuzahlungen. Hinzu kommen die Leistungsausgrenzungen, sodass die Versicherten hier weiter belastet werden. Wenn wir mit weiteren Ausgabensteigerungen rechnen müssen, werden die Belastung allein die Versicherten tragen.

Den zweiten Punkt hat Herr Schneider schon angesprochen: Die Fixierung des Arbeitgeberbeitrags würde das GKV-System erheblich in Schwierigkeiten bringen, weil gerade die großen Versorgerkassen, die entsprechend überdurchschnittlich hohe Beitragssätze haben, in weitere Probleme kämen, weil Versicherte hier zusätzlich belastet würden. Die Abwanderung würde hier weitergehen, sodass die Statik des GKV-Systems erheblich in Gefahr geriete. Dann müssten wir uns fragen, ob dieses GKV-System auf Dauer überhaupt haltbar ist. Ich glaube, das kann in niemandes Interesse sein, denn die Absicherung für 90 Prozent der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte nicht wegen eines solchen vielleicht für eine Gruppe erstrebenswerten Vorteils aufs Spiel gesetzt werden.

**SV Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die paritätische Finanzierung hat sich über 100 Jahre bewährt. Wenn man für den Moment eine Notsituation annimmt und sich der Möglichkeit stellen muss, dass Leistungen ganz wegfallen oder in eine private Versicherung übergehen, und dazu als Alternative eine Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags, das heißt ein modifiziertes Abrücken von der paritätischen Finanzierung hätte, dann würden wir als Betriebskrankenkassen uns dafür aussprechen, dieser Lösung näher zu treten. Es ist meine Lesweise des Entwurfs der Regierungskoalition, der Koalitionsfraktionen, dass dieser Schritt gemacht wird. Ich halte das für vertretbar.

Allerdings entspricht das nicht der Vorstellung in dem Antrag der Union. Dort wird eigentlich beides gemacht. Dort soll der Arbeitgeberbeitrag festgeschrieben werden und es sollen

Leistungen in die private Versicherung übergehen. Insoweit grenzen wir uns davon ab.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Professor Raffelhüschen. Wir haben gerade von Professor Neubauer einige Aussagen zu den Lohnnebenkosten, den Lohnzusatzkosten gehört.

Erstens. Ist Ihrer Meinung nach eine Senkung der Lohnzusatzkosten aus beschäftigungspolitischen Gründen geboten?

Zweitens. Welche Bedeutung messen Sie der Beibehaltung, der Modifizierung oder der Aufgabe der paritätischen Finanzierung in diesem Zusammenhang bei? Ob und inwieweit löst dies die Einnahmeproblematik der GKV?

Drittens. Welche beschäftigungspolitischen Aspekte lassen es angezeigt erscheinen, auch die Arbeitnehmer von höheren Lohnzusatzkosten zu entlasten?

**SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen:** Ich muss mich zunächst dafür entschuldigen, dass ich erst jetzt komme und gleich wieder gehe. Ich bin sozusagen eingeschoben worden.

Zur ersten Frage. Ich werde mich kurz fassen. Natürlich ist es geboten, dass man die Lohnnebenkosten senkt. Es ist ganz klar, dass die Senkung der Lohnzusatzkosten aus beschäftigungspolitischen Gründen zu begrüßen ist.

Um einmal ein Gefühl für die Größenordnung zu bekommen: Jeder Prozentpunkt kostet uns in etwa 100 000 zusätzliche Arbeitslose. Insofern ginge die Entlastung in die andere Richtung. Das sind grobe Faustregeln, keine Regeln, die auf die Kommastelle genau sind. Das ist aber in etwa die Größenordnung.

Zur Modifizierung der paritätischen Finanzierung. Ich kann immer wieder nur sagen: Die paritätische Finanzierung ist ein Mythos, der sich seit Jahren hält und trotzdem Mythos ist und bleibt. Denn es hat noch nie eine paritätische Finanzierung gegeben. Diese Parität ist so, als würde man glauben, dass die Quellen-ertragsbesteuerung, also die Erbringung der entsprechenden Leistungen durch die Banken, tatsächlich auch von den Banken getragen wird und nicht von demjenigen, der dort sein Spar-

konto unterhält. Parität hat es insofern nicht gegeben.

Lohnnebenkosten werden genauso wie Lohnhauptkosten auf Preise überwältigt. Ökonomisch gesehen macht es überhaupt keinen Sinn zu unterscheiden.

Insofern ist von beiden Seiten, von den Arbeitnehmern und den Arbeitgebern, her angezeigt, die Lohnzusatzkosten zu entlasten, und zwar indem man schlichtweg auf eine gänzlich andere Finanzierung hinausgeht. Dort nämlich, wo es Parität nie gegeben hat, ist jede Form von unparitätischer Finanzierung nichts anderes als eine Änderung einer Etikette, die ohnehin nicht stimmt.

Zu den Lohnzusatzkosten, die auch die Arbeitnehmer entlasten. Wenn man sich zunächst einmal überhaupt die Frage stellt, was Gesundheit mit Lohn zu tun hat, ist man sehr schnell bei der Antwort, zu sagen, dass überhaupt keine Lohnbezogenheit dort hingehört, sondern schlichtweg, wenn überhaupt, Kopfpauschallösungen oder vielleicht risikoäquivalente Prämien. Das ist das, worauf es langfristig hinauslaufen sollte.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an Professor Raffelhüschen. Sie haben in einer ersten spontanen Reaktion auf den Vorschlag der Union über die Agenturen erklärt, dass Sie den Weg zu einer zehnpromzentigen Selbstbeteiligung für einen Weg in die richtige Richtung halten. Können Sie diese Position noch einmal begründen?

Dr. Beske frage ich, wie er zu der zehnpromzentigen Selbstbeteiligung steht.

SV **Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen**: Die Selbstbeteiligung ist unabdingbar und muss kommen. Es ist die einzige Stellschraube, mit der wir durch die Entscheidung Effizienzreserven von 80 Millionen heben können - nicht durch administrative Maßnahmen. Die Selbstbeteiligung habe ich insofern schon immer für gut befunden. Sie ist bei fast allen Gesundheitsökonomern unumstritten.

Die zehnpromzentige Selbstbeteiligung, natürlich mit der entsprechenden Deckelung auf 2 Prozent Obergrenze, ist eine Selbstbeteiligung, die gut ist und die vor allen Dingen

Steuerungseffekte hat. Das bedeutet für den Durchschnittsverdiener im Grunde genommen nichts anderes als circa 500 Euro Obergrenze pro Jahr. So liegen wir jetzt. Dann fielen 10 Prozent pro medizinischer Leistung an. Die Steuerungseffekte sind genau das, was wir eigentlich wollen.

Es gibt dazu zwei Studien, eine Studie mit Datenbeständen aus der Schweiz. Dort ist der Selbstbehalt so gesetzt, dass wir einen unteren Sockelbetrag haben, dann eine prozentuale Selbstbeteiligung und schließlich mit einem absoluten Selbstbehalt obendrauf abdeckeln.

Dass dieser Tarif enorme Steuerungswirkungen hat, haben einige Studien gezeigt. Wir haben seit kurzem in Deutschland über DKV-Daten die Möglichkeit, diese Steuerungseffekte nachzuweisen. Sie sind wirklich enorm. Genau deshalb ist das der richtige Weg.

Ich muss einen Wermutstropfen dazugeben. Selbstbehalte sind nicht linear. Das heißt, wenn Sie einen kleinen Selbstbehalt einführen und den dann erhöhen, sind die Steuerungseffekte nicht linear, sondern eher exponentiell steigend.

Das heißt auf gut Deutsch: Der Schritt in die richtige Richtung ist getan. Um über Selbstbehalttarife größere Steuerungseffekte zu bekommen, muss man drauf satteln. Wir sind im Moment dabei, im Rahmen einer Studie für das SeKo in der Schweiz zu ermitteln, wie Steuerungseffekte bei einem Hinausgehen über die 500 Euro in der Schweiz wirken würden.

SV **Prof. Dr. Fritz Beske**: Herr Vorsitzender, ich will zunächst einmal sagen, dass ich die Zuzahlung - das ist der richtige Begriff, denn Selbstbeteiligung leistet jeder über seinen Beitrag - für einen Grundpfeiler der künftigen Gestaltung der gesetzlichen Krankenversicherung halte, auch darum, weil ich persönlich der Meinung bin, dass die Ausgabensteigerung in der gesetzlichen Krankenversicherung viel höher ausfallen wird, als es von einer Reihe von Sachverständigen angenommen wird. Von daher ist eine höhere Eigenbeteiligung der Patienten unvermeidbar.

In diesem Zusammenhang spreche ich folgende Warnung aus. Man glaubt, über Prävention Kosten sparen zu können. Prävention spart nicht, schon gar nicht mittel- und kurzfristig.

Von daher ist das nicht der Ansatz, um die gesetzliche Krankenversicherung zu finanzieren.

Darüber, in welcher Höhe Zuzahlungen wirklich Steuerungswirkungen haben, gibt es sehr wenige wissenschaftliche Untersuchungen. Sie hängen sehr stark von dem jeweiligen System ab. Bei der Art der Zuzahlung gibt es eine Fülle von Variationsmöglichkeiten. Für mich ist dabei entscheidend, dass es einfach sein sollte, das heißt eine möglichst praktikable Gestaltung. Ich persönlich ziehe einen direkten Bezug zwischen Leistung und Zuzahlung vor. Von daher würde es für verschiedene Leistungsbereiche unterschiedliche Formen der Zuzahlung geben.

