

Ausschuss für Gesundheit
Wortprotokoll
33. Sitzung

Berlin, den 13.11.2006, 16:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001

Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB

TAGESORDNUNG:

Öffentliche Anhörung (Teil IV Medizinische Versorgung, Block C: Weitere Versorgung) zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Anlage
Anwesenheitsliste
Sachverständigenliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

CDU/CSU

Albach, Peter
Bauer, Wolf, Dr.
Eichhorn, Maria
Faust, Hans Georg, Dr.
Hüppe, Hubert
Koschorrek, Rolf, Dr.
Scharf, Hermann-Josef
Spahn, Jens
Straubinger, Max
Widmann-Mauz, Annette
Zylajew, Willi

Blumenthal, Antje
Brüning, Monika
Henrich, Michael
Jordan, Hans-Heinrich, Dr.
Krichbaum, Gunther
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Michalk, Maria
Philipp, Beatrix
Scheuer, Andreas, Dr.
Zöller, Wolfgang

SPD

Friedrich, Peter
Hovermann, Eike
Kleiminger, Christian
Lauterbach, Karl, Dr.
Mattheis, Hilde
Rawert, Mechthild
Reimann, Carola, Dr.
Spielmann, Margrit, Dr.
Teuchner, Jella
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Becker, Dirk
Bollmann, Gerd
Ferner, Elke
Gleicke, Iris
Hemker, Reinhold
Kramme, Anette
Kühn-Mengel, Helga
Marks, Caren
Schmidt, Silvia
Schurer, Ewald

FDP

Bahr, Daniel
Lanfermann, Heinz
Schily, Konrad, Dr.

Ackermann, Jens
Kauch, Michael
Parr, Detlef

DIE LINKE.

Bunge, Martina, Dr.
Ernst, Klaus
Spieth, Frank

Höger-Neuling, Inge
Knoche, Monika
Seifert, Ilja, Dr.

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Scharfenberg, Elisabeth
Terpe, Harald, Dr.

Haßelmann, Britta
Koczy, Ute
Kurth, Markus

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

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vorsitzende Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.)	8,10,11,13,16,18,19,20,24,26,27,31,36,43,44,46,47	SV Prof. Dr. Eberhard Wille	8,12,22,24,33,34
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	8	SV Heinz-Günter Wolf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	9,29,40
Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU)	9,11	SV Dr. Sebastian Schmitz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	10,38,47
Abg. Max Straubinger (CDU/CSU)	11	SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.)	10
Abg. Jens Spahn (CDU/CSU)	12,37	SV Peter Schmidt (Pro Generika e.V.)	10,11,25
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	16	SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen)	13
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	18,47	SVe Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.)	13
Abg. Jella Teuchner (SPD)	19	SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband)	14,22,25,35,36,40,47
Abg. Heinz Lanfermann (FDP)	21,22,24,25,26	SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss)	15
Abg. Frank Spieth (DIE LINKE.)	27,28,29,30,31	SV Frank Jüttner (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik)	16,37
Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	31,32,33,35,36	SVe Marianne Frickel (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker)	16
Abg. Peter Albach (CDU/CSU)	36	SV Uwe Petters (Zentralverband Orthopädieschuhtechnik)	17,30
Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU)	39	SV Jan Wolter (SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.)	18
Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU)	40	SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.)	18,34,47
Abg. Dr. Rolf Koschorrek (CDU/CSU)	42	SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.)	18,44
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	43	SV Christoph Nachtigäller (BAG SELBSTHILFE)	19,46
		SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.)	19,31,46
		SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband)	19,37
		SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie e.V.)	20
		SV Prof. Dr. Reinhard Rychlik	21
		SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung)	22,24,25
		SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.)	23,39

		SVe Ursula Keller (Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e.V.)	23
		SV Prof. Dr. Christoph Fuchs (Bundesärztekammer)	26,36
		SVe Ingeborg Simon	27
		SV Wolfgang Kaesbach (BKK Bundesverband)	28
		SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.)	29
		SVe Dr. Anne Dohle (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.)	30
		SV Prof. Dr. Jürgen Wasem	31,33,34
		SV Hans B. Bauerfeind (Eurocom European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices e.V.)	37
		SV Bernhard F. Häusler	38
		SVe Bernadette Sickendiek (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.)	39
		SVe Ursula Faubel (Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.)	40
		SV Dr. Johannes Richter (Deutsches Rotes Kreuz e.V.)	41
		SV Michael Müller (Deutscher Taxi- und Mietwagenverband e.V.)	41
		SV Peter Eberwein (Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker und Apotheker mit Sterillabor in öffentlichen Apotheken e.V.)	42
		SV Prof. Dr. Gerd Glaeske	43
		SV Thomas Ballast (VdAK/AEV)	43
		SVe Gabriele Osing (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.)	45
		SV Uwe Fleischer (Unternehmerverband privater Rettungsdienste e.V.)	46

Tagesordnungspunkt 1

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)

BT-Drucksache 16/3100

Tagesordnungspunkt 2

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung

BT-Drucksache 16/1928

Tagesordnungspunkt 3

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen

BT-Drucksache 16/1997

Tagesordnungspunkt 4

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben

BT-Drucksache 16/3096

Beginn: 16.30 Uhr

Öffentliche Anhörung von Sachverständigen zu folgenden Vorlagen:

Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD

„Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG)“
BT-Drucksache 16/3100

Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion des BÜNDNISSES 90/DIE GRÜNEN

„Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs - Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“
BT-Drucksache 16/1928 –

Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP

“Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“
BT-Drucksache 16/1997

Antrag der Abgeordneten Frank Spieth, Klaus Ernst, Dr. Martina Bunge, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

„Dem Gesundheitswesen eine stabile Grundlage geben“

BT-Drucksache 16/3096

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Meine sehr verehrten Damen und Herren, ich begrüße Sie zu unserer Nachmittagsveranstaltung. Ich weiß, dass es schwierig ist, bei diesem schon lange laufenden Marathon jetzt weiterzumachen. Wir, der Ausschuss für Gesundheit, haben uns aber zu dieser Prozedur selbst verpflichtet.

