

# Stellungnahme

des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie  
e.V.

zum Gesetzentwurf  
der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen

Bundesverband der  
Pharmazeutischen  
Industrie e.V.

**BPI**

Leben ist Vielfalt

Robert-Koch-Platz 4  
10115 Berlin  
[www.bpi.de](http://www.bpi.de)

## Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystem-Modernisierungs- Gesetz – GMG)

Telefon: 030-27909-110  
Telefax: 030-27909-310  
E-Mail: [tbrauner@bpi.de](mailto:tbrauner@bpi.de)

**BT-Drs. 15/1170 vom 16.06.2003**

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache  
0248(80)  
vom 24.06.03**

**15. Wahlperiode**

Das Gesundheitswesen wird in den nächsten Jahren verstärkt durch zwei wesentliche Entwicklungen geprägt: Durch demographische Verschiebungen innerhalb der Bevölkerung und den zunehmenden medizinischen Fortschritt, der der Bevölkerung insgesamt und damit auch jedem Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zugute kommen muß. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie hält es daher für erforderlich, den Leistungskatalog der GKV neu zu bestimmen, Elemente der Selbstbeteiligung und Kostenerstattung auszubauen und unter Wahrung der Sozialverträglichkeit der GKV ein neues Konzept zu entwickeln, das einen Paradigmenwechsel in unserem Gesundheitswesen bedeutet: Die Selbstverantwortung des Einzelnen für seine Gesundheit muß gestärkt und dabei auch der Einsatz privater Mittel für die Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit erhöht werden.

In der Zielstellung des Gesundheitssystem-Modernisierungs-Gesetzes betonen auch die einbringenden Fraktionen die Notwendigkeit, die Krankenversicherung zu modernisieren und nachhaltig zu verändern.

So sollen die Qualität der Gesundheitsversorgung nachdrücklich und dauerhaft verändert, starre Strukturen des Systems aufgebrochen und wettbewerblich gestaltet sowie flexible und effiziente Versorgung entwickelt werden.

Der BPI stellt fest, daß diese unterstützenswerten Ziele nicht nur nicht erreicht, sondern im GMG teilweise geradezu konterkariert werden. Statt nachhaltiger Versorgung und damit Eröffnung zunehmender patienten-individueller Therapiemöglichkeiten formuliert das GMG die Standardisierung von Patientenversorgung, statt wettbewerblicher Strukturen

zunehmende Kartellierung der Kassenseite, statt Flexibilität immer weiter zunehmende Bürokratisierung.

Der BPI stellt weiterhin fest, daß der vorgelegte Gesetzentwurf - wie alle Gesetze der letzten zwei Jahre - nicht dazu geeignet ist, die Ausgabenseite der GKV sinnvoll und spürbar zu entlasten. Viele der vorgesehenen Maßnahmen – auch im Bereich der Therapien mit Arzneimitteln – lassen absehbar Kostensteigerungen erwarten. Die mit dem GMG angezielte und dringend notwendige Senkung der durchschnittlichen Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung von 14,4 Prozent auf ca. 13,0 Prozent impliziert eine Reduzierung des Ausgabenvolumens um ca. 14 Mrd. Euro ist mit dem Gesetz nach Überzeugung des BPI nicht erreichbar.

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie wird sich in seiner Stellungnahme auf folgende Themenbereiche beschränken:

1. Regelungen zu nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln
2. Kosten-/Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch ein „Institut für die Qualität in der Medizin“
3. Regelungen zur Zuzahlung
4. Importarzneimittel
5. aut-idem
6. Krankenhausapotheken
7. neue Rolle der Krankenkassen als Leistungseinkäufer
8. Regelungen zur AMPrVO unter Einbeziehung von Zwangsrabatten

### **Zu 1. Ergänzung § 34 (1) SGB V: Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel**

Der Gesetzgeber plant, durch eine Änderung des § 34 (1) SGB V die Erstattung nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel bis auf wenige Ausnahmen zukünftig auszuschließen. Die Einfügung dieser Regelung in den § 34 (1) SGB V signalisiert, welches Mißverständnis hinsichtlich dieses Arzneimittelsegments bei den GMG-Autoren vorliegt: Sie ordnen die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel offensichtlich den Bagatellerkrankungen („geringfügige Gesundheitsstörungen“) zu. Argumentativ werden sie in dieser Auffassung durch das WIdO-Gutachten „Stärkung des Wettbewerbs in der Arzneimittelversorgung zur Steigerung von Konsumentennutzen, Effizienz und Qualität“ gestützt.