Ich schlage für Arzneimittel eine prozentuale Zuzahlung vor, die die Transparenz der Inanspruchnahme von Arzneimitteln erheblich erhöht, auch die Compliance, verbunden mit einer Aufgabe von Packungsgröße 3 und mit einer Kappungsgröße - dazu könnte ich eine detaillierte Vorstellung zu Protokoll geben -, bei der Krankenhausbehandlung - wie es vorgeschlagen ist - eine Erhöhung für 14 Tage auf 12 Euro, bei der stationären Vorsorge und der Reha 12 Euro ohne zeitliche Begrenzung, bei der psychotherapeutischen Behandlung 15 Prozent je Sitzung. Bei der Praxisgebühr bin ich der Meinung, dass man sie eigentlich nur einführen sollte, um den Chipkartenmissbrauch zu beseitigen, das heißt nur Inanspruchnahme bei der zweiten Aufsuchung eines Allgemeinarztes oder eine Facharztes. Weil wir wissen, dass die Höchstgrenze heute eigentlich nicht mehr ausreicht, schlage ich eine Erhöhung der Höchstgrenze von 2 auf 3 Prozent vor.

Erlauben Sie mir eine zusätzliche Bemerkung zu dem, was auch Zuzahlung ist und was bereits diskutiert wurde, nämlich die Erhöhung der Tabaksteuer oder der Alkoholsteuer. Hier habe ich eine völlig andere und weit über das hinausgehende Meinung, was hier diskutiert wird. Ich halte die Verbindung von Tabaksteuer und Fremdleistungen für die Bevölkerung für nicht akzeptabel, auch nicht für vermittelbar. Was wir brauchen, ist ein direkter Bezug von Erhöhung der Tabaksteuer und der Alkoholsteuer zur Gesundheit.

Wir wissen, dass der Alkohol- und der Tabakkonsum die gesetzliche Krankenversicherung in einer Größenordnung belastet, die sicher bei

30 Milliarden Euro liegt. Wenn ich sehe - das bricht mir wirklich das Herz und ich meine das so bitter ernst, wie es überhaupt nur bitter ernst genommen werden kann -, wie vor der Schule 12-, 13- und 14-jährige Kinder eine Zigarette nach der anderen tief inhalieren und wie das Schäden für die Gesundheit verursacht, die im Leben nie wieder ausgeglichen werden können, wenn der Tabakgebrauch der Einstieg für Hasch ist, wenn Hasch der Einstieg für Drogen ist, dann muss ein gesundheitspolitischer Ansatz gefunden werden, um über die Erhebung von Alkohol- und Tabaksteuern eine Steuerungswirkung zu erzeugen.

Mein Vorschlag lautet ganz einfach: Erhöhung der Alkoholsteuer um 70 Prozent, der Tabaksteuer um 100 Prozent. Sie werden dann auf den Widerstand der Verbände stoßen, aber die Zustimmung der gesamten Bevölkerung finden, vor allen Dingen derjenigen, die Kinder haben. Ich verweise auf eine hervorragende Studie der Weltbank, die jetzt auch auf Deutsch vorliegt, nach der eine erhebliche Erhöhung der Tabaksteuer den Tabakgebrauch bei Kindern um 40 Prozent reduziert.

Von den Mitteln - es sind etwa 9 Milliarden Euro -, die auf diese Art und Weise gewonnen werden, sollten 8 Milliarden Euro zur Entlastung der GKV eingesetzt werden und 1 Milliarde Euro in die Prävention gehen, um nachhaltig auch gegen diese Situation vorzugehen, die wir gesellschaftspolitisch nicht mehr verantworten können.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Zunächst eine Frage an Herrn Professor Lauterbach und dann an die Professoren Raffelhüschen und Neubauer.

Ich will zunächst bei dem ansetzen, was Herr Professor Beske eben gesagt hat. Herr Professor Lauterbach, Sie haben heute mehrfach auf das Gutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen vom Frühjahr Bezug genommen, an dem Sie selber mitgewirkt haben. Wie erklären Sie die Diskrepanz gerade bei dem zuletzt angesprochenen Punkt: Finanzierung versicherungsfremder Leistungen über gesundheitsbezogene Verbrauchsteuern? Hier hat der Sachverständigenrat offenbar unter Ihrer Mitwirkung unter Punkt 40 ausdrücklich erläutert, warum er dies nicht für ein geeignetes Instrument hält, und erklärt:

Diese kritischen Anmerkungen sprechen zwar nicht gegen eine Erhöhung von Tabak- und Alkoholsteuern im Rahmen konzeptionell durchdachter Präventionskampagnen, d. h. als Instrument zur Reduktion des Tabakkonsums, sondern nur gegen ihre Eignung zur Finanzierung der GKV.

Zweite Frage an die Professoren Raffelhüschen und Neubauer. Wie beurteilen Sie die fiskalische Nachhaltigkeit der von den Koalitionsfraktionen und der Bundesregierung geplanten Reform? Wir haben vorhin von den Kassen gehört, dass sie teilweise den Einspareffekt für das kommende Jahr auf weniger als 7 Milliarden Euro veranschlagen. Berücksichtigen Sie dabei bitte besonders die Regelungen zur Umfinanzierung versicherungsfremder Leistungen.

Letzte Frage, ebenfalls an die Professoren Raffelhüschen und Neubauer. Gerade von Ihnen, Herr Professor Raffelhüschen, sind andere Finanzierungen angesprochen worden. Nun wird lebhaft über die Bürgerversicherung diskutiert. Wäre das aus Ihrer Sicht ein Weg, wie wir die Probleme im Gesundheitswesen lösen könnten?

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Wie ich schon bei der öffentlichen Vorstellung dieses Gutachtens im Beisein der Ministerin vorgetragen habe, ist dies im Gutachten ein Punkt, den ich - wie auch einige andere Ratskollegen - nicht mitgetragen habe. Ich habe bei der damaligen Vorstellung des Gutachtens ausdrücklich darauf hingewiesen, dass ich persönlich diese Verknüpfung der Erhöhung der Tabaksteuer mit der Umfinanzierung der gesellschaftspolitisch relevanten und versicherungsfremden Leistungen für sehr sinnvoll halte. Das ist durchgehend meine Position gewesen.

Ich stimme allerdings Herrn Beske zu, dass es darüber hinaus - das haben wir im Gutachten auch ausgeführt - sehr gute Gründe gibt, die Tabaksteuer zu erhöhen. Das heißt, ich würde begrüßen, wenn die Tabaksteuer über das Maß hinaus, welches für die Umfinanzierung der versicherungsfremden Leistungen notwendig wäre, vorgenommen würde, das heißt wenn die Erhöhung über 1 Euro pro Packung hinausginge. Dann könnte nämlich ein Teil der Gesundheitsgewinne realisiert werden, von denen Herr

Beske so eloquent gesprochen hat. Dem stimme ich ohne Wenn und Aber zu.

Ich halte die Erhöhung der Tabaksteuer um 1 Euro pro Packung für die untere Grenze dessen, was im Rahmen der Möglichkeiten für die Verbesserung der Volksgesundheit vertretbar ist, auf die wir auch in Anbetracht der Tatsache, dass unsere Gesellschaft altert und wir eine lange Produktivitätsphase eines jeden Einzelnen, der jetzt geboren wird, in Zukunft unbedingt benötigen werden, angewiesen sind.

**SV Prof. Dr. Bernd Raffelhüschen:** Ich will ganz kurz noch einmal auf diesen Punkt eingehen. Wie auch immer man zu einer Erhöhung der Tabaksteuer steht - vor einem muss gewarnt werden. Das Nonaffektationsprinzip in der Budgetierung des Staates ist etwas, was man unter allen Umständen halten muss. Denn wenn man irgendwo anfängt, dieses zu durchlöchern, kommt man in eine Situation der Töpfchenwirtschaft, die jedes Haushaltsgebaren völlig aus dem Ruder laufen lässt. Das ist eine dringliche Warnung.

Jetzt gehe ich auf Ihre Fragen ein, Herr Storm. Zu der Frage der Nachhaltigkeit, der Bürgerversicherung. Das Gleiche gilt natürlich auch für die Kopfpauschale. Die Nachhaltigkeit wird durch beides nicht beeinflusst. Wenn das Problem im Prinzip daher rührt, dass in Zukunft keine Beitragszahler da sind, dann sind auch keine Bürgerversicherungszahler und keine Kopfpauschalzahler da. Für die Nachhaltigkeit ist diese Frage irrelevant.

Es ist nur relevant für die Frage, wie wir sozusagen unter uns Gerechtigkeitsvorstellungen entwickeln. Für die Frage, wie wir unsere Kinder belasten oder entlasten, spielt es keine Rolle. Es ist beides relativ gleich.

Eines ist bei dieser Frage immer hervorzuheben. Die Bürgerversicherung bedeutet eine schlichte Ausweitung der Staatsquote. Im Grunde genommen wird das, was falsch läuft - die falsche Bemessungsgrundlage -, auf noch breitere Bevölkerungskreise ausgedehnt. Man macht sozusagen das 90-Prozent-Prinzip der GKV, das schief läuft, zu einem 100-Prozent-Prinzip, das schief läuft. Ob das dann der Weisheit letzter Schluss ist, weiß ich nicht genau. Deshalb befinde ich mich auch in der anderen Fraktion.