Ich rufe den Block IV C der 33. Sitzung des Ausschusses auf. In unserer dreistündigen Anhörung wird es heute Nachmittag um das Thema Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten gehen. Ausgangspunkt sind der Entwurf eines Gesetzes der Fraktionen der CDU/CSU und der SPD zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung, Drucksache 16/3100, sowie drei Anträge der Fraktionen der FDP, der Linken und des Bündnisses 90/Die Grünen auf den Drucksachen 16/1997, 16/3096 und 16/1928, die Ihnen zur Verfügung gestellt wurden.

Wir gehen nach dem üblichen Verfahren vor: Sie werden von den Kolleginnen und Kollegen Abgeordneten der Fraktionen befragt werden. Vor Ihrer Antwort nennen Sie bitte, soweit es von mir noch nicht geschehen ist, Ihren Namen und den Verband, den Sie vertreten, damit Ihr Beitrag im Protokoll ordnungsgemäß zugeordnet werden kann.

Ich begrüße nicht nur Sie, verehrte Damen und Herren Sachverständigen, recht herzlich, sondern auch die Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, an vorderster Stelle Herrn Staatssekretär Schwanitz, sowie die anwesenden Vertreterinnen und Vertreter des Bundesrates. Mein Dank geht auch an dieser Stelle noch einmal an den Stenografischen Dienst, der dafür sorgt, dass das Ausschusssekretariat nicht in der Protokollierung Ihrer vielen langen Hinweise untergeht.

Wir beginnen die erste Fragerunde mit der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine erste Frage geht an den Einzelsachverständigen Professor Wille. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem Gutachten „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“ die Ausweitung von dezentralen Vertragsverhandlungen im Festbetragssegment gefordert, um insbesondere Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Bereits mit dem AVWG haben die Kassen neue Möglichkeiten erhalten, mit pharmazeutischen Unternehmen Preisvereinbarungen zu treffen. Diesen Weg wollen wir jetzt mit dem vorliegenden Gesetzentwurf fortsetzen. Wie beurteilen Sie vor diesem Hintergrund die Umstellung der Arzneimittelpreise auf Höchstpreise und die Einbeziehung der Apotheken in Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8?

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Ich würde die beiden Regelungen, nämlich die Einbeziehung der Apotheken in Rabattverträge und die Umstellung der Arzneimittelpreise auf Höchstpreise, voneinander trennen; denn das eine hängt nicht zwangsläufig vom anderen ab. Vor allen Dingen die hohen Naturalrabatte der Markengenerikahersteller gerieten in die Kritik, weil sie teilweise die Autidem-Regelung unterliefen, die von ihren fiskalischen Auswirkungen her auch im Sinne des Sachverständigenrats insgesamt enttäuschend blieb. Das AVWG verbot deshalb die Naturalrabatte an die Apotheken. Obwohl dieses Gesetz noch nicht evaluiert ist und noch gar nicht evaluiert sein kann, da sein In-Kraft-Treten noch keine sechs Monate zurückliegt, macht jetzt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Rabatte zwischen Herstellern und Apotheken wieder hoffähig. Dies lässt an einer konsistenten Strategie auf diesem Gebiet etwas zweifeln.

Um Missverständnissen vorzubeugen: Ich habe keine grundsätzlichen Bedenken gegen

Rabatte von Herstellern an Apotheken. Bei einem funktionsfähigen Markt können sie auch nicht übermäßig hoch ausfallen. Im Sinne eines funktionsfähigen Marktmechanismus auf dem Arzneimittelsektor zöge ich jedoch Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen vor, und zwar in dem Sinne, wie sie vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen, von IGES sowie von Herrn Cassel und mir empfohlen wurden: die Einführung von kassenspezifischen Positivlisten, die es den Krankenkassen erlauben, auf die Versorgung ihrer Versicherten durchzugreifen. Apotheken und Ärzte könnte man dann bei diesen Rabattverhandlungen weitgehend außen vor lassen; sie könnten sich dann auf ihre genuine Aufgabe der Gesundheitsversorgung beschränken.

Höchstpreise dagegen ermöglichen Apotheken, den Patienten Preisnachlässe zu geben, sodass die Patienten sich in der Lage befinden, die Zuzahlungen einzusparen. Daher würde ich die Arzneimittelhöchstpreise befürworten, ebenso Preisnachlässe gegenüber den Patienten, und die Einbeziehung der Apotheken in Rabattverträge nur am Rande gutheißen. Dominant sollten Rabattverträge zwischen Herstellern und Krankenkassen sein.

Abg. Dr. **Wolf Bauer** (CDU/CSU): Ich schließe an das eben Gefragte und an die Antwort an. Was die Höchstpreise angeht, bitte ich um eine kurze Kommentierung der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker.

