

(13) Ausschuss für
Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache

0009

15. Wahlperiode

Stellungnahme

der ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

**zu dem Entwurf eines Zwölften Gesetzes zur Änderung des Fünften
Buches Sozialgesetzbuch (Zwölftes SGB V-Änderungsgesetz –
12. SGB V ÄndG), BT-Drucksache 15-27**

und

**zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Sicherung der Beitragssätze in
der gesetzlichen Krankenversicherung und in der gesetzlichen
Rentenversicherung (Beitragssatzsicherungsgesetz – BSSichG),
BT-Drucksache 15-28**

A. Gesamtbewertung der Gesetzesvorhaben

Mit den Gesetzentwürfen wird mit den Bestimmungen, die den Apothekenbereich betreffen, übereilt, ohne Augenmaß und ohne nachvollziehbare strukturelle Ansätze in das bestehende System der Arzneimittelversorgung eingegriffen. Die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände lehnt das Gesetzesvorhaben daher ab und begründet dies nachstehend im einzelnen.

1. Überproportionale Belastung der Apotheken

Mit der Erhöhung des Krankenkassenabschlages und der preisabhängigen Staffelung der Abschlagshöhe erhöht sich der insgesamt von den Apotheken zu leistende Krankenkassenabschlag um 500 Mio. EUR. Der in der

Gesetzesbegründung genannte Einsparbetrag von ca. 350 Mio. EUR pro Jahr ist unzutreffend. Ferner beläuft sich der Rabatt, den der Großhandel den Krankenkassen zu leisten hat (Artikel 11 BSSichG), auf ca. 700 Mio. EUR und nicht wie vorgesehen auf 600 Mio. EUR. Der Rabatt wird vom Großhandel auf die Apotheken abgewälzt werden, wie unten noch näher ausgeführt wird. Insgesamt wird damit das zu versteuernde Einkommen der Apotheken um 1,2 Mrd. EUR p.a. reduziert, was pro Apotheke einer Minderung des zu versteuernden Einkommens um ca. 50.000 EUR p.a. entspricht. Von dem gesamten Einsparziel in Höhe von 1,5 Mrd. EUR im Pharmabereich müssten damit die Apotheken 1,2 Mrd. EUR tragen.

Eine solche einseitige Belastung der Apotheken ist nicht nachvollziehbar und unangemessen.

Die Apotheken müssten 80 % des angestrebten Einsparvolumens der Pharmabranche tragen, obwohl sie nur einen Wertschöpfungsanteil von 18,5 % an den GKV-Arzneimittelausgaben haben. Eine Ungleichbehandlung ergibt sich auch daraus, dass in anderen Bereichen die Ausgaben auf dem Niveau des Jahres 2002 eingefroren werden, während bei den Apotheken die zu versteuernden Einkommen halbiert werden. Dies ist umso weniger gerechtfertigt, als die Apotheken wegen der bereits vorgenommenen Erhöhung des Krankenkassenabschlages von 5 % auf 6 % im ersten Halbjahr 2002 an den GKV-Arzneimittelmehrausgaben nicht beteiligt sind, sondern vielmehr im ersten Halbjahr 2002 trotz gestiegener Umsätze der absolute Rohertrag der Apotheken um 40 Mio. EUR gesunken ist.

2. *Abbau von Arbeitsplätzen*

Die massive Reduzierung des Einkommens der Apothekenleiter wird zwingend dazu führen, dass eine Vielzahl von Apotheken Personal abbauen muss, um überhaupt noch die wirtschaftliche Existenzfähigkeit sichern zu können. Es ist deshalb mit dem kurzfristigen Abbau von ca. 20.000 Arbeitsplätzen zu rechnen. Wegen des hohen Anteils von Arbeitsplätzen, die von Frauen besetzt werden, werden durch diese Arbeitsplatzvernichtung insbesondere Frauen betroffen.

3. *Unzureichende Berücksichtigung der volkswirtschaftlichen Folgen*

Der Bruttoentlastung von 1,2 Mrd. EUR im Apothekenbereich sind volkswirtschaftlich Belastungen in Form von Mindereinnahmen und Mehrausgaben bei Staat und Sozialversicherung gegenzurechnen. Es wird in Folge der niedrigeren Umsätze zu einer Verringerung der gezahlten Mehrwertsteuer um 255 Mio. EUR, einer Verringerung der Gewerbesteuer um 9 Mio. EUR und einer Verringerung der von den Apothekenleitern zu zahlenden Einkommenssteuer um 611 Mio. EUR kommen, insgesamt zu direkten Steuerverlusten in Höhe von 875 Mio. EUR.