#### **Fakt ist allerdings:**

] Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel dienen der Behandlung ernsthafter Erkrankungen. Indikationen sind z.B. Demenz, Depressionen, Rheuma, Prostata- und Lebererkrankungen.

Der Erstattungs ausschluß nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel führt daher zwangsläufig zur Substitutionsbehandlung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln.

Berechnungen ergeben, daß bei nur 50%-iger Substitution die Ausgaben der GKV wegen der durchgängig höheren Tagestherapiekosten verschreibungspflichtiger Arzneimittel um ca. 1,6 Mrd. Euro steigen würden (konservative Rechnung).

- ] Zu den nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln gehören auch Infusionslösungen z.B. zur ambulanten Krebsbehandlung. Krebspatienten benötigen in vielen Fällen eine parenterale Ernährung (intravenöse, künstliche Ernährung). Die Tagestherapiekosten einer solchen Behandlung betragen dabei zwischen 174,00 und 250,00 Euro. Der Arzneimittelanteil liegt bei 104,00 bis 174,00 Euro pro Tag. Da es zu diesen nicht verschreibungspflichtigen Infusionslösungen keine verschreibungspflichtige Alternative gibt, müßte der Patient die entstehenden Therapiekosten von zwischen 3132,00 und 5220,00 Euro monatlich selbst tragen. Einzige Alternative, um den Patienten zu entlasten, wäre die Wiedereinweisung in eine stationäre Versorgung.
- ] Arzneimittel werden aus der Verschreibungspflicht auf Antrag des Herstellers entlassen, wenn sie sich als besonders risikoarm erwiesen haben. Das Kriterium der Verschreibungs- bzw. Nichtverschreibungspflicht ist also ausschließlich ein Arzneimittelsicherheitskriterium. Es ist deshalb als Kriterium für die Erstattungsfähigkeit völlig ungeeignet.

Der BPI unterstellt, daß der Gesetzgeber offensichtlich weitere Indikationen in die Liste der Bagatellerkrankungen („geringfügige Gesundheitsstörungen“) entsprechend seinem Auftrag aus § 34 (2) aufnehmen wollte. Er sollte deshalb diese Indikationen (nicht Arzneimittel) benennen und politisch zur Debatte stellen.

### **Zu 2. § 35b in Verbindung mit § 139a-I SGB V: Nutzenbewertung von Arzneimitteln durch ein „Institut für die Qualität in der Medizin“**

Mit der „Kosten-/Nutzenbewertung“ wird ein weiteres Instrument zur Steuerung und Kostendämpfung des Arzneimittelmarktes angezielt, das es ermöglichen soll, Ergebnisse einer solchen Bewertung perspektivisch für eine Preisfestsetzung für neue Arzneimittel (2. Festbetragssektor) oder gar im Sinne einer „4. Hürde“ (d.h. zum Zeitpunkt der Zulassung) zur Begründung des Ausschlusses aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu nutzen. Solche Studien können sich nach Überzeugung des BPI auf kaum mehr als die Unterlagen stützen, die bereits vor Zulassung eines Arzneimittels vom BfArM bewertet wurden.

Für die Zulassung eines Arzneimittels müssen umfangreiche Daten zur pharmazeutischen Qualität, zur Wirksamkeit und zur Unbedenklichkeit vorgelegt werden. Eine Zulassung darf nicht erteilt werden, wenn das Arzneimittel nicht nach dem jeweils gesicherten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ausreichend geprüft worden ist (§ 25 Abs 2 Nr. 2 AMG). Ein weiterer Zulassungsversagungsgrund liegt vor, wenn der begründete Verdacht besteht, daß das Arzneimittel bei bestimmungsgemäßen Gebrauch schädliche Wirkungen hat, die über ein vertretbares Maß hinausgehen (§ 25 Abs. 2 Nr. 5 AMG).