Meine eigentliche Frage richtet sich ebenfalls an die ABDA, aber auch an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und an Pro Generika. Wir haben eben wieder gehört, dass eine gewisse Kritik an den Verträgen aufgekommen ist, die zwischen Apotheken und Herstellern geschlossen werden können. Ich möchte von diesen Verbänden wissen, ob sie sich dieser Kritik anschließen, wie sie die Angelegenheit beurteilen und ob es gegebenenfalls Alternativen dazu gibt,

wie man das also noch besser gestalten könnte.

SV **Heinz-Günter Wolf** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Herr Professor Wille, Sie haben die Verträge nach § 130 a Abs. 8 genannt. Wir halten es für den absolut richtigen Weg, dass Rabattverträge zwischen den Herstellern und den Krankenkassen abgeschlossen werden. Sie haben auch gesagt, dass das AVWG den Apotheker konsequent preisneutral gestellt hat, merkten aber an, dass die Umstellung auf Höchstpreise und insbesondere Preisnachlässe gegenüber dem Patienten zu begrüßen seien. Dazu mache ich deutlich, dass es eine erhebliche Diskrepanz gibt, weil sich der Gesetzgeber mit großer Sicherheit entschlossen hat, das Sachleistungsprinzip bei der Versorgung mit Arzneimitteln beizubehalten. Überall da, wo der Leistungsempfänger selbst die Leistung nicht bezahlt, sondern ein Dritter - in diesem Fall die Krankenkasse -, ist ein solcher Individualwettbewerb schädlich.

Ich nenne Ihnen ein Beispiel: Ein Patient kommt mit einem Rezept - Sachleistungsprinzip - in die Apotheke; er ist wahrscheinlich schon von der Zuzahlung befreit. Der Apotheker soll diesem Patienten gegenüber jetzt auf seine Marge verzichten, wie es im Gesetzentwurf heißt. Welche Möglichkeiten hat er angesichts der Tatsache, dass der Patient das Arzneimittel gar nicht bezahlen soll? Der Apotheker hat zwei Möglichkeiten: Entweder drückt er dem Patienten Bargeld in die Hand oder er gibt ihm einen Gutschein. Was lernt der Patient dann sehr schnell? Er hat hier eine neue Möglichkeit, sein Taschengeld aufzubessern. Ich weiß nicht, ob das gewünscht ist. Er lernt auch sehr schnell, dass er sein Taschengeld umso mehr aufbessern kann, je mehr Rezepte er einlöst, und zwar zulasten der Versichertengelder. Ich kann mir nicht vorstellen, dass man das will.

SV Dr. Sebastian Schmitz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Die zweite Frage bezog sich auf die Rabattverträge und die Einbindung der Apotheker in solche Verträge. Wir teilen die Kritik, die hier geäußert wurde, nicht. Wir sind der Meinung, dass die Apotheker sehr wohl kollektiv in die Rabattverträge eingebunden werden sollten. Wir verstehen auch die neue gesetzliche Regelung nicht so, dass die Rabatte, die die Apotheken aushandeln, den Apotheken bleiben. Insofern sehen wir auch keinen Widerspruch zu den Regelungen des AVWG. Die Rabatte sollen vielmehr ganz überwiegend den Kassen zugute kommen. Insofern unterstützen wir, die Apotheken, die Einsparungen zugunsten der Krankenkassen.

Die hier angesprochene doppelte Vertragsabschlusskompetenz zwischen Apotheken auf der einen Seite und den Krankenkassen auf der anderen Seite regelt das Gesetz auch mit dem klaren Vorrang für die Verträge der Krankenkassen. Nur wenn die Krankenkassen keine Verträge geschlossen haben, können die Apotheker gewissermaßen diese Lücke füllen und ihrerseits hier für Einsparungen sorgen. Dies halten wir für sinnvoll.

Wir glauben allerdings, dass es nicht sehr praktikabel ist, jede einzelne Apotheke in diese Rabattverhandlungen einzubinden. Dies führte zu rein praktischen, technischen Schwierigkeiten bei der Umsetzung. Diese Verträge müssten dann alle einzeln den Krankenkassen mitgeteilt werden; dies können wir uns auf der Ebene der Einzelapotheke nicht vorstellen. Wir schlagen deshalb vor, dass die Verbände der Apotheken auf der Landesebene in die Rabattverhandlungen eingebunden werden. Dies würde dann vielleicht auch die zu den Naturalrabatten geäußerten Bedenken entkräften.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer spricht für den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie?

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V.): Frau Vorsitzende, die Verbände haben sich darauf geeinigt, themenspezifisch einen Einzelnen Stellung nehmen zu lassen. Wenn Sie einverstanden sind, würde Herr Schmidt von Pro Generika jetzt diesen Part übernehmen.

SV Peter Schmidt (Pro Generika e.V.): Die pharmazeutischen Unternehmer lehnen Rabattverträge mit Apotheken ab. Sie führen dafür insbesondere folgende Aspekte ins Feld: Mit dem AVWG und bekräftigt durch das GKV-WSG ist der Herstellerabgabepreis als einheitlicher Abgabepreis festgeschrieben worden. In dem Moment, in dem Rabattverträge zwischen pharmazeutischen Unternehmen und Apotheken ermöglicht würden, würde der einheitliche Herstellerabgabepreis wieder durchbrochen. Damit würde den Missbräuchen und Fehlentwicklungen, die die Politik bewogen haben, Naturalrabatte zu verbieten und Geldrabatte an die Handelsstufen einzuschränken, wieder Tür und Tor geöffnet. Aus unserer Sicht würde die soeben geschlossene Büchse der Pandora ohne sachlichen Grund und ohne Not erneut geöffnet.