Zu dem fiskalischen Effekt von versicherungsfremden Leistungen. Auch hier eine große Warnung. Versicherungsfremde Leistungen über Bundeszuschüsse zu finanzieren - so fing auch der Bundeszuschuss in der Rentenversicherung an. Damals waren es versicherungsfremde Leistungen, die reine Kriegsfolgelasten waren, die tatsächlich durch den Bundeszuschuss und nur durch diesen allein gedeckt worden sind. Inzwischen sind die versicherungsfremden Leistungen deutlich geringer als der Bundeszuschuss.

Das heißt, jede Form der Umfinanzierung muss etatistisch so laufen, dass man wirklich etwas herausholt. Der absurde Effekt, dass irgendwann, wenn man mit einem Bundeszuschuss anfängt, dieser steigt und steigt - nämlich entsprechend den Löchern im Haushalt - und nie wirklich die Kopplung über die Dynamik, also über den Zeitablauf, gehalten wird, ist eine Sache, die sehr übel aufstoßen kann. Wir sehen es bei der Rentenversicherung. Wir alle kennen die Diskussion, die da läuft.

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Ich darf kurz das vom Kollegen Raffelhüschen genannte Nonaffektationsprinzip erklären, damit das auch jeder versteht. Es geht darum, dass allgemeine Abgaben - Steuern sind allgemeine Abgaben - nicht zweckgebunden werden sollten. Sie finden zwar jeden Tag einen neuen Zweck, können aber nicht jeden Tag Steuern erhöhen. Der Staat bindet sich damit in seinen Bewegungsmöglichkeiten. Genau das haben Finanzwissenschaftler seit 150 Jahren zum Tabu erklärt. Man soll allgemeine Abgaben immer flexibel einsetzen können und nicht zweckbinden. Sie können 1 000 Dinge verbinden - Verteidigungssteuer und was man alles zusammenbringen kann. Das ist Grundsatz eines Staatshaushalts, der steuern will und flexibel sein soll.

Das Zweite ist Folgendes. Die Tabaksteuer zur Finanzierung von Gesundheitsausgaben hat - das ist auch schon angesprochen worden - den komischen Geschmack, dass man zur Finanzierung jetzt auf einmal etwas braucht, was man eigentlich vermeiden will, nämlich das Rauchen. Die Bevölkerung hat, wenn schon nicht gelacht, sich doch zumindest gewundert, dass man sagte: Man kann die Steuern nicht auf einmal so kräftig erhöhen, weil sonst die Raucher ausbleiben, um das zu finanzieren. Das ist in sich weder logisch noch sinnvoll.

Sinnvoll wäre es, dass man, wenn es um versicherungsfremde Leistungen geht, diese Leistungen ganz herausnimmt und zu Staatsaufgaben erklärt. Wenn der Staat sie von der GKV erledigen lassen will, sollte er sie dort hindelegieren. Aber er sollte sie erst einmal als seine Aufgaben deklarieren. Was jetzt geschieht, ist eine Mogelpackung. Das Herausnehmen ist richtig, aber man sollte das nachhaltiger und intelligenter machen.

Zur Nachhaltigkeit der Reform. Ich bin davon überzeugt, dass die Faktoren unseres Systems, medizinischer Fortschritt und Demographie im Verbund, auf längere Sicht die Ausgaben weiter ansteigen lassen. Ich halte es auch nicht für ein großes Problem, dass wir, wenn wir das System intelligent finanzieren, in 15 Jahren 25 Prozent unseres Bruttoinlandsprodukts für die Gesundheit ausgeben. Wenn die Bevölkerung das braucht, ist es nichts anderes als eine Umstrukturierung unserer Produkte, unserer Güter, unserer Wertschöpfung für das, was an Bedarf besteht.

Wir werden mehr für Gesundheit ausgeben müssen. Die Frage ist nur, wie es gemacht wird. Es darf nicht über die Lohnneben- und Personalzusatzkosten gehen, weil das Arbeitsplätze vernichtet. Es darf auch nicht nur über den Faktor Arbeit, Arbeitseinkommen finanziert werden, weil das zu einer Diskriminierung der Arbeitseinkommen gegenüber den Kapitaleinkommen führt. Da muss man ansetzen, wenn man Nachhaltigkeit haben will.

Unter diesem Gesichtspunkt ist die Bürgerversicherung zu sehen. Bürgerversicherung, so wie sie angelegt ist, ist ein Stück mehr Staat und führt, wie wir vorhin gehört haben, auch zu der Frage: Wie kann ich andere Einkommensarten berücksichtigen, wenn ich nicht Finanzamt spielen will? Das ist sicherlich ein großes Defizit. Wir haben übrigens schon vor 15 Jahren, damals in einer Enquete-Kommission, die Bürgerversicherung als eine Familienversicherung diskutiert und sie aus genau diesen Gründen abgelehnt.

Intelligenter ist es, mit Kopfprämien vorzugehen. Man sagt dann: Jeder Bürger hat eine Versicherungspflicht. Es wird ein Beitrag, eine Prämie erhoben. Aus welchem Einkommen er das finanziert, ist erst einmal unerheblich. Dann braucht man auch nicht danach zu fragen, wer wie viel Einkommen hat. Wer vom

Staat Zuschüsse haben will, muss ehrlicher Weise den Nachweis führen, dass er sie braucht. Ich glaube, das wäre sehr viel ehrlicher. Ich weiß natürlich, dass es eine ganze Reihe von Finanzierungs- und Umfinanzierungsfragen gibt. Aber die Zukunft liegt sicherlich dort und nicht in der Bürgerversicherung, die ein Stück mehr Staat darstellt.

Man muss auch sehen: Bei einem Stück mehr Staat in dieser Form kommen wir zu einer Staatsquote, die in Deutschland heute bei 45, 46, 47 Prozent liegt. Wie viel mehr Staat wollen wir eigentlich noch? Wir sind ein Staat, den man als demokratischen Sozialismus bezeichnen kann. Wir haben eine Demokratie, aber auch Sozialismus in dem Sinn, dass die Hälfte des Inlandsprodukts von Leuten verfügt wird, die immer das Beste wollen, es aber schwerlich erreichen.

Von daher glaube ich, die Zielrichtung, alle Einkommen einzubeziehen, die Arbeitgeber zu entlasten, ist richtig. Herr Raffelhüschen hat es vorhin gesagt, ich habe es auch schon gesagt: Dass die Arbeitgeber paritätisch finanzieren, ist Ideologie, die man ökonomisch nicht als haltbar betrachten kann. Davon kann man ohne volkswirtschaftlichen Schaden abrücken. Aber natürlich gibt es Gruppierungen, die das anders sehen.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Deutschen Städte- und Gemeindebund. Die Union will, dass Sozialhilfeempfänger und gesetzlich Krankenversicherte gleich behandelt werden. Wird der vorliegende Gesetzentwurf der Koalition dieser Forderung gerecht? Oder besteht, wie etwa das Land Berlin zeigt, das Vorbild der Regelung war, die Gefahr, dass einzelne Sozialhilfeempfänger weiterhin besser behandelt werden als Kassenspatienten? Welche Anreize haben die Kassen, die Rechnungen zu überprüfen? Ist die Gefahr gegeben, dass die Kassen wegen der Kopplung der Entgeltung der Verwaltungskosten an die Höhe der Ausgaben gar nicht die Notwendigkeit sehen, einzelne Maßnahmen zu hinterfragen?

SV **Uwe Lübking** (Deutscher Städte- und Gemeindebund): Die vorgeschlagene Regelung in § 264 entspricht nicht den Forderungen der kommunalen Spitzenverbände. Seit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 fordern wir

die vollständige leistungsrechtliche Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung. In diesem Vorschlag wird nur eine Kostenerstattungsmöglichkeit vorgesehen. Das heißt, die Sozialhilfeempfänger bekommen zwar eine Krankenversicherungskarte, der Missbrauch geht aber auch hier zulasten der Sozialhilfeempfänger. Das halten wir für nicht tragbar. Eine leistungsrechtliche Einbeziehung findet nicht statt.

Darüber hinaus findet die fünfprozentige Verwaltungskostenerstattung nicht unsere Zustimmung. Wir sehen hier in der Tat nicht die Einsparmöglichkeiten, die damit verwirklicht werden könnten. Umgekehrt ist nach unserer Auffassung die Frage der Höhe von Leistungen mit der Frage der Verwaltungskosten überhaupt nicht in Zusammenhang zu bringen. Das heißt: relativ teure, stationäre Leistungen in der Abrechnung bedingen nicht den Verwaltungsaufwand wie vielleicht kleinere, ambulante Leistungen. Gleichwohl müssen 5 Prozent auf die höhere Summe gezahlt werden. Anreize zum Sparen sehen wir hier in der Tat nicht. Die Krankenkassen hätten keinen Nutzen von der Gleichbehandlung, weil höhere Ausgaben bei gleichzeitig höheren Verwaltungskostenpauschalen erstattet würden.

Abg. **Maria Michalk** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den IKK-Bundesverband. Welche finanzielle Entlastung hat es für die GKV, wenn bei Patienten die Zuzahlungen in Disease-Management-Programmen halbiert werden? Ist das von der Bundesregierung geplante Einsparvolumen an dieser Stelle realistisch?