Insbesondere die notwendige Vertretbarkeit des Risikos beinhaltet eine Nutzen-Risikobewertung des neuen Arzneimittels mit vorhandenen therapeutischen Alternativen. Auch im weiteren Verlauf des Inverkehrbringens wird das Arzneimittel laufend überwacht und dabei neu auftretende Erkenntnisse, insbesondere hinsichtlich der Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Warnhinweisen, aber auch der Anwendungsgebiete berücksichtigt. Arzneimittel müssen somit zum Zeitpunkt der Zulassung und auch danach ein positives Nutzen-Risikoverhältnis aufweisen.

Die von einem „Deutschen Zentrum für die Qualität in der Medizin“ abzugebende Bewertung stellt ab auf Wirkung und Wirkprinzip eines Arzneimittels und zielt neben den allgemeinen Kosten/Nutzenempfehlungen auch darauf ab, „Anwendungsgebiete, Anwendungsbedingungen und Patientengruppen näher zu bestimmen, für welche die Verordnung eines innovativen Arzneimittels erheblich bessere therapeutische Ergebnisse erwarten läßt“. Dies heißt generell, daß bei Patienten, bei denen mit bisher in der Regel verordneten Arzneimitteln vergleichbare therapeutische Ergebnisse erzielt werden können, neue, regelhaft teurere Arzneimittel nicht angewendet werden sollen.

Solche Bewertungen werden auch bereits im Rahmen der Beobachtung eines Arzneimittels nach der Zulassung vorgenommen. Entsprechend den neuen Erkenntnissen wird die Indikation eines Arzneimittels angepaßt; z.B. „wenn andere Therapien nicht helfen“.

Das Institut soll nun daneben und unabhängig von der zugelassenen Indikation eines Arzneimittels Patientengruppen von der Arzneimittelanwendung faktisch ausschließen können.

**Der BPI lehnt das im Gesetz vorgeschlagene Verfahren einer Kosten/Nutzenbewertung im Sinne einer 4. Hürde durch ein „Institut für die Qualität in der Medizin“ ab. Ein solches Verfahren kann lediglich als Legitimation für eine immer noch willkürliche Preisfestsetzung für ein Arzneimittel dienen, ein seriöses Verfahren einer Nutzenbewertung von Arzneimitteln wird damit nicht implementiert.**

Der BPI verschließt sich allerdings nicht generell dem Gedanken einer Nutzenbewertung. „Nutzenbewertung“ medizinischen Fortschritts (nicht nur im Bereich medikamentöser Therapien) muß nach Überzeugung des BPI auf Basis klaren begrifflichen Konsenses stattfinden. Dieser begriffliche Konsens kann z.B. durch Anlehnung an die Basisdefinitionen der Deutschen Gesellschaft Club of Rome zu Wirksamkeit und Nutzen hergestellt werden. Es ist zielführend, eine Nutzenbewertung als Bewertung des „outcome“ einer Arzneimittelanwendung zu verstehen. Dabei ist zu differenzieren:

- medizinischer „outcome“
- sozialer „outcome“
- ökonomischer „outcome“.

Es geht bei der Nutzenbewertung um die Auswertung des Ergebnisses der Anwendung eines Arzneimittels, nicht um Wirksamkeit und Wirkweise, die bereits vom BfArM geprüft wurden.

Medizinische, soziale und ökonomische „outcome“-Bewertungen von Arzneimitteln können nur unter Alltagsbedingungen, bei unselektierten Patientenpopulationen erhoben werden. Die Wirksamkeit unter Alltagsbedingungen (effectiveness) stellt also Anwendungsforschung in den Mittelpunkt. Diese hat neben der Wirkung des Arzneimittels auch den therapeutischen Prozeß zwischen Arzt und Patient zum Gegenstand. Nutzenbewertung als Ergebnis von Anwendungsforschung kann ca. 5 Jahre nach Inverkehrbringen eines Arzneimittels zu wissenschaftlich seriösen Resultaten führen. Eine solche Anwendungsforschung könnte durch intelligenten Einsatz der geplanten elektronischen Gesundheitskarte unterstützt werden.