Darüber hinaus sehen wir ganz erhebliche Transaktionskosten auf alle Beteiligten zu kommen. Zwischen Apotheken und Krankenkassen müssten enge Koordinierungs- und Abstimmungsprozesse laufen, um festzustellen, ob der Fall der Nachrangigkeit überhaupt gegeben ist. Bei den Krankenkassen entstünde ein ganz erheblicher Kontrollaufwand. Sie müssten alle von Apotheken geschlossenen Rabattverträge erfassen, auswerten, ihre jeweiligen Ansprüche ermitteln und gegebenenfalls verfolgen. Außerdem entstünde ein massives Kontrollproblem, wenn von Apotheken Rabattverträge auf breiter Front geschlossen würden. Bei zurzeit 21 500 Apotheken wäre klar, dass wir im Abrechnungschaos landeten oder zumindest landen könnten.

Die von der ABDA vorgeschlagene Variante, Rabattverträge auf der Ebene des jeweiligen Landesverbandes abzuschließen, wirft aus unserer Sicht kartellrechtliche Probleme auf; denn immerhin müsste jeder pharmazeutische Hersteller auf der Landesebene mit einem Monopolisten verhandeln. Von solchen Verhandlungen hält die Industrie nichts. Wenn sie verhandelt, würde sie liebend gern ausschließlich mit den Krankenkassen verhandeln.

Im Übrigen geht aus unserer Sicht der Gesetzentwurf einen absolut neuen Weg, weil den Krankenkassen ein Vertrag, der zwischen Apotheken und Herstellern abgeschlossen wird, quasi aufgedrängt wird. Sie müssten zumindest die Möglichkeit haben, zu entscheiden, ob sie einen solchen Vertrag akzeptieren wollen oder nicht. So sehen es jedenfalls die seit Jahrzehnten bewährten Regeln über die Geschäftsführung ohne Auftrag vor.

Die weitere Frage ist ebenfalls unbeantwortet: Was passiert mit einem Apothekenrabattvertrag, wenn die Krankenkasse selbst mit dem betreffenden Hersteller einen Vertrag schließt? Gilt dann weiterhin der Satz „Pacta sunt servanda“ oder fällt dieser Vertrag ohne weiteres in sich zusammen?

Wir, die pharmazeutische Industrie, sind also ohne Wenn und Aber gegen Rabattverträge mit Apotheken. Für den Fall, dass man aber aus politischen Gründen an dieser Vertragskonstruktion festhalten sollte, appellieren wir eindringlich an Sie, die Rabattverträge zwischen Apotheken und Herstellern so zu gestalten, dass der Apotheker lediglich im Auftrag und als Bevollmächtigter der Krankenkasse auftritt. In diesem Fall käme, rechtlich gesehen, der Vertrag unmittelbar zwischen der Krankenkasse und dem Hersteller zustande; es ergäben sich keine Probleme, auch keine Vollzugsprobleme. Ferner könnte sich die Politik das Festlegen der Eigenbehaltquote für den Apotheker sparen. Es wäre dann nämlich eine rein zivilrechtliche Vereinbarung zwischen Krankenkasse und Apotheker, welche „Provision“

die Apotheke für die Vermittlung dieses Rabattvertrags erhalten soll.

(Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU): Darf ich eine kurze Zusatzfrage stellen?)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Bitte, Herr Dr. Bauer.

Abg. **Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Herr Schmidt, würden Sie bitte eine kurze Beurteilung dazu abgeben, wie die Einsparung von 500 Millionen Euro erzielt werden soll, zu denen die Apotheker verpflichtet werden sollen, wenn Sie die Apotheker ausschließen wollen bzw. wenn die Verträge nicht zustande kommen?

SV **Peter Schmidt** (Pro Generika e.V.): Herr Dr. Bauer, das ist eine politische Vorgabe, für die die Industrie keine Haftung übernehmen kann. Vielleicht sollte man diese Vorgabe mit überprüfen. Auf der anderen Seite weiß ich, dass auf die 500-Millionen-Euro-Quote der Apotheker auch die Verträge angerechnet werden sollen, die zwischen Herstellern und Krankenkassen zustande kommen. Daher dürfte mit unserem vermittelnden Vorschlag auch den Interessen der Apotheker hinlänglich gedient sein.

Abg. **Max Straubinger** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an Herrn Professor Wille. Der vorliegende Gesetzentwurf erweitert die bestehende Nutzenbewertung um eine wirtschaftliche Bewertung des medizinischen Zusatznutzens für Arzneimittel. Die Kosten-Nutzen-Bewertung soll durch Vergleich mit anderen Arzneimitteln und Behandlungsformen erfolgen. Dazu habe ich drei Fragen:

Erstens. Welche Ziele lassen sich unter Berücksichtigung internationaler Erfahrungen mit dem Instrument der Kosten-Nutzen-Bewertung erreichen?

Zweitens. Wie muss die Kosten-Nutzen-Bewertung ausgestaltet sein, um diese Ziele

zu erreichen? Sollen irgendwelche Jahresgrenzen eingeführt werden, ab wann überhaupt eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchzuführen ist, oder geht es auch darum, ob bei einem kostengünstigeren Arzneimittel vielleicht ein Patientenrisiko zu verzeichnen ist?

Drittens. Genügt die im vorliegenden Gesetzentwurf angedachte Kosten-Nutzen-Bewertung diesen Anforderungen?