SV **Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Mit diesen Überlegungen verfolgt man zunächst einmal gesundheitspolitische Zielsetzungen, nämlich besondere Versorgungsformen zu fördern in der Annahme, dass durch strukturierte Behandlungsprogramme oder Ähnliches eine adäquatere, angemessenere Behandlung von Patientinnen und Patienten stattfindet. Dieses Ziel ist nachvollziehbar.

Beschäftigt man sich aber mit der Frage der finanziellen Abschätzungen und Folgewirkungen, muss man deutlich herausstellen, dass sich bei der jetzigen Konstruktion bereits bei einer Einschreibquote von etwa 35 bis 40 Prozent der Versicherten, die aus gesundheitspoliti-

schen, medizinischen Gesichtspunkten sicherlich wünschenswert wäre, der finanzielle Effekt durch die verminderten Zuzahlungen, die vorgesehen sind, ins Gegenteil verkehrt. Das heißt, wir hätten hier keine Entlastung in dem vorgegebenen Maß, wie die Bundesregierung es ausgewiesen hat, sondern wir hätten den Effekt, dass, wenn das medizinisch, gesundheitspolitisch Wünschenswerte in großem Umfang stattfindet, die finanziellen Entlastungswirkungen, die im GMG-Entwurf für die GKV ausgewiesen sind, nicht eintreten, sondern im Gegenteil überkompensiert werden. Das muss man deutlich herausstreichen.

Das Ganze verschärft sich im Effekt insoweit, als sich insbesondere chronisch Kranke in die Programme einschreiben. Wenn das mit einem unbestritten überproportional hohen Bedarf an Pharmakotherapie geschieht, wird sich dieser Prozess noch weiter verschärfen. Diesen Tatbestand darf man nicht übersehen. Er ist bei den Daten, die man in der GKV heute hat und auf deren Basis man modellhaft rechnen kann, ziemlich evident.

Abg. **Andreas Storm** (CDU/CSU): Meine Frage geht an die Spitzenverbände der Krankenkassen.

Ist Ihres Erachtens die Regelung der Kostenerstattung für die EU-Gesundheitsleistungen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf entsprechend der jüngsten Rechtsprechung angemessen umgesetzt oder besteht hier ein Nachbesserungsbedarf?

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Die Regelung ist nach unserer Auffassung sachgerecht. Ich denke, das ist die Auffassung aller Spitzenverbände der Krankenversicherung. Eher redaktioneller Art ist der Nachbesserungswunsch, dass der Genehmigungsvorbehalt bei den stationären Leistungen auch explizit für die Familienangehörigen formuliert werden müsste. Ansonsten ist das eine vernünftige Regelung.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich will an diese Frage anknüpfen. An die BKK habe ich die Frage: Denken wir einmal an Patienten, die über Grenzen hinweg Leistungen in Anspruch nehmen. Ich halte ich es für eine Diskriminierung der deutschen Patienten, wenn sie die

Kostenerstattung nicht in Anspruch nehmen können. Wie sehen Sie das?

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Stationäre Leistungen - darauf beschränkt sich das ausschließlich - -

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Nein. Ich rede jetzt von ambulanten Leistungen und dem, was das europäische Urteil vor wenigen Wochen festgelegt hat.

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Das Sachleistungsprinzip hat auch seine Vorteile, kann ich dazu nur sagen. Es ist ein sehr komfortables Prinzip, wenn der Versicherte nicht permanent den Geldbeutel zücken muss.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ich habe verstanden, was Sie gesagt haben.

SV **Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Möglicherweise könnte man dem System der Kostenerstattung im Sinn einer Wahlmöglichkeit gegenüber treten. Das müsste man noch einmal genauer überlegen. Allerdings ist es im System der Kostenerstattung schwierig, einfach Kostensteuerungsmaßnahmen vorzuhalten und Qualitätssicherungsmaßnahmen vorzunehmen. Da sind wir im nationalen Rahmen in einem Zwiespalt.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Ihre Argumentation finde ich Klasse. Mir hat sehr gefallen, dass Sie die europäische Lösung auch im ambulanten Bereich so begeistert begrüßt haben. Da haben Sie all diese Vorbehalte nicht gehabt. Wenn wir es unter inländischer Perspektive betrachten, halte ich es für eine Diskriminierung der deutschen Patienten, wenn sie dies nicht in Anspruch nehmen können. Ich empfinde das so. Es ist auch ein Thema für uns Liberale, dies noch zu regeln. So geht es nicht.

Herr Professor Neubauer und Herr Professor Beske, wie sehen Sie diese Thematik?

**SV Prof. Dr. Fritz Beske:** Ich bin grundsätzlich der Meinung, dass die Wahlmöglichkeit der Kostenerstattung von den freiwillig Versicherten auf alle Versicherten ausgedehnt werden sollte - auch um, was immer wieder betont wird, die Patientensouveränität zu stärken. Wenn man es nun aber in der europäischen Perspektive sieht, bin ich der Überzeugung, dass dies die Wahl für wohl alle Gesundheitssysteme sein wird. Denn ich kann mir nicht vorstellen, dass eine grenzübergreifende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ohne Kostenerstattung überhaupt möglich ist. Ich glaube, dass die Kostenerstattung an Bedeutung gewinnen wird. Ich glaube, dass wir uns in einem dynamischen Prozess befinden.

Ich bin immer Anhänger einer schrittweisen Weiterentwicklung gewesen. Von daher glaube ich, dass wir auch dieses Prinzip schrittweise weiterentwickeln müssen. Der erste Schritt wäre, dass man auch dem deutschen Versicherten grundsätzlich die Möglichkeit gibt, Kostenerstattung zu wählen.

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** In diesem Fall kann ich mich Herrn Beske anschließen. Es ist für uns in Deutschland bezeichnend, dass das Prinzip der Kostenerstattung über die EU-Rechtsprechung auf uns zukommt und wir selbst nicht in der Lage waren, das von uns aus proaktiv zu entwickeln. Das ist ein Zeichen für die Reformfähigkeit, die wir in Deutschland so vor uns hertragen.

Wir werden nicht umhinkommen, das umzusetzen, weil die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs stärker sein wird als unsere. Ich meine aber auch, dass gerade die Kostenerstattung in Verbindung mit Zuzahlungen mehr Sinn macht. Warum sollte nicht letzten Endes Kostenerstattung die Regel und Sachleistung ebenso möglich sein? Wenn etwa Krankenkassen mit Gesundheitscentern und anderen bestimmte vertragliche Vereinbarungen treffen, ist Sachleistung nach wie vor eine Möglichkeit, die man anbieten kann.

Von der ganzen Entwicklung her werden wir in Richtung Kostenerstattung getrieben - unabhängig davon, ob wir es wollen oder nicht. Ich will. Aber auch die, die nicht wollen, werden dort hinkommen. Das ist dabei das Tröstliche.

Abg. **Dr. Dieter Thomae** (FDP): Das ist für uns ermunternd.

Herr Professor Neubauer und Herr Professor Beske, Sie haben eben schon Argumente gegen eine Bürgerversicherung genannt. Ich denke, es gibt noch einige mehr. Das ist ein so entscheidendes Thema, dass man das sehr deutlich und sehr pointiert sagen sollte.

**SV Prof. Dr. Günter Neubauer:** Ein wichtiger Grund ist, dass ich das System mit einer Alternative, die ich jetzt einmal als Kopfprämie bezeichne, sehr viel stärker wettbewerbsfähig betreiben kann. Bei der Bürgerversicherung habe ich da eine ganze Reihe von Problemen.

Das Zweite ist, dass man mit einer Kopfprämie den Umverteilungsmechanismus, den wir bisher in den Sozialleistungssystemen haben, ein Stück abbremsen und ausbremsen kann. Dann kann man nicht mehr so ohne weiteres überwälzen, weil die Beitragsbemessung ganz anders erfolgt.

Bei der Bürgerversicherung haben Sie nach wie vor die Gefahr, die Sie heute auch haben, dass Sie von der Rentenversicherung her in die Krankenversicherung und in die Arbeitslosenversicherung usw. so lange eingreifen, bis alle schwindlig sind, wobei wir dann gewissermaßen nur eine Runde höher sind und alles mehr kostet. Das haben wir oft genug erlebt.

Das ist ein wichtiger Mechanismus. Man muss manchmal dem Staat helfen, sich vor sich selbst zu schützen. Das wäre so eine Maßnahme.

(Zuruf: Das allein ist schon genug!)

Gut, ich lasse es einmal sein.

Das wären mindestens zwei Argumente mehr, die für eine solche Form sprechen.

Ich habe vorhin schon gesagt: Gemeinsam mit der Bürgerversicherung ist, dass alle Einkommen einbezogen werden, dass ich das Finanzamt aber nicht brauche. Ich brauche nur von denjenigen, die den Staat brauchen, die etwas von ihm haben wollen, weil sie ihrer Beitragspflicht nicht nachkommen können, die Erklärung, dass sie Hilfe brauchen. Ich halte es für legitim, dass derjenige, der Hilfe braucht, auch

erklärt, warum er Hilfe braucht. Er will ja Hilfe von anderen haben und deren Einkommen abschöpfen.

Dagegen hielte ich es für höchst verhänglich, wenn sich die Krankenkassen mit dem Finanzamt verständigen müssten, der Krankenkasse der Einkommensnachweis, der Lohnsteuerbescheid vorgelegt werden muss, damit dort berechnet werden kann, was herauskommt. Das ist ein Staat, der nicht sein muss. Da will ich nicht hin.