Eine derartige Nutzenbewertung kann nur neutral gesteuert werden, d.h. weder durch ein staatliches Institut noch durch die bisher tätigen Bundesausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung. Es muß darüber hinaus gewährleistet sein, daß die Interessen der Arzneimittelindustrie, deren Produkte u.a. bewertet werden, gleichberechtigt in die Steuerung solcher Bewertungsprozesse Eingang finden. Erfahrungen mit solchen Prozessen liegen im übrigen im Rahmen des Health Technology Assessment (HTA) vor. Die Finanzierung derartiger Prozesse könnte nach Überzeugung des BPI durch die Mittel sichergestellt werden, die für das „Deutsche Zentrum für die Qualität in der Medizin“ bereits vornotiert sein müßten.

### **Zu 3. § 31, 61, 62, 62a SGB V: Zuzahlung**

Im GMG wird die Höhe der Zuzahlung, die Versicherte für verordnete Arzneimittel zu leisten haben, neu reguliert: Es entsteht mit den neuen, allerdings immer noch packungsgrößenbezogenen Zuzahlungen von 4 / 6 / 8 Euro eine stärkere Spreizung.

Gleichzeitig wird die Möglichkeit der vollständigen oder teilweisen Befreiung von der Zuzahlung für Arzneimittel aufgehoben (Streichung der Regelungen in § 61 und 62 u.a. für Arzneimittel), um sie direkt unter § 62a als Instrument der Hinführung von Versicherten zum Hausarztssystem, zum DMP oder integrierten Versorgungsprogramm wieder einzuführen.

**Die Zuzahlungsregelung wird also fokussiert als Steuerungsinstrument für Patientenströme in Richtung Versorgungsprogramme eingesetzt.**

Betrachtet man die schon heute vorhandene hohe Hausarztstreue der Versicherten, so kann die getroffene Regelung nur dazu führen, daß der gesetzlichen Krankenversicherung Mittel, die von den Patienten sonst als Zuzahlung aufgebracht werden, entzogen werden. Die Gestaltung des § 62 a SGB V (reduzierte Zuzahlung) läßt die Problematik der packungsgrößenabhängigen Zuzahlung weiter bestehen. Darüber hinaus werden weitere

Einnahmeeinbußen dadurch provoziert, daß die Zuzahlung für die weitere Bonusgewährung nach § 65a SGB V genutzt werden soll.

Der BPI ist der Auffassung, daß weitere Einnahmeverluste der GKV und weitere Belastungen der Leistungsbilanz im Arzneimittelsektor durch die dargestellten Zuzahlungsregelungen vermieden werden sollten. Der BPI fordert seit langem den Übergang zu einer Zuzahlung, die auf prozentualer Basis vorgenommen wird. Weiterhin sollten die Anregungen des „Runden Tisches“ aus den Jahren 2001/2002 aufgegriffen werden, eine Zuzahlung über alle Leistungsbereiche zu erheben und nicht nur bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln.

#### **Zu 4. §129 (1) Satz 1 Nr. 2 SGB V: Importarzneimittel**

Die Wiedereinführung eines konkreten Preisabstands zwischen Importarzneimittel und inländischen Produkten als Vorgabe für den Rahmenvertrag nach § 129 SGB V ist ein sinnvoller Schritt. Der BPI ist allerdings der Auffassung, daß der Preisabstand über der im GMG festgelegten Quote liegen sollte und daß darüber hinaus die durch Schiedsspruch festgelegten Mindestabgabequoten für Importarzneimittel, die den Markt durch Abnahmegarantien für Importeure massiv verzerrt haben, aufgehoben werden.

#### **Zu 5. § 129 (1) Satz 2 SGB V: aut-idem**

Der Vielzahl von Änderungen der Regelungen durch ministerielle „Interpretationen“ wird nun eine weitere per Gesetz hinzugefügt. Alle Regelungen zeigen, daß aut-idem nicht funktioniert; außer Verzerrungen des generikafähigen Marktes und Beeinträchtigungen der Patientensicherheit hat aut-idem keine Ergebnisse gebracht und wird sie auch in Zukunft nicht bringen.

Der BPI ist deshalb der Meinung, daß insbesondere aus Patientensicherheitsgründen und wegen der Verzerrungen des generikafähigen Marktes diese Überregulierung generell aufgehoben werden sollte.