Als Folge des Arbeitsplatzabbaus werden sich die Einkommenssteuerzahlungen der Angestellten in Apotheken um 86 Mio. EUR und die Sozialversicherungsbeiträge um 95 Mio. EUR verringern sowie Mehrausgaben

für Arbeitslosengeld und vergleichbare Maßnahmen von ca. 209 Mio. EUR entstehen, insgesamt also ein weiterer nachteiliger Effekt von 390 Mio. EUR. Bei Gegenrechnung der genannten direkten Steuerverluste in Höhe von 875 Mio. EUR und den Folgen des Abbaus von 20.000 Arbeitsplätzen in den Apotheken in Höhe von 390 Mio. EUR schrumpft deshalb der volkswirtschaftliche Nettoeffekt des pharmapolitischen Einsparzieles in Höhe von 1,4 Mrd. EUR auf 135 Mio. EUR. Eventuell geminderte Körperschaftssteuer der Industrie ist in dieser Rechnung noch nicht berücksichtigt.

4. Mangelnde Umsetzbarkeit

Die mit dem Gesetzesvorhaben vorgesehene Weiterleitung des von den pharmazeutischen Unternehmen und den pharmazeutischen Großhandlungen an die Krankenkassen zu leistenden Rabattes durch die Apotheken sowie der gestaffelte Abschlag der Apotheken können von den Apotheken innerhalb der von dem Gesetz gesetzten Fristen nicht umgesetzt werden. Das Inkassoverfahren verursacht darüber hinaus unnötige Zusatzkosten in zweistelliger Millionenhöhe und ist, soweit die entsprechenden Aufwendungen den Apotheken im Interesse Dritter auferlegt werden, auch verfassungswidrig.

Nach alledem lehnt die ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände die vorliegenden Gesetzesvorhaben ab. Zugleich unterbreitet die ABDA einen Alternativvorschlag. Die ABDA fordert dazu auf, durch eine Weiterentwicklung der Arzneimittelpreisverordnung zu einer nachhaltigen und dynamischen Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen, die sich in dem Zeitraum von 2003 bis 2006 auf ein Gesamtvolumen von 4,3 Mrd. EUR belaufen würde. Die Einzelheiten unseres Vorschlages werden unten (D) dargelegt, nachdem wir im Folgenden (B und C) zu den einzelnen Bestimmungen der Gesetzesvorhaben Stellung genommen haben.

B. Zum Entwurf des Beitragssatzsicherungsgesetzes

Zu Artikel 1 Nr. 3 (§ 31 Absatz 2 SGB V)

Mit der Neuregelung wird § 31 Absatz 2 dahingehend ergänzt, dass die Kostentragungspflicht jeweils um die Abschläge nach §§ 130, 130a und dem Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler gemindert wird.

Die Änderung ist überflüssig, weil den Krankenkassen in Höhe der genannten Abschläge von vornherein keine Kosten entstehen.

Zu Artikel 1 Nr. 7 (§ 130 Absatz 1 SGB V)

Mit der neuen Fassung des § 130 Absatz 1 soll der Krankenkassenabschlag nach Arzneimittelabgabepreisen gestaffelt erhöht werden.

Diese Maßnahme führt entgegen der gesetzlichen Begründung zu einer zusätzlichen Belastung der Apotheken nicht in Höhe von 350 Mio. EUR, sondern in Höhe von 500 Mio. EUR p.a. Diese Belastung ist sachlich nicht gerechtfertigt und unproportional, wie bereits (oben A) dargelegt wurde. Diese Maßnahme ist für viele Apotheken im Zusammenwirken mit den übrigen vorgesehenen Gesetzesänderungen existenzvernichtend, ohne dass für derart weitreichende und kurzfristig wirkende Maßnahmen gerade im Apothekenbereich eine Rechtfertigung bestünde. Die vorgesehenen Gesetzesänderungen werden deshalb mit ihren Auswirkungen einer verfassungsrechtlichen Überprüfung nicht standhalten.

Der vorgesehene gestaffelte Krankenkassenabschlag ist auch nicht zeitgerecht umzusetzen. Im Gegensatz zu der bisherigen Abschlagsregelung würde es nach der in Aussicht genommenen gestaffelten Regelung zukünftig nicht mehr ausreichen, den Prozentsatz des Abschlages auf den monatlichen Gesamtrechnungsbetrag gegenüber der einzelnen Krankenkasse anzuwenden. Vielmehr müsste zukünftig gegenüber jeder einzelnen Krankenkasse bei der Rechnungslegung dargelegt werden, mit welchem Anteil sich die Arzneimittelumsätze auf die verschiedenen Rabattstufen beziehen. Dies erfordert eine vollständige Umstellung der Abrechnungsverfahren, die nicht innerhalb weniger Wochen geleistet werden kann.