**SV Prof. Dr. Fritz Beske:** Herr Vorsitzender, ich versuche, eine Formulierung zu finden, die den von mir hoch geschätzten Abgeordneten Herrn Thomae nicht in irgendeiner Form irritiert, indem ich sage: Ich habe mich zur Bürgerversicherung überhaupt nicht geäußert. Das ist die erste Feststellung.

Das Zweite. Ich habe in der vorigen Woche ein neues Buch von mir vorgestellt: Das Gesundheitswesen zukunftsfähig machen - Kieler Alternative. In diesem Vorschlag ist die Bürgerversicherung nicht enthalten, Herr Abgeordneter Thomae.

**Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP):** Ich möchte eine Frage an die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände stellen. Es geht um die Thematik Praxisgebühr. Wir sind der Auffassung, dass die freie Arztwahl erhalten bleiben soll. Mich würde eine Abschaffung stören. Können Sie Argumente dazu vortragen?

Eine zweite Frage stelle ich an Herrn Professor Kossow. Die Thematik Arzneimittelverordnung/Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine Thematik, die mich sehr interessiert. Ich denke, es gibt dazu andere Lösungsvorschläge als im Gesetzgebungsvorschlag von Rot-Grün.

**SV Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg (Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände):** Natürlich ist es so, dass die Frage der Praxisgebühr, bezogen auf eine ganz bestimmte Arztgruppe, einen Steuerungseffekt auslösen wird, der mit der freien Arztwahl nicht in Einklang zu bringen ist.

Ich will die Frage aber gern auf etwas anderes beziehen. Es würden vor allen Dingen die bisherigen Vertrauensverhältnisse der Patienten,

insbesondere der chronisch Kranken, zu den behandelnden Ärzten ihres Vertrauens zerstört. Das kann eigentlich nicht Sinn eines Steuerungsinstrumentes sein.

Wenn das Steuerungsinstrument dazu angelegt sein soll, missbräuchliche Nutzung des Systems zu verhindern, muss man ein ganz anderes Steuerungsinstrument benutzen, nämlich den Patienten an sich. Der Patient muss die Nutzung des Systems am eigenen Leibe spüren, indem er die finanzielle Verantwortung zumindest zum Teil mit übertragen bekommt. Deswegen ist eine isolierte Steuerung für einzelne Sektoren, für einzelne Bereiche des Gesundheitssystems ganz grundsätzlich verfehlt. Eine grundsätzliche Steuerung kann nur über eine sinnvolle, sozial moderat abgefederte Eigenbeteiligung der Patienten stattfinden.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutscher Hausärzteverband e.V.):** Die Hausärzte verfolgen den Grundsatz: Regressvermeidung vor Strafe. Dafür gibt es in dem Gesetzentwurf gute Ansätze, nämlich die §§ 84 und 106 Abs. 5 d. Dort ist richtig geregelt, dass statt der Festsetzung eines Regresses durch den Prüfungsausschuss zunächst mit dem Arzt individuelle Richtgrößenvereinbarungen getroffen werden können.

Instrumente, dies auch zielführend umzusetzen, sind den Ärzten in seiner Verordnung unterstützende elektronische Informations- und Dokumentationssysteme wie zum Beispiel GAMSi und der Ifap-Therapiereport. Ziel einer vernünftigen und angemessenen Wirtschaftlichkeitskontrolle muss also ein lernendes System sein, welches den Arzt zu einer wirtschaftlichen Verordnung hinführt und welches nicht a priori in die Gefahr gerät, Arzneimitteltherapie zu rationieren, jedenfalls nicht, insoweit dies nicht politisch beabsichtigt ist.

Dieses Prinzip darf nicht durch automatisierte Verrechnungsregeln mit dem ärztlichen Honorar und der Gesamtvergütung umgesetzt werden. Nach unserer Auffassung ist deswegen § 106 Abs. 5 c aus dem Gesetzentwurf zu streichen, weil er eine verdeckte Wiederherstellung des Arzneimittelbudgets mit der Haftung durch die Gesamtgemeinschaft der KV-Vertragsärzte darstellt. Das hat schon einmal nicht funktioniert und scheitert im Übrigen langfristig auch an rechtlichen Bedenken.

Im Übrigen meinen wir, dass die Ärzte, die die Wirtschaftlichkeitskontrolle ex ante durch die modernen Datenbank- und E-Medien vornehmen, eine Beweislastumkehr genießen sollten. Im Falle dieser Ärzte sollte der Prüfausschuss die Unwirtschaftlichkeit beweisen und nicht der Arzt noch einmal die Wirtschaftlichkeit.

Im Übrigen halten wir es nicht für vertretbar, dass, nachdem das Prüfwesen auf eine Einstufigkeit umgestellt wird, die aufschiebende Wirkung der Klage nicht gegeben ist. Man sollte hier Bedingungen schaffen, dass erst dann, wenn ein Prüfbescheid rechtskräftig ist, tatsächlich gezahlt werden muss.

Ein Letztes. Wenn die Kooperation und Integration der Versorgung durch den Hausarzt klappen soll, dürfen Hausärzte nicht dafür bestraft werden, dass sie fachärztliche Therapieempfehlungen umsetzen. In diesem Fall ist sehr sorgfältig darauf zu achten, dass Intervall- und Folgeverordnungen insbesondere bei langfristig Kranken entweder über entsprechende Arzneimittelnominierungen aus der Wirtschaftlichkeitskontrolle herausgenommen werden oder alle Veranlasser, also beide Ärzte, in die Wirtschaftlichkeitskontrolle hineinkommen, sowohl derjenige, der die Indikation festgestellt hat, als auch der Verordner. So viel in aller Kürze.

**SVe Dr. Karin Bell** (Ständige Konferenz ärztlicher psychotherapeutischer Verbände): Ich möchte auf die Praxisgebühr und auf die Bedeutung eingehen, die sie für die Versorgung psychisch Kranker hat.

Generell möchte ich sagen, dass ich etwas mehr als 30 Jahre in der Praxis bin, auch heute noch arbeite und mir die praktische Umsetzung der Praxisgebühr nur als relativ unpraktisch vorstellen kann.

Ich meine auch, dass die Praxisgebühr, wenn man ihr denn schon so etwas wie eine Filterfunktion zubilligt, eine solche allenfalls bei akut auftretenden Krankheiten hat, aber für alle chronisch Kranken eher mehr Kosten als weniger Kosten verursacht.

Bereits im Gesetz steht: Die chronisch Kranken sollen letztlich bei ihrem behandelnden Arzt bleiben können. Aber was ist mit den chronisch Kranken, die jetzt alle schon bei ihrem behandelnden Arzt sind? Sollen sie alle

noch eine Schleife beim Hausarzt vorbei machen?

Ich komme zu meinem Hauptpunkt. Wie ist es mit der Versorgung psychisch Kranker? Sie haben für psychologische Psychotherapeuten eine Ausnahme in das Gesetz hineingeschrieben. Sie gilt aber nicht für ärztliche Psychotherapeuten. Gerade im psychiatrischen Versorgungsbereich ist es so, dass der Psychiater zumindest der Hausarzt der psychisch schwer Kranken ist. Wenn man versucht, hier einen Hausarztfilter vorzuschieben, wird man damit bewirken, dass die schwer psychisch Kranken überhaupt nicht mehr zum Arzt gehen, wenn man es in der Klinik gerade geschafft hat, sie zu motivieren, eine psychiatrische Behandlung zu beginnen und durchzuhalten.

Mein Fazit ist, dass die Praxisgebühr, zumindest was die psychisch schwerer Kranken angeht, einen Filter ansetzt, der eher zu einer Verschlechterung als zu einer Verbesserung der Versorgung führt.

**Abg. Helga Kühn-Mengel** (SPD): Es gab aus der ersten Runde noch einen Rest zugunsten von Bündnis 90/Die Grünen. Den möchte ich aufgreifen. Das betrifft die Frage an Herrn Professor Lauterbach zur Bürgerversicherung. Das passt ganz gut. Dazu und auch zum Einfrieren des Arbeitgeberanteils ist inzwischen noch einiges gesagt worden. Das bedarf der Kommentierung. Darum bitte ich Sie, Herr Professor Lauterbach, und den DGB.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich bin genau wie Herr Rürup der Meinung, dass die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags keine zielführende Lösung ist.

Die beiden Hauptprobleme sind: Erstens ist das deutsche Gesundheitssystem relativ teuer; es kostet ungefähr 30 Prozent mehr als im europäischen Durchschnitt. Zweitens wird der Faktor Arbeit durch die Finanzierung des deutschen Gesundheitssystems stark belastet.

An beiden zentralen Problemen würde die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags nichts ändern. Die Kostendynamik könnte damit nicht durchbrochen werden. Im Gegenteil: Die Arbeitgeber verlieren einen Teil des Interesses, der Kostendynamik entgegenzuwirken. Somit

würden die Kosten sich entweder wie bisher entwickeln oder noch schneller steigen.