#### **Zu 6. § 129a SGB V: Entregelung standardisierter Handelsbeziehungen der Krankenhaus-Apotheken**

Die Neufassung des § 129a SGB V erlaubt Krankenhaus-Apotheken, Arzneimittel zu Lasten der GKV in die ambulante Versorgung abzugeben. Voraussetzung ist ein entsprechender

Vertrag zwischen Kassen und Krankenhaus-Apotheken. Der Vertrag regelt auch die Preise, die auch bei Abgabe in die ambulante Versorgung nicht auf Basis der Arzneimittelpreisverordnung gebildet werden sollen.

Der BPI lehnt die Einbeziehung von Krankenhaus-Apotheken in die ambulante Arzneimittelversorgung – gedacht ist offenbar an die Belieferung von Versorgungsprogrammen – ab, da eine solche Regelung massive Konsequenzen für die Wettbewerbsfähigkeit des übrigen Apothekenmarktes hätte. Zumindest in Ballungsgebieten müßte mit einem Apothekensterben gerechnet werden, wodurch absehbar die Arzneimittelversorgung im Akutmarkt gefährdet würde. Aus genau diesen Gründen wurde ein entsprechender Vorschlag bereits im Rahmen der Novelle des Apothekengesetzes 2002 abgelehnt.

#### **Zu 7. §§ 140a/140b i.v. mit § 130b SGB V: Krankenkassen als Leistungseinkäufer**

Die Neuregelungen ermöglichen den Krankenkassen, zur Durchführung von Versorgungsprogrammen Unternehmen privaten Rechts zu beauftragen oder unselbständige Eigenbetriebe zu begründen. Diese Eigenbetriebe oder vertraglich gebundenen Dritten können außerhalb der Arzneimittelpreisverordnung Medikamente für die „Programm-Versicherten“ einkaufen. Sie werden dies u.a. durch Ausschreibung von Wirkstofflisten tun.

Die Führung von Eigenbetrieben durch Krankenkassen oder die Beauftragung Dritter zur Durchführung von Programmversorgung wird absehbar zu einer zunehmenden Verstaatlichung der Gesundheitsversorgung führen. Der BPI ist der Meinung, daß die gesetzliche Krankenversicherung kurzfristig nicht in der Lage sein wird, die im GMG eröffnete Vielfalt der vertraglichen Beziehungen zu entwickeln und zu managen ohne daß die Sicherstellung der Versorgung der Versicherten gefährdet wird. Der BPI weist zudem darauf hin, daß der den Kassen eröffnete Einkauf von Arzneimitteln durch Ausschreibung von Wirkstofflisten großflächige off-label-Anwendung von Medikamenten provoziert, da Arzneimittel bei gleichem Ausgangswirkstoff keineswegs für gleiche Indikationsgebiete zugelassen sein müssen.

Wenn man Einkaufsmodelle von seiten des Gesetzgebers einführen möchte, so kann dies nur ein mittel- bis langfristiger Prozeß sein, wenn die Versorgung der Versicherten nicht ernsthaft gefährdet werden soll.

Mit der Einführung von Einkaufsmodellen verbindet der Gesetzgeber im GMG auch die Vorstellung, daß perspektivisch Preisverhandlungen zwischen Einkäufern und Leistungsanbietern geführt werden. Für den Fall solcher Preisverhandlungen im Arzneimittelbereich – wann immer sie ohne Schaden eingeführt werden könnten – muß klar sein, daß

- vorher alle gesetzlichen Preisreglementierungen zurückgenommen werden müssen (Festbeträge, „obere Linie des unteren Preisdrittels“, Zwangsrabatte etc.),
- Unternehmens-, Wettbewerbs- und Kartellrecht für alle Beteiligten, also auch für die Krankenversicherer gilt,
- mithin die Rechtswegzuweisung nach § 69 SGB V und § 51 SGG gestrichen werden muß.