Eine nicht gerechtfertigte Ungleichbehandlung ergibt sich auch aus dem Umstand, dass die zusätzliche Belastung der Apotheken durch den erhöhten Abschlag anders als bei den Herstellerrabatten weder zeitlich befristet noch auf den Nicht-Festbetragsbereich und den Nicht-aut idem-Bereich begrenzt ist, obwohl dort der Wettbewerb ausweislich der Gesetzesbegründung funktioniert.

Zu Artikel 1 Nr. 8 (§ 130a SGB V)

§ 130a SGB V in der neuen Fassung sieht vor, dass die pharmazeutischen Unternehmen einen Abschlag von 6 % des Herstellerabgabepreises an die Krankenkassen zu leisten haben und die Apotheken den Abschlagsbetrag bei den pharmazeutischen Unternehmen, gegebenenfalls über pharmazeutische Großhändler einziehen. Die Apotheken werden durch diese Regelung gezwungen, ein völlig neues Inkassoverfahren gegenüber pharmazeutischen Großhandlungen und pharmazeutischen Unternehmen aufzubauen und hieraus folgende Forderungen gegebenenfalls im Rechtswege durchzusetzen und die entsprechenden Kosten zu tragen.

Die mit dem Gesetzentwurf verbundene Vorstellung, die Apotheken könnten sich die an die Krankenkassen geleisteten Herstellerrabatte nahezu zeitgleich von den pharmazeutischen Unternehmen ausgleichen lassen, geht an der Wirklichkeit vorbei. Faktisch werden die Apotheken den Herstellerrabatt kreditieren müssen, was mit einer verfassungswidrigen Belastung der Apotheken mit Leistungen im Drittinteresse verbunden ist. Dies folgt daraus, dass die Rabatte der Industrie nicht für alle Arzneimittel gelten, die die Apotheken abgegeben haben, sondern für das Inkasso der Rabattbeträge eine hochgradig differenzierte Abrechnung von den Apotheken gegenüber den Unternehmen des pharmazeutischen Großhandels und der pharmazeutischen Industrie erfolgen muss. Die Abrechnung muss zwischen dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Nicht-GKV-Bereich sowie danach differenzieren, ob die abgegebenen Arzneimittel der Festbetragsregelung

und der sogenannten aut idem-Regelung unterliegen, weil der Rabatt in den letztgenannten Bereichen nicht zur Anwendung kommt. Für das Inkasso müssen völlig neue EDV-Verfahren und Kommunikationswege geschaffen werden, die zwischen allen Beteiligten abgestimmt werden müssen. Die hierdurch entstehenden einseitigen Belastungen der Apotheken sind durch nichts zu rechtfertigen.

Es ist schlechterdings nicht nachvollziehbar, dass die Apotheken die Aufwendungen und das wirtschaftliche Risiko für das Inkasso eines Rabattbetrages tragen sollen, der den Krankenkassen zugute kommt und der von Dritten, nämlich den pharmazeutischen Unternehmen, zu leisten ist.

Wir fordern deshalb, dass die von den pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen zu leistenden Rabatte unmittelbar im Verhältnis zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen abgerechnet und ausgeglichen werden. Dieser Weg ist einfach, schnell und belastet nur diejenigen Beteiligten, die den Rabatt zu gewähren bzw. zu beanspruchen haben. Die Geltendmachung des Abschlages durch die Krankenkassen ist auch technisch möglich, weil den Krankenkassen über die Datenlieferungen der Apotheken die notwendigen Daten zur Verfügung stehen, die von diesen ohne weiteres für die Geltendmachung des Rabattes ausgewertet werden können.

Zu Artikel 11 (Gesetz zur Einführung von Abschlägen der pharmazeutischen Großhändler)

Die Einsparungen, die dem Großhandel durch Artikel 11 des Beitragssicherungsgesetzes auferlegt werden sollen, werden nach unserer Berechnung den Betrag von 730 Mio. EUR erreichen und nicht, wie in der Gesetzesbegründung angegeben, den Betrag von 600 Mio. EUR. Da der Gesamtgewinn des pharmazeutischen Großhandels unter 250 Mio. EUR vor Steuern p.a. liegt, wird diese Maßnahme von dem Großhandel an die Apotheken in Form von verschlechterten Einkaufsbedingungen weitergewälzt. Die Maßnahme wird sich daher entgegen ihrer Intension wirtschaftlich nicht beim Großhandel, sondern bei den öffentlichen Apotheken auswirken.