Der Faktor Arbeit würde dadurch nicht billiger. Er bliebe genauso teuer, wie er ist. Ich will daran erinnern, dass es gerade die Arbeitgeberverbände sind, die häufig darauf hinweisen, dass die Parität hier nur eine Chimäre sei. Das haben wir eben auch von Herrn Raffelhüschen gehört. Ich bin zwar nicht dieser Meinung. Aber wenn man dieser Meinung ist, dann ist es nur konsequent, abzuleiten, dass sich durch die Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags an der Gesamtbelastung des Faktors Arbeit nichts ändert. Wenn man dieser Logik folgt, ist die Gesamtbelastung des Faktors Arbeit zu berücksichtigen und nicht nur der Anteil des Faktors Arbeit, der heute mit dem Begriff der Lohnzusatzkosten zusammengefasst wird.

Die wesentlichen Probleme würden nicht gelöst. Das Hauptproblem ist - da bin ich mit Herrn Neubauer einer Meinung - die Einbeziehung anderer Einkommensarten. Diese wird durch die alleinige Festschreibung des Arbeitgeberbeitrags nicht erreicht. Es bliebe bei Löhnen und Gehältern allein. Kombiniert man dies mit einer Beitragsbemessungsgrenze, wie wir sie in unserem System immer haben und wie es auch bleiben sollte - sonst hätten wir ein quasi steuerfinanziertes System -, dann müssen die Beitragssätze weiter steigen, will man nicht den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttozialprodukt senken. Somit halte ich das in jeder Beziehung für keine zielführende Lösung.

Ich will noch einen Punkt aufgreifen, der in diesem Zusammenhang von Bedeutung ist. Hier wurde mehrfach von der so genannten Steuerungswirkung gesprochen. Herr Raffelhüschen hat gesagt, hohe Zuzahlungen seien gut, weil sie die Steuerungswirkung verstärken.

Steuerungswirkungen sind an sich weder gut noch schlecht. Es gibt positive Steuerungswirkungen und negative Steuerungswirkungen. Wenn zum Beispiel schwer Kranke wegen einer Änderung der Zuzahlungsregelung nicht mehr zum Arzt gehen, dann ist auch das eine Steuerungswirkung; sie ist aber negativ. Wenn es nur darum ginge, die Steuerungswirkung zu verstärken, dann gäbe es eine sehr simple Regelung, und zwar die Barzahlung aller medizinischen Leistungen. Das hat die maximale Steuerungswirkung.

Bei Steuerungswirkungen muss somit zwischen wünschenswerten Steuerungswirkungen und nicht wünschenswerten Steuerungswirkungen unterschieden werden. Das ist eine medizinische Frage. Eine Erhöhung der Zuzahlungen oder der Selbstbeteiligungen, die bei jeder medizinischen Steuerung ist, ist aus meiner Sicht eher negativ als positiv zu bewerten.

Die Einbeziehung der anderen Einkommensarten kann - das ist korrekt - außer durch die Bürgerversicherung auch durch das Pauschalprämienmodell erreicht werden. Das ist ein zentraler Vorzug des Pauschalprämienmodells.

Beim Pauschalprämienmodell ist die Prämie vom Einkommen unabhängig. Nur diejenigen, die so arm sind, dass sie einen Steuerzuschuss in Anspruch nehmen können, werden entlastet. Das Pauschalprämienmodell belastet also die einkommensschwachen Haushalte. Das ist ungerecht und konjunkturpolitisch nicht wünschenswert. Denn die einkommensschwächeren Haushalte mit ihrer relativ hohen Konsumquote würden belastet und die Haushalte mit einer niedrigeren Konsumquote entlastet. Wir wissen, dass in Deutschland die Konsumquote der Haushalte ohnedies unterdurchschnittlich ist. Hier würde ein bestehendes Problem verstärkt. Die Lösung wäre somit sowohl für den Arbeitsmarkt als auch unter Gerechtigkeitsaspekten der Bürgerversicherung unterlegen.

Wenn man alles durchdenkt, wird die Bürgerversicherung wieder attraktiver erscheinen als bei der Schlaglichtbewertung, die wir eben vernehmen konnten.

**Sve Dr. Ursula Engelen-Kefer** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Auch wir wollen eine Verbesserung des Verhältnisses von Preisen und Leistungen im Gesundheitswesen. Aber im Einfrieren des Arbeitgeberbeitrags oder in der Einführung von Kopfpauschalen sehen wir keine Lösung.

Wir brauchen gar nicht nur theoretisch zu diskutieren. Denn in der Schweiz gibt es ja die Kopfpauschalen. Das Problem ist, dass die Kosten dort sehr stark gestiegen sind. Nach den USA, die immer als das liberale Paradies dargestellt werden, hat die Schweiz den höchsten Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttozialprodukt. In der Schweiz ist man

gerade dabei, massiv zu reformieren, weil man damit nicht zurecht kommt.

Wir sollen uns hier damit beschäftigen, wie man Kosten reduzieren kann. Auch durch das Einfrieren der Arbeitgeberbeiträge wird man dies nicht erreichen können. Damit erreicht man nur, dass die Kostensteigerungen auf der Arbeitnehmerseite stattfinden. Das wird die Binnenkonjunktur genauso belasten, abgesehen von den negativen Verteilungswirkungen.

Die immer wieder aufgestellte Behauptung, die Parität bei den Sozialversicherungsbeiträgen sei eine Chimäre, glaube ich nicht. Wer sich schon einmal mit Volkswirtschaft beschäftigt hat oder beschäftigen musste, weiß sehr genau, dass es entsprechende Modelle gibt. Aber am Ende kommt immer das heraus, was man am Anfang als Annahmen hineintut. Wenn man bestimmte Annahmen voraussetzt, kommt natürlich heraus, dass die Parität eine Chimäre ist. Aber die Realität ist vielfältiger. Es gibt durchaus Unternehmen, die ihre Beiträge nicht unmittelbar überwälzen können, sodass es durchaus sehr unterschiedliche Verteilungswirkungen gibt.

Ich möchte ein Hauptargument nennen, weshalb wir die Parität für so wichtig halten, auch in der modifizierten Form. Wir wissen natürlich, dass sie in Reinheit nicht durchgehalten werden kann. Für uns ist ganz wichtig, die Arbeitgeber in der Mitverantwortung zu halten. Gerade im Gesundheitswesen gibt es sehr starke Interessengruppen, die so genannten Leistungsanbieter. Es ist für uns unerlässlich, dass die Arbeitgeber ein unmittelbares Interesse haben, die Kosten in Grenzen zu halten.

Diese geteilte Verantwortung, die aus der geteilten Finanzierung resultiert, muss unabhängig von unterstellten Verteilungswirkungen beibehalten werden. Wir halten es für absolut vordringlich, sicherzustellen, dass beide Seiten - Arbeitgeber und Arbeitnehmer - ein Interesse daran haben, die Kosten in Grenzen zu halten. Deshalb habe ich am Anfang auf die Länder hingewiesen, in denen das absolut nicht der Fall ist. Dort sind die Kostensteigerungen bei weitem höher als bei uns.

Bei Gesundheit handelt es sich eben nicht um ein Waschmittel, wo Werbezeitungen oder Marketingprospekte den Bürger in die Lage versetzen, Preisvergleiche vorzunehmen und danach vorzugehen. Wenn ich ein Kind mit

einer Blinddarmreizung habe, kann ich nicht in fünf Krankenhäusern nachfragen, wer das beste Preis-Leistungs-Verhältnis bei der Blinddarmoperation hat. Vielmehr muss ich das nächste Krankenhaus nehmen, damit dem Kind geholfen wird. Das ist ein Beispiel, das zeigt, weshalb es sich hier um eine Sondersituation handelt.

Wir sind daran interessiert, die gemeinsame Finanzierung und auch die gemeinsame Verantwortung für unser solidarisches Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten. Daraus resultiert unsere Schlussfolgerung: Wir sprechen uns für eine Verbreiterung und nicht für eine Verengung der Solidaritätsbasis aus. Denn das Gut Gesundheitsversorgung muss als solidarische Leistung aufrecht erhalten und gestärkt werden und darf nicht abgebaut werden.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage richtet sich an den AOK-Bundesverband, an den Verband der Angestellten-Krankenkassen und an den DGB. Der heute diskutierte Gesetzentwurf sieht eine Neugestaltung der Zuzahlungsregelungen im Arzneimittel- und im Verbandsmittelbereich vor. Damit ist eine Teilnahme an strukturierten Behandlungsprogrammen und an dem zukünftigen Hausarztmodell verknüpft. Ich bitte Sie, sich zu diesem Sachverhalt zu äußern.

SV **Werner Schneider** (AOK-Bundesverband): Die Zuzahlungsdifferenzierung zwischen dem Normalfall und der Teilnahme an Disease-Management-Programmen und strukturierten Behandlungsprogrammen begrüßen wir grundsätzlich. Wir hielten es für zweckmäßiger, wenn die Krankenkassen in diesem Verhältnis mehr Gestaltungsmöglichkeiten hätten und diese Differenzierung selber steuern und bestimmen könnten.

Hinsichtlich der Differenzierung für Hausärzte haben wir Bedenken, weil die Gefahr von Fehlsteuerungen besteht. Die Inanspruchnahme von Hausärzten könnte letztendlich die Inanspruchnahme anderer - auch höherwertiger - Versorgungsformen verdrängen, etwa bei Disease-Management- oder strukturierten Behandlungsprogrammen.

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Grundsätzlich haben wir das Problem, dass wir jetzt

sehr viele verschiedene Zuzahlungsregelungen nebeneinander haben. Wir befürchten, dass bei den Versicherten niemand mehr durchblicken wird, welche Zuzahlungsform an welcher Stelle gilt.