SV Prof. Dr. Eberhard Wille: Zunächst verspricht eine Kosten-Nutzen-Bewertung eine verbesserte Informationsgrundlage für die Entscheidung, wie Arzneimittelinnovationen erstattet werden. Die jetzige Regelung sieht nur eine 0-1-Lösung vor: Entweder wird eine Arzneimittelinnovation dem Festbetrag unterworfen oder aber die Krankenkassen müssen den vom Hersteller gewünschten Preis finanzieren. Man könnte sich durchaus noch Zwischenlösungen vorstellen, und zwar in Abhängigkeit vom therapeutischen Zusatznutzen des Arzneimittels. Man könnte also etwa eine spezifische Erstattungsobergrenze bei 50 Prozent oder 30 Prozent oberhalb des Festbetrags festlegen, dürfte aber nicht so weit gehen, jeglichen vom Hersteller gewünschten Preis zu finanzieren. Insofern verspricht eine Kosten-Nutzen-Bewertung etwas mehr Licht vor allen Dingen in jene Präparate zu bringen, die heute dem Patentschutz unterliegen, aber als so genannte Analogpräparate bezeichnet werden.

Die Kosten-Nutzen-Bewertung muss im Unterschied zur betriebswirtschaftlichen Investitionsrechnung, mit der sie Ähnlichkeiten in formaler Hinsicht aufweist, und zu gruppenspezifischen Analyseverfahren als ein gesamtwirtschaftliches Analyseverfahren gekennzeichnet sein. Das heißt, eine Kosten-Nutzen-Analyse von Arzneimitteln muss auch Nutzen und Kosten erfassen, die bei anderen Behandlungsarten anfallen; im Sinne eines gesamtwirtschaftlichen Analyseinstruments muss sie alle Nutzen und Kosten erfassen, egal, bei wem sie anfallen. Das heißt, auch Nutzen, die in der Pflegeversi-

cherung oder in der Rehabilitation anfallen, müssen erfasst werden. Diejenigen Nutzen, die sich beim Arbeitgeber in Form verminderter Krankschreibung bzw. Arbeitsunfähigkeit niederschlagen, müssen zumindest aufgelistet werden. Ob am Ende der Gemeinsame Bundesausschuss, dem die Entscheidung obliegt, dies einbezieht, ist eine andere Frage.

Die jetzige gesetzliche Regelung fokussiert im Sinne der Nutzenmessung konsistent auf „evidence based medicine“. Das reicht für die Nutzenmessung aus, nicht aber für die Kosten-Nutzen-Bewertung. Hier ist es erforderlich, dass dem neuesten Stand der gesundheitsökonomischen Forschung entsprochen wird, und zwar sowohl in der Perspektive als auch im Detail. Die Perspektive habe ich schon angedeutet; zu den Details will ich ein Beispiel anführen: Nach dem jetzigen Gesetzentwurf nimmt bei der Festsetzung der Erstattungshöchstbeträge dieser Betrag auf die anteiligen Entwicklungskosten Bezug. Unterstellen wir einmal, ein Unternehmen produziert mit einem sehr hohen Aufwand ein Medikament, das nur einen bescheidenen therapeutischen Zusatznutzen hat, während ein anderes Unternehmen mit relativ wenig Input ein Medikament produziert, das einen hohen therapeutischen Zusatznutzen hat. Das heißt, die Fokussierung auf die Entwicklungskosten, die einen Inputfaktor darstellen, prämiert quasi, salopp gesagt, eine ineffiziente Forschung.

Abg. Jens Spahn (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an das IQWiG und an den Pharmaverband, auf den Sie sich hinsichtlich dieser Frage verständigen. Das IQWiG soll bei der Kosten-Nutzen-Bewertung laut Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform internationale Standards berücksichtigen und den Sachverstand der medizinischen Fachgesellschaften, externer Wissenschaftler, der betroffenen Patientenorganisationen und der Industrie einbeziehen. Werden die angesprochenen Zielsetzungen mit dem vorgelegten Gesetzentwurf erreicht werden?

Eine zweite Frage an den Pharmaverband, auf den Sie sich geeinigt haben, an den BKK Bundesverband und an Herrn Dr. Hess vom G-BA: Die Kosten-Nutzen-Bewertung ist unter anderem Informationsgrundlage für die Festsetzung von Erstattungshöchstbeträgen. Bei der Preisermittlung sollen anteilige Entwicklungskosten des Herstellers berücksichtigt werden. In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform wird festgehalten, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung keine vierte Hürde ist. Genügt der Gesetzentwurf diesem Erfordernis?

SV Prof. Dr. Peter T. Sawicki (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen): Der Gesetzentwurf beschreibt das, was wir bereits machen. Die Methoden des Instituts sind selbstverständlich als die international akzeptierten sowie in der Entwicklung befindlichen Methoden der evidenzbasierten Medizin festgeschrieben. Wir wollen das auch weiterhin festsetzen. Dies wird durch externe, auch außerhalb von Deutschland erstellte Gutachten gewährleistet, darüber hinaus durch einen wissenschaftlichen Beirat, der aus nationalen und internationalen Vertretern der Medizinforschung besteht.