Die Basis für die Berechnung des Abschlages in § 1 des Gesetzentwurfs ist unklar. Die Formulierung „3 v. H. des Arzneimittelabgabepreises“ lässt nicht eindeutig erkennen, ob mit dem Arzneimittelabgabepreis der Abgabepreis des Großhandels an die Apotheke, wie er sich unter Hinzurechnung des Höchstzuschlages nach § 2 der Arzneimittelpreisverordnung auf den Herstellerabgabepreis ergibt, oder der für den Versicherten maßgebliche Arzneimittelabgabepreis gemeint ist. Dies bedarf dringend der Klarstellung. Um im Interesse der ungekürzten Weiterleitung des Abschlages für die zulasten der Krankenkassen abgegebenen Arzneimittel die gleiche Bezugsgröße auf Großhandels- und Apothekenebene sicherzustellen, sollte ferner in § 3 des Gesetzes auch hinsichtlich der Bezugsgröße auf § 1 des Gesetzes Bezug genommen werden.

C. Zustimmungspflicht des Bundesrates

Das Gesetz bedarf der Zustimmung des Bundesrates. Dies ergibt sich insbesondere aus nachstehenden Erwägungen.

Gesetze, die im Rahmen der Durchführung von Bundesgesetzen als eigene Angelegenheit der Länder deren Behördeneinrichtungen und Verwaltungsverfahren regeln, bedürfen nach Artikel 84 Absatz 1 Grundgesetz der Zustimmung des Bundesrates. Das Gesetzesvorhaben bewirkt eine Änderung des Verwaltungsverfahrens und ist daher zustimmungspflichtig. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf wird nicht lediglich der bestehende Krankenkassenabschlag der Apotheken erhöht, sondern ein völlig neues Abschlags- und Rabattsystem eingeführt. Abweichend vom bisherigen System werden auch auf der Hersteller- und Großhandelsebene zusätzliche Rabattregelungen vorgesehen, die zusätzliche Kontrollmechanismen der Krankenkassen erfordern. Auch die Rabattstufenstaffelung, die auf Ebene der Apotheken erfolgt, führt zu deutlich erhöhtem Kontrollaufwand. Das Verwaltungsverfahren wird daher durch das Gesetz beeinflusst.

Strukturell völlig neu ist die Möglichkeit der Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen über zusätzliche Rabatte. Nach dem bisherigen Recht sind keinerlei Verträge zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Krankenkassen nach dem SGB V vorgesehen. Die Krankenkassen müssen ihr Verwaltungsverfahren erstmalig auf die Möglichkeit derartiger Verträge einrichten. Das Verwaltungsverfahren muss daher zwingend auf die entsprechenden Willensbildungsprozesse über den Abschluss solcher Verträge ausgerichtet werden. Auch insoweit ändert das Gesetz daher das Verwaltungsverfahren.

Die Zustimmungspflicht ergibt sich ferner daraus, dass in bestehende Rechte des Bundesrates eingegriffen wird. Nach § 78 AMG hat der Bundesrat derzeit die Möglichkeit, auf dem Weg über die Zustimmung zur Änderung der Arzneimittelpreisverordnung über die Preisspannen der Apotheken (mit-) zu bestimmen. Das bestehende und verfassungsrechtlich gebotene Zustimmungserfordernis wird durch das neue Gesetzesvorhaben umgangen. Die jetzt vorgeschlagene Rabattregelung differenziert die von den Apotheken zu erzielenden Aufschläge in einer Art und Weise, dass die Arzneimittelpreisverordnung faktisch geändert wird.

D. Alternativvorschlag der ABDA

Die ABDA bekennt sich zu der Notwendigkeit, durch strukturell sinnvolle Maßnahmen zur finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen. Hierzu schlagen wir vor, die Arzneimittelpreisverordnung an die Entwicklung der Marktstruktur anzupassen und so umzugestalten, dass die Preisspannen der Apotheken im hochpreisigen Bereich gesenkt und im verlustträchtigen niedrigpreisigen Bereich erhöht werden. Dieser Vorschlag wird unter anderem auch vom Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels mitgetragen. Wir halten eine Veränderung der Spannen derart für möglich, dass die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2003 um 850 Mio. EUR entlastet wird. Die geänderten Spannen hätten in den Folgejahren bei Berücksichtigung der üblichen Marktdynamik eine Entlastung von 1.000 Mio. EUR im Jahr 2004, 1.150 Mio. EUR im Jahr 2005

und 1.300 Mio. EUR im Jahr 2006 zur Folge. Davon würden 2,7 Mrd. EUR auf die Handelsstufen (Großhandel und Apotheken) sowie 1,6 Mrd. EUR auf die Selbstzahler entfallen. Insgesamt würde sich so in den Jahren 2003 bis 2006 eine Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen um 4,3 Mrd. EUR ergeben.

08. November 2002

gez. Prof. Dr. R. Braun
Hauptgeschäftsführer