Wir haben immer gesagt, dass Zuzahlungsregelungen Sinn haben, wenn sie eine Steuerungswirkung haben. Über die Verpflichtung zum Hausarztmodell entstehen möglicherweise nicht erwünschte Steuerungswirkungen. Wir haben uns immer dafür ausgesprochen, dieses Hausarztmodell optional vorzusehen. Hier auch über Zuzahlungsregelungen und -differenzierungen Anreize zu setzen ist sicherlich sinnvoll und kann unterstützt werden.

**SV Dr. Heinz Stapf-Finé** (Deutscher Gewerkschaftsbund): Wir bewerten die Neuregelungen im Bereich der Zuzahlungen differenziert. Einerseits befürworten wir die vorgesehenen Reduzierungen für Versicherte, die sich am Hausarztssystem, an Disease-Management-Programmen und an integrierter Versorgung beteiligen, weil diese Versicherten dann für ein Verhalten belohnt werden, das der ganzen Versichertengemeinschaft zugute kommt.

Geplant sind Reduzierungen im Arzneimittelbereich und auch bei Krankenhausaufenthalten. Nach unserer Ansicht sollte noch einmal überprüft werden, ob Versicherte, die sich an solchen besonderen Versorgungsformen beteiligen, nicht gänzlich von Zuzahlungen befreit werden können, um diesen Anreiz noch zu verstärken.

Andererseits stehen wir der geplanten Erhöhung der Zuzahlungen kritisch gegenüber. Denn wir bezweifeln, dass Arzneimittelverordnungen oder gar Krankenhausaufenthalte von den Versicherten selbst indiziert werden können und dass somit ein gesundheitsbewusstes Verhalten erreicht werden könnte.

Im Übrigen - darauf hat ja Professor Beske schon hingewiesen - ist in der internationalen Forschung nicht belegt, dass Zuzahlungen tatsächlich eine sinnvolle Steuerungswirkung entfalten. Es wurde festgestellt, dass Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen nur dann eine Steuerungswirkung entfalten, wenn sie sehr hoch ausfallen. Insofern kann man Professor Raffelhüschen verstehen, wenn ihm die Vorschläge der CDU/CSU-Fraktion an dieser Stelle nicht weit genug gehen. Wenn allerdings

die Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen entsprechend hoch sind, sind sie unsozial und haben in einer solidarisch finanzierten gesetzlichen Krankenversicherung nichts verloren.

Im Zusammenhang mit den Zuzahlungen wird als Begründung herangezogen, dass sie zu einer Verbesserung der Einnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen sollen, um den Arbeitsmarkt zu entlasten. Da wurde uns heute eine Faustformel genannt, wonach eine Senkung um einen Beitragssatzpunkt 100 000 neue Arbeitsplätze schaffen würde.

Wenn man dieser Logik folgen würde, müsste man die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung, die gesetzliche Pflegeversicherung und die Arbeitslosenversicherung abschaffen. Mit der Abschaffung von 40 plus x Beitragssatzpunkten könnte man dann 4 Millionen Arbeitsplätze schaffen.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Die These, dass die Senkung des Beitragssatzes um einen Beitragssatzpunkt 100 000 neue Arbeitsplätze schaffen soll, lassen wir wissenschaftlich überprüfen.

Abg. **Silvia Schmidt** (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Krankenkassen und an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen. Die Fraktion der CDU/CSU hat in ihrem Antrag eine am Preis ausgerichtete prozentuale Zuzahlungsregelung vorgeschlagen. Ich bitte unter folgenden Gesichtspunkten um Stellungnahme: Erstens. Welche Steuerungseffekte werden hierdurch bewirkt? Zweitens. Welche Auswirkungen hat diese Forderung auf das Sachleistungsprinzip und auf die Belastung der Patienten?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (VdAK/AEV): Sie haben nach den Steuerungswirkungen von Selbstbeteiligungsregelungen gefragt. Es wurde heute bereits gesagt, die Steuerungswirkungen seien enorm, und angeblich sind alle Gesundheitsökonomien dieser Meinung. Herr Stapf-Finé hat gerade darauf hingewiesen, dass diese Steuerungswirkungen nur dann eintreten, wenn die Zuzahlungen so hoch sind, dass sie zu nicht mehr hinnehmbaren Belastungen führen. Außerdem gehen alle Gesundheitsökonomien davon aus, dass wir im Gesundheitswesen eine angebotsinduzierte Nachfrage haben.

Hier stellt sich natürlich die Frage, welche Zuzahlungen durch die Versicherten überhaupt eine Steuerungswirkung erzielen können, erst recht wenn man voraussetzt, dass etwa 20 Prozent der Versicherten 80 Prozent der Ausgaben verursachen. Neuere Untersuchungen zeigen, dass eine noch sehr viel größere Verdichtung eintreten wird.

Wenn wir davon ausgehen, dass diese 20 Prozent die Schwerkranken und chronisch Kranken sind, kommen wiederum entsprechende Befreiungsregelungen zum Tragen, weil wir - darin werden wir alle, wie ich glaube, übereinstimmen - diese Kranken nicht mit entsprechenden Zuzahlungen belasten können. Insofern ist eine solch grundsätzliche prozentuale Selbstbeteiligung, wie sie hier vorgesehen ist, sicherlich nicht als Steuerungsmittel anzusehen. Wir sollten uns generell klar machen: Wenn hier Selbstbeteiligungsregelungen als ein Finanzierungsinstrument eingesetzt werden, sollte man dies auch klar und deutlich sagen. Dann führen wir eine andere Diskussion. Im Sinne einer Steuerung kann hier aber sicherlich kein Effekt erzielt werden.

**SV Dr. Gernot Kiefer** (Bundesverband der Innungskrankenkassen): Wir haben folgendes Problem: In der Diskussion ist angesprochen worden, dass es im Gesetzentwurf der Regierungsfraktionen hoch differenzierte, sehr unübersichtliche und unterschiedliche Formen von Selbstbeteiligung gibt, die auch deshalb so differenziert sind, weil man vermutet, durch diese Differenzierung noch Steuerungswirkungen erzielen zu können. Ob das aber klappt, kann man hinterfragen.

Eine Selbstbeteiligung über alle Leistungsbereiche hinweg in einem Umfang von 10 Prozent kann nach unserer Auffassung - Frau Pfeiffer hat es bereits angesprochen - eigentlich nicht mehr mit einer wirklich nennenswerten Steuerungswirkung begründet werden. Wenn es denn politisch gewollt ist, muss man der Bevölkerung der Ehrlichkeit halber auch sagen, dass es der gewollte Eigenbeitrag des Versicherten und insbesondere des Patienten neben seinem Beitrag ist. Insofern sollte man es meiner Auffassung nach nicht mit nennenswerten Steuerungswirkungen verbrämen.

Im Übrigen ist im Detail anzumerken: Wir haben Versorgungsstrukturen und Abrechnungssysteme, die eine saubere Ableitung eines Prozentwertes von der Höhe der erbrachten Leistungen kaum möglich machen. Das heißt, eine ganze Reihe technischer Umgestaltungen, insbesondere im Bereich der ambulanten Vergütung, wäre notwendig, um ein solches Selbstbeteiligungsmodell auch im Bereich der ambulanten Versorgung umzusetzen. Das geht sicherlich technisch, allerdings nicht in den Zeiträumen, die diskutiert werden, beispielsweise bis zum Jahreswechsel 2003/2004. In diesem zeitlichen Horizont ist es völlig unmöglich.

**SV Dr. Robert Paquet** (Bundesverband der Betriebskrankenkassen): Ich möchte an die Frage der Steuerungswirkung anknüpfen. Herr Professor Lauterbach hat vorhin gesagt, man müsse die Steuerungswirkung auch unter medizinischen Gesichtspunkten bewerten. Daraus ergebe sich - wie er ausgeführt hat -, dass man Steuerungswirkungen durch Selbstbeteiligung natürlich leistungsspezifisch differenziert gestalten müsse. Das heißt, man kann sehr schlecht eine Rasenmähermethode über alle Leistungsbereiche unabhängig von der Art der Leistung betreiben, sondern man muss versuchen - wenn man sich überhaupt Steuerungswirkungen erhofft -, die einzelnen Leistungsbereiche spezifisch zu gestalten.

Zum Zweiten muss man berücksichtigen, dass wir eine sehr hohe Verdichtung der Inanspruchnahme von Leistungen bei Schwerkranken haben. Um einmal eine Faustformel zu nennen: 20 Prozent der Versicherten nehmen 80 Prozent der Leistungen in Anspruch. Es gibt einen großen Anteil Versicherter, die nur ganz wenige Leistungen in Anspruch nehmen. Mit einer derart gestalteten Selbstbeteiligung würde man zumindest in Kauf nehmen, dass ein Großteil der in Anspruch zu nehmenden ephemeren Leistungen von den Versicherten vollständig selbst bezahlt werden müsste. Die Legitimation einer gesetzlichen Krankenversicherung hängt aber auch davon ab, dass die Leute wenigstens ein bisschen davon haben und wenn sie einmal krank werden, eine Leistung auch erhalten und nicht lange Phasen ihres Lebens überhaupt keine Leistungen in Anspruch nehmen können bzw. alles aus eigener Tasche zahlen müssen.