Der zweite Teil der Frage, wie wir die forschenden Arzneimittelhersteller bzw. die Pharmaindustrie und die Wissenschaftler sowie die Fachverbände, auch die Patientenverbände, beteiligen wollen, ist schon in unserem Methodenentwurf bzw. in der Methodenversion 1 des Instituts beschrieben, und zwar im Ablauf der Erstellung der Produkte des Instituts zu Zwecken der Berichte an unsere Auftraggeber. Es gibt mehrere Möglichkeiten der Beteiligung: Zunächst einmal sind zum Zeitpunkt der Berichtsplanerstellung informelle Gespräche geführt und so genannte Fokusgruppen, vor allen Dingen von Patientenvertretern zusammengestellt, beteiligt worden. Im weiteren Verlauf gibt es die Möglichkeit, nach der Publikation des Berichtsplans dazu Stellung zu nehmen. Anschließend kann zum Vorbericht Stellung genommen werden; dabei ist auch das Ku-

ratorium regelhaft beteiligt, wie es in der Satzung des Instituts festgelegt ist. Im Kuratorium sind Vertreter der pharmazeutischen Industrie, aller Fachgesellschaften und auch der Patientenverbände sehr stark engagiert. Daher spiegelt das, was dazu jetzt aufgeschrieben wurde, das wider, was in den letzten anderthalb Jahren von unserem Institut ohnehin schon durchgeführt wurde.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer antwortet vonseiten der Pharmaverbände noch auf die erste Frage?

Sve Cornelia Yzer (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.): Ich vertrete den Verband Forschender Arzneimittelhersteller und antworte im Namen aller Verbände der pharmazeutischen Industrie auf die erste und, wenn Sie gestatten, auch auf die zweite Frage.

Zu der Frage nach der Kosten-Nutzen-Bewertung und den internationalen Standards: Das, was jetzt im Gesetzentwurf niedergeschrieben ist, entspricht bedauerlicherweise mitnichten dem, was durch die Eckpunkte vorgegeben wurde. In den Eckpunkten wird von internationalen Standards gesprochen. Demgegenüber fordert der Gesetzentwurf internationale Standards evidenzbasierter Medizin. Das ist etwas völlig anderes als internationale Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung. Lassen Sie mich das beispielhaft an der Methodologie festmachen: Evidenzbasierte Medizin stellt primär auf randomisierte klinische Endpunktstudien ab. Demgegenüber erfordern Standards der Kosten-Nutzen-Bewertung oder des Health Technology Assessment, dass Sie Studien auf breiter Basis berücksichtigen sowie Kohortenstudien und die Auswertung von GKV-Verordnungsdaten zulassen und dass Surrogatparameter berücksichtigt werden. All dies wird in den Eckpunkten gefordert, ist momentan aber durch den Gesetzentwurf noch ausgeschlossen.

Darüber hinaus werden durch den Gesetzentwurf auch weitere wichtige Aspekte, die sich in internationalen Standards finden, nicht berücksichtigt: Weder hinsichtlich der Verfahrensbeteiligung noch hinsichtlich der Transparenz wird der Entwurf den international üblichen Anforderungen gerecht. Insofern müsste hier eine grundlegende Überarbeitung erfolgen, da die Kriterien der Kosten-Nutzen-Bewertung nach internationalen Standards durch den Gesetzgeber selbst festgeschrieben werden müssen. Es kann nicht sein, dass die Bewertung durchführende Institut selbst seine Methodologie und sonstigen Standards bestimmt. Vielmehr müssen hier klare Vorgaben erfolgen; denn man muss sich immer wieder vergegenwärtigen, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung massive Auswirkungen auf das Versorgungsgeschehen haben wird, sogar bis hin zur offenen Rationierung führen kann. Insofern ist der Gesetzgeber selbst gefordert.

Als Verband Forschender Arzneimittelhersteller haben wir bereits vor Wochen hierzu ein umfassendes Regelungskonzept vorgelegt, das auch Ihnen, den Damen und Herren Abgeordneten, vorliegt. Wir bitten sehr herzlich darum, die dort niedergeschriebenen Kriterien zu berücksichtigen. Wir haben sie durch ein Benchmarking der Kriterien ermittelt, die in internationalen Institutionen zur Anwendung kommen. Demzufolge müssten dies die Kriterien sein, die wir künftig auch in Deutschland zur Anwendung bringen. Hier gibt es noch einiges nachzuarbeiten: entweder durch Festschreibung der Kriterien im Gesetzestext selbst oder zumindest im Rahmen einer Ausführungsverordnung.

Zur zweiten Frage ist zunächst einmal festzuhalten, dass Erstattungshöchstbeträge in den Eckpunkten selbst nicht vorgesehen waren. Wir halten sie auch nach wie vor für ein ordnungspolitisch verfehltes Instrument. Was wird denn hier von den Erstattungsobergrenzen getroffen? Es sind innovative Produkte. Sie wissen, dass aufgrund vorhergehender gesetzgeberischer Regelungen denehin nur solche Produkte der Marktpreis-

bildung unterliegen, die patentgeschützt sind und einen zusätzlichen therapeutischen Mehrwert belegen können, also die innovativen Arzneimittel, die auch von Ihnen im politischen Raum gern als „echte Innovationen“ bezeichnet werden. Diese echten Innovationen sollen nun durch Erstattungsobergrenzen ebenfalls der Marktpreisbildung entzogen werden. Das wäre das letzte Puzzelstück, das eingesetzt würde, um Marktpreisbildung für innovative Produkte in Deutschland zu beenden, was nachhaltig negative Auswirkungen auf die Standortbedingungen hätte.