#### **Zu 8. Art. 16 und 19 GMG: Arzneimittelpreisverordnung in Verbindung mit Zwangsrabattregelungen**

Die Arzneimittelpreisverordnung wird durch das GMG faktisch außer Kraft gesetzt. Durch

- die geplante Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der AMPrVO
- die geplanten Verhandlungen mit Apotheken im Versandgeschäft
- die geplanten Verhandlungen mit Krankenhaus-Apotheken nach 129a (1) SGB V
- das Fortbestehen der Zwangsrabatte nach § 130a und entsprechenden Sonderverhandlungsmöglichkeiten § 130a (8) SGB V
- die Ermöglichung des Einkaufs über Ausschreibung von Wirkstofflisten für die Krankenkassen

gilt die Arzneimittelpreisverordnung in der Fassung des GMG faktisch nur noch für Rudimente der Offizin-Apotheke.

Der BPI hat bereits unter Ziffer 1 seine Argumente gegen die Herausnahme nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel aus der Erstattung dargelegt. In der Arzneimittelpreisverordnung sind verschreibungspflichtige und nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel von daher nicht trennbar.

Der BPI ist darüber hinaus der Auffassung, daß insbesondere die Regelung für die Offizin-Apotheke nach GMG (7,30 Euro Fixzuschlag plus 3% auf den AEP) im Ergebnis jedes Arzneimittel zu einem Fall für die gesetzliche Krankenversicherung macht, da der Apothekenverkaufspreis keines Arzneimittels mehr unterhalb der Zuzahlungsgrenzen liegen wird. Darüber hinaus wird es erforderlich werden, auf die großflächige Verteuerung

festbetragsunterworfenen Arzneimittelbereiche durch Heraufsetzung der Höchststattungslinien zu reagieren. Gleiches gilt für die „oberen Linien des unteren Preisdrittels“ nach der bisherigen aut-idem-Regelung.

Die geplante Fixzuschlagsregelung wird im übrigen dazu führen, daß in den preisgünstigen Arzneimittel-Segmenten kaum noch ein Preiswettbewerb der Hersteller stattfinden kann, da Preisdifferenzen sich nur noch im Bereich der prozentualen Marge abspielen können. Ob diese Entwicklung im Interesse der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung liegen wird, ist zu bezweifeln.

Der BPI schlägt deshalb vor, über zwei Alternativen zu beraten:

1. Um eine künstliche Verteuerung preisgünstiger Arzneimittel zu verhindern und gleichzeitig für Kassen und Apotheken eine gewünschte Transparenz hinsichtlich der Handlingsmargen herzustellen, wird die „Handlings/Beratungspauschale“ nicht in die Bildung des Arzneimittelpreises einbezogen, sondern in direkter Vertragsbeziehung zwischen Kassen und Apotheken gewährt; der Apothekenverkaufspreis bildet sich nach diesem Modell aus dem Herstellerabgabepreis plus Distributionsmarge Großhandel plus prozentuale Distributionsmarge Apotheke und Mehrwertsteuer;
2. Die Distributionskosten eines Arzneimittels werden generell aus der Bildung des Apothekenverkaufspreises an den Endverbraucher herausgenommen und zwischen Krankenkassen und Distributoren direkt beglichen.

Beide Modelle sind über die Apothekenrechenzentren, die schon heute die Abrechnungs- und Zahlungsströme zwischen Apotheken und Kassen durchführen, problemlos abwickelbar.

Im Rahmen der Neuregelung der Arzneimittelpreisverordnung streicht der Gesetzgeber zudem die die Distribution betreffenden Regelungen des Beitragssatzsicherungsgesetzes (Zwangsrabatte für Apotheken und Großhändler). Die Regelungen zum Herstellerrabatt nach § 130a SGB V werden unverständlicherweise nicht zurückgenommen.

Diese Regelung des Beitragssatzsicherungsgesetzes bringt aber insbesondere die mittelständischen, Standort gebundenen Unternehmen in Deutschland in eine existenziell bedrohliche Lage. Die festgelegten Zwangsrabatte nach § 130a SGB V behindern diese Unternehmen massiv darin, die für Modernisierungsinvestitionen notwendigen Eigenkapital-Deckungsbeiträge gegenüber Banken nachzuweisen. Im Ergebnis wird so durch die Zwangsrabatte nach § 130a SGB V die Wettbewerbsfähigkeit gerade in mittelständischen Unternehmen in Deutschland massiv beeinträchtigt.

Der BPI fordert deshalb, im Kontext des GMG auch die Regelung des § 130a SGB V (Zwangsrabatte) der pharmazeutischen Hersteller zurückzunehmen.