Ich möchte sehr nachdrücklich auf die praktischen Schwierigkeiten hinweisen, die sich beispielsweise bei der Umsetzung der ambulanten ärztlichen Versorgung ergeben würden. Ich frage mich, wie man den Versicherten diese 10 Prozent bei einem Kopfpauschalensystem oder auch bei einem anderen pauschalieren Vergütungssystem auflasten möchte. Muss der Versicherte 10 Prozent der Kopfpauschale bezahlen, wenn er einmal eine ärztliche Leistung in Anspruch genommen und einen Arzt aufgesucht hat, wobei die Kopfpauschale mit der tatsächlichen Inanspruchnahme und der Behandlungsmorbidität gegenwärtig kaum etwas zu tun hat? Das ist zumindest ein großes praktisches Problem, dem man nachgehen und für das man eine Lösung finden müsste, bevor man das überhaupt realisieren kann.

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte e.V.): Aus unserer Sicht ist hervorzuheben, dass man ganz klar zwischen der Versorgung chronisch kranker und behinderter Menschen einerseits und der akutmedizinischen Versorgung andererseits unterscheiden muss, und zwar in zweierlei Hinsicht: Zum einen können Steuerungseffekte durch Zuzahlungsregelungen bei der Versorgung chronisch Kranker und Behinderter gar nicht erzielt werden, weil sie schlichtweg auf eine angemessene Versorgung angewiesen sind. Es gibt überhaupt keinen Willensentschluss, ob sich ein solcher Mensch versorgen lassen will oder nicht.

Zum anderen trifft die Leistungsintensität in der gesetzlichen Krankenversicherung - wie wir gehört haben - gerade chronisch kranke und behinderte Menschen. Von Eigenbeteiligungs- und Zuzahlungsregelungen werden gerade diese Menschen überproportional und aus unserer Sicht unsozial betroffen. Das rührt natürlich an den Grundfesten des Solidarprinzips, das ein kennzeichnendes Merkmal der gesetzlichen Krankenversicherung ist und das nicht leichtfertig aufgegeben werden sollte. Gerade wenn es um sozial Schwache, insbesondere Sozialhilfeempfänger geht, ist das ein wichtiger Aspekt.

**Abg. Horst Schmidbauer** (Nürnberg) (SPD): Meine Fragen richten sich an den Deutschen Hausärzterverband und an Herrn Professor Lauterbach. Wir haben mit dem Hausärztesystem, das wir im Gesetzentwurf vorgesehen

haben, versucht, ein Zuzahlungssystem mit Anreizen attraktiv zu gestalten. Zum Ersten möchte ich von Ihnen wissen, ob diese Gestaltungselemente, die wir im Gesetzentwurf vorgesehen haben, auch die entsprechende Wirkung entfalten können.

Weil wir heute teilweise so etwas wie ein Horrorszenario gehört haben, wenn man es denn umsetzen würde, möchte ich zum Zweiten von Ihnen wissen, ob Sie die Einschätzung, die in dieser Runde teilweise geäußert wurde, teilen.

**SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow** (Deutscher Hausärzterverband e.V.): Vielen Dank Herr Abgeordneter Dr. Schmidbauer. In der Tat meinen wir, dass diese Neuregelungen in die richtige Richtung gehen, und begründen dies wie folgt:

Wir haben seit dem 1. Januar 1989 eine optionale appellative Regelung in § 73, den Hausarzt zum Koordinator im System zu machen. Das hat die Selbstverwaltung nicht bewältigt. Hier fehlt die Zeit, zu analysieren, warum das nicht der Fall ist. Jedenfalls bedarf es der Anreize und es bedarf auch der Imperative in Richtung auf die Selbstverwaltung, wenn man das Vieraugenprinzip - Hausarzt plus Facharzt - aus Gründen der Qualitätssicherung und die Fehlversorgung durch die Wahl falscher Spezialisten durch den Laien verhindern will.

Wir meinen allerdings, dass unabhängig von dieser grundsätzlichen Regelung zur Präzisierung des Gesetzentwurfs noch geregelt werden sollte, dass Zuzahlungen ausschließlich in Bezug auf die unterlassene Überweisung durch den Hausarzt erfolgen sollten, und dass im Übrigen § 28 Abs. 4 des Gesetzentwurfs problematisch ist, demzufolge eine beliebig lange weitergehende Inanspruchnahme durch Fachärzte in Folgequartalen völlig zuzahlungsfrei sein soll.

Die Behandlung chronisch Kranker ist - wie ich ausdrücklich hervorheben möchte - nie ein Problem. Entweder erfolgt sie leitliniengestützt durch Hausärzte und Fachärzte - dann ist sie sowieso zuzahlungsfrei - oder es handelt sich hierbei um zwei Erkrankungen, die langfristig behandelt werden müssen. Das ist ebenfalls zuzahlungsfrei, weil der Hausarzt im Falle von Langzeitbehandlungen - beispielsweise bei der Mitversorgung nervenkranker Epileptiker oder Psychotiker - die Überweisung schon aus haf-

tungsrechtlichen Gründen in keinem Fall versagen wird.

Ich möchte darauf hinweisen, dass es zu dieser Zuzahlungsregelung, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht, Alternativen gibt, die sich aus einer Diskussion innerhalb der Ärzteschaft ergeben haben und auf die Herr von Stillfried vorhin nicht hingewiesen hat. Die gesamte Ärzteschaft - vertreten sowohl durch den Ärztetag als auch durch die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - hat sich nämlich, möglicherweise auch unter dem Einfluss der Diskussion über die Gesetzgebung, ebenfalls für ein Hausarztprinzip ausgesprochen. Sie hat dies durch Beschlüsse der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konkretisiert, indem sie jede Krankenkasse gesetzlich verpflichtet sehen möchte, mindestens zwei Wahltarife für ihre Versicherten anzubieten: einen Hausarzttarif, der dem Sachleistungsprinzip folgt, und als Alternative dazu einen Kostenerstattungstarif mit einer noch festzulegenden prozentualen Selbstbeteiligung.

Ich weise ausdrücklich darauf hin, dass diese Optionen durchaus möglich sind und dass es hier nicht so sehr darum geht, sich an einer bestimmten Form der Zuzahlung festzubeißen, sondern darum, eine wirksame Steuerungsregelung zu finden, welche die Qualitätssicherungseffekte des Vieraugenprinzips wie auch die Koordinationsfunktion sicherstellt.

**SV Prof. Dr. Dr. Karl W. Lauterbach:** Ich stimme diesen Ausführungen zu. Die Fehlsteuerung, die beseitigt werden soll - hier handelt es sich um eine Steuerung, die sehr sinnvoll ist -, ist folgendermaßen zu definieren: Jetzt steuert sich der Patient selbst und sucht den Facharzt auf, obwohl er eigentlich keinen Facharzt aufsuchen müsste, weil eine hausärztliche Versorgung ausreichend wäre; oder er braucht einen Facharzt und geht auch zu einem Facharzt, geht aber zu einer falschen Facharztgruppe; oder aber der fälschlicherweise aufgesuchte Facharzt sendet den Patienten danach wiederum zu einem falschen Facharzt, weil er als Facharzt nicht so ausgebildet ist, dass er den richtigen Facharzt für diese Erkrankung zu identifizieren kann. Das ist keine Seltenheit. Woher soll beispielsweise ein Facharzt für Augenheilkunde genau wissen, ob ein Patient, der eine Erkrankung aus dem rheumatischen

Formenkreis hat, zu einem Rheumafacharzt oder zu einem Orthopäden soll. Eine solche Steuerung ist durch den Hausarzt sehr viel gezielter vorzunehmen, insbesondere wenn die Weiterbildung von Hausärzten dafür vorgesehen ist.

Daher glaube ich, dass die Qualität der Versorgung durch diese Lösung deutlich zunehmen wird. Wir werden Kosten senken können durch eine Qualitätsverbesserung und nicht durch eine Leistungseinschränkung. Die Regelung, die gewählt wurde, ist aus meiner Sicht ausreichend unbürokratisch genug. Diese Regelung ist relativ simpel gestrickt und verschränkt sich sehr gut mit der Förderung der Chronikerprogramme. Auch in diesem Punkt stimme ich Herrn Professor Kossow ohne Einschränkung zu. Ich gehe in der Summe davon aus, dass es eine zielführende und saubere Lösung eines Problems darstellt, welches die Selbstverwaltung über zwei Jahrzehnte nicht herbeiführen konnte.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD) Ich bedanke mich bei den Damen und Herren Sachverständigen, die uns so ausführlich Rede und Antwort gestanden haben. Ich möchte mich an dieser Stelle auch einmal bei den Stenografinnen und Stenografen des Stenografischen Dienstes des Deutschen Bundestages bedanken. Sie tragen ganz wesentlich mit dazu bei, dass uns die Protokolle schnellstmöglich zur Verfügung stehen. An dieser Stelle also meinen herzlichen Dank an Sie. Sagen Sie es bitte auch Ihren Kolleginnen und Kollegen weiter.

(Beifall)

Meine Damen und Herren, morgen setzen wir die Anhörung um 10.00 Uhr mit dem Tagesordnungspunkt „Reform der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen und Schaffung effizienterer Konfliktmechanismen“ fort. Ich bedanke mich bei Ihnen. Soweit Sie nach Hause fahren müssen, wünsche ich Ihnen eine gute Heimfahrt. Die anderen sehen wir ja zum Teil morgen wieder.

Vielen Dank.

(Ende der Sitzung: 15.32 Uhr)