Darüber hinaus sind die Erstattungsobergrenzen auch hier in einer Form angelegt, dass das System absolut unpraktikabel wäre. Ich greife nur noch einmal eines auf: Die Idee ist, die weltweiten Entwicklungskosten zugrunde zu legen und Forschungskosten auszuklammern. In einem zweiten Schritt soll nach Zulassung prognostiziert werden, welche Patientenzahlen dieses Präparat bis zum Ablauf der Patentschutzfrist weltweit erreichen wird. Dies soll dann auf deutsche Patientenzahlen für die Dauer der Patentschutzzeit heruntergebrochen werden. Wer dies seriös berechnen kann, verdient zumindest einen Mathematikpreis. Wir halten dies für unsolid und unseriös. Es kann keine Basis sein, um letztendlich angemessene und faire Preise für Innovationen in Deutschland zu bestimmen.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung halten Erstattungshöchstbeträge für ein sinnvolles Instrument. Ich unterstreiche, dass es sich dort nur um eine leistungsrechtliche Begrenzung und nicht um einen Akt der Preisfestsetzung handelt, der unmittelbar in den Markt eingriffe. Wir sehen durchaus Probleme, die anteiligen Entwicklungskosten des Herstellers dabei zu berücksichtigen. Wir werden uns erstens darüber zu streiten haben, was Entwicklungskosten überhaupt sind. Sobald dies gelungen sein wird, wird zweitens die schwierige Frage auftauchen, was unter „an-

teilig“ zu verstehen ist. Damit sind im Gesetzentwurf wohl „auf Deutschland bezogene“ Entwicklungskosten gemeint. Hier wird die ganze Fülle der betriebswirtschaftlichen Aspekte von den Beteiligten diskutiert werden müssen. Man muss kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass man sich darüber streiten wird, was eine Festlegung dieser Höchstpreise erschweren wird.

Herr Spahn hat noch danach gefragt, ob es tatsächlich richtig sei, dass die Kosten-Nutzen-Bewertung so, wie sie im Reformgesetz angelegt ist, keine vierte Hürde darstelle: Ja, das muss ich als Kassenvertreter bestätigen, es ist keine vierte Hürde; denn die Kosten-Nutzen-Bewertung kommt deutlich nach dem Markteintritt, möglicherweise zu einem Zeitpunkt, zu dem ein neues Medikament den Markt bereits penetriert hat. Wir wissen aus Erfahrungen gerade der jüngsten Vergangenheit, wie schwer es sein kann, eine solche Marktdurchdringung wieder rückgängig zu machen. Insofern wäre es den Spitzenverbänden schon sehr lieb, wenn es tatsächlich eine vierte Hürde wäre. Aber so, wie es jetzt angelegt ist, ist es das nicht.

SV Dr. Rainer Hess (Gemeinsamer Bundesausschuss): Das Letztere kann ich juristisch bestätigen. Es ist in der Tat keine vierte Hürde; denn das Präparat wird zu dem Preis zugelassen, den der Hersteller festsetzt, und ist vom Tage der Zulassung an zulasten der Krankenkassen verordnungsfähig. Das ist das Problem in Deutschland: Wir rennen der Entwicklung in der Nutzenbewertung sozusagen hinterher und werden als Gemeinsamer Bundesausschuss mit einer Kosten-Nutzen-Bewertung konfrontiert, die wir an sich bisher schon vorgenommen haben, die aber jetzt mit der Festsetzung von Höchstbeträgen gekoppelt wird, mit denen wir allerdings nichts zu tun haben; denn nach dem Gesetzentwurf richtet sich die Kosten-Nutzen-Bewertung, soweit es die Höchstbeträge betrifft, gar nicht an den Bundesausschuss, sondern direkt an die Spitzenverbände der Krankenkassen. Daher ist Ihre Frage, wie sich die Höchstbetragsfestsetzung

auf die Arbeit des Bundesausschusses auswirkt, eindeutig zu beantworten: überhaupt nicht.

Allerdings geht die Kosten-Nutzen-Bewertung des Instituts auch an den Bundesausschuss. Da ist nach wie vor die Frage offen, wann diese Kosten-Nutzen-Bewertung überhaupt stattfinden wird. Richtig ist auf je den Fall, dass sie nach Zulassung stattfinden wird. Aber aus dem Gesetzentwurf ergibt sich nicht, wie viel Zeit der Hersteller hat, um a) die Daten vorzulegen, die er braucht, um die Kosten zu belegen, und um b) die Effizienz zu belegen. Dieses Dilemma haben wir in Deutschland insgesamt, wenn es um Innovationen geht. Die Industrie sagt, sie verfüge noch nicht über Studien und könne unmittelbar nach der Zulassung noch keine Studien vorlegen; sie brauche eine bestimmte Zeitspanne. Wenn ich aber § 35 b richtig lese, soll gerade zeitnah zur Zulassung eine solche Kosten-Nutzen-Bewertung stattfinden. Dieses Dilemma müsste noch einmal von Ihnen als dem Gesetzgeber überprüft werden: Wie viel Zeit gestehen Sie einem Hersteller zu, um diese Kosten-Nutzen-Bewertung mit Daten zu belegen, und welches Kriterium hat dann der Bundesausschuss anzuwenden? Das heißt, wenn zum Zeitpunkt der Bewertung des Instituts keine Studien vorliegen und wir dann vom Institut eine Kosten-Nutzen-Bewertung mit dem Hinweis bekommen, es lägen keine Studien vor, dann müssten wir nach dem heute vorliegenden Gesetzestext das Präparat negativ bewerten. Sie müssten überprüfen, ob Sie dies wirklich vom Bundesausschuss erwarten. Das kann man machen; bisher haben wir es auch getan. Aber das hat natürlich Auswirkungen auf die Argumentation der Industrie, die sagt, sie könne zum Zeitpunkt der Zulassung diese verlangten Studien nicht vorlegen. Dieses Argument ist in Ihrem Gesetzentwurf bisher nicht berücksichtigt. Man könnte natürlich der Industrie sagen, sie müsse diese Studien vor Zulassung erbringen; teilweise geschieht dies bereits. Aber es wird wohl Produkte geben, bei denen das nicht so ohne weiteres machbar ist. In diesen Fällen müsste der Bundesausschuss

schuss jeweils sozusagen nach Aktenlage entscheiden, was sich sehr zum Nachteil des Herstellers auswirken kann.

Für die Krankenkassen ist es natürlich sinnvoll, diese Entscheidung relativ zeitnah zu treffen; denn, wie Herr Schmeinck richtig gesagt hat, je länger man wartet, desto stärker ist die Marktdurchdringung. Auch das ist ein Problem in Deutschland. Weil wir keine vierte Hürde haben, ist häufig der Markt schon relativ stark versorgt, bevor der Bundesausschuss überhaupt zu einer Entscheidung über die Verordnungsfähigkeit kommt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der SPD-Fraktion.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Ich habe eine Frage zur Heil- und Hilfsmittelversorgung; sie richtet sich an den Bundesinnungsverband der Orthopädie-Technik, die Bundesinnung der Hörgeräteakustiker, den Zentralverband Orthopädieschuhtechnik, den Bundesverband Medizintechnologie und den Industrieverband SPECTARIS.

Wie beurteilen Sie die Auswirkungen der Regelungen in den §§ 126 und 127 SGB V neu auf die bestehenden Versorgungsstrukturen und welche alternativen Lösungsansätze sehen Sie gegebenenfalls, um den Vertrags- und Preiswettbewerb zu stärken, Zahlungen für die Versicherten zu vermeiden und zugleich die angestrebten Einsparungen bei den Leistungsausgaben der Krankenkassen zu erreichen?

SV **Frank Jüttner** (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): Zu Ihrer Frage, wie wir die Hilfsmittelversorgung unter den Prämissen des derzeit vorliegenden Gesetzentwurfs in Zukunft sehen, müssen wir ganz einfach sagen: Mit den vorgesehenen Regelungen können wir nicht arbeiten. Die im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausschreibungen werden nicht zu der eigentlich beabsich-

tigten Wirtschaftlichkeit führen. Vielmehr werden Sie in Zukunft Betriebe von der Versorgung ausschließen und damit letztendlich in die Schwierigkeit kommen, dass der hier geforderte Wettbewerb einfach nicht zustande kommen wird. Machen wir es an einem einfachen Beispiel fest: Im derzeit gültigen GMG sind bereits Ausschreibungen vorgeschrieben. Wir erleben, dass sich Ausschreibungen heute am unteren Preisdrittel orientieren.

In der Praxis werden zum Beispiel in Sachsen Knieorthesen ausgeschrieben: Am Ende der Ausschreibung gibt es zwei Gewinner, die aber die ortsnahe Versorgung nicht sichern können. Wenn dann andere Leistungserbringer bereit sind, die gleichen Preise zu nehmen, werden Sie letztlich die Versorgung sicherstellen können. Wenn wir jedoch nach der neuen Regelung werden arbeiten müssen, dann wird es bei demselben Beispiel dazu kommen, dass zwei Unternehmen die Ausschreibung gewinnen und dann die Versorgung sicherstellen müssen. Bei der nächsten Ausschreibung aber wäre nicht mehr eine Vielzahl von Playern im Spiel, sondern nur noch die beiden. In der nächsten Runde bliebe dann nur noch ein Player übrig. Das aber kann eigentlich nicht unter Wettbewerb verstanden werden; denn dies führte zu einer Situation, die wir alle nicht wollen.

Die Betriebe der Orthopädietechnik bzw. die Hilfsmittelerbringer insgesamt sind daran interessiert, mit Ihnen gemeinsam ein Gesetz zu entwickeln, das uns weiterhilft und uns erlaubt, die Versorgung der Patienten in gewohnter Weise - in gewohnter Qualität und mit dem gewohnten Service - zu gewährleisten. Verlören wir die ortsnahe Versorgung - wir werden sie in dem Augenblick verlieren, in dem wir Betriebe selektieren -, dann hätten wir am Schluss nichts gewonnen.

Sve **Marianne Frickel** (Bundesinnung der Hörgeräteakustiker): Ich brauche das, was Herr Jüttner gesagt hat, nur zu ergänzen. Wir

möchten natürlich die Wahlfreiheit der Patienten beibehalten und damit auch die wohnortnahe Versorgungsqualität sichern und zugleich weiterhin auf dem Vertrauensverhältnis zwischen den Patienten und uns aufbauen können. Der Patient - dies ist ähnlich wie beim Arzt - respektiert nur dann etwas, wenn er zu seinem Partner Vertrauen hat. Wir gehen davon aus, dass Ausschreibungen im Ergebnis nicht zu mehr Wettbewerb, sondern zu weniger Wettbewerb führen, weil sowohl die Leistungen als auch die Preise und die Qualität zum Nachteil der Patienten gereichen werden und Ausschreibungen außerdem Innovationen verhindern. Ausschreibungen gibt es jetzt schon; allerdings laufen sie nicht nach dem K.-o.-Verfahren ab. Damit könnte die Preisfindung ebenfalls stattfinden, ohne dass es zur Zerschlagung von ausbildungsintensiven und qualitätsorientierten Versorgungsstrukturen käme.

Des Weiteren merke ich an, dass wir Ausschreibungen nicht für zweckmäßig erachten, wenn das Hilfsmittel für den Versicherten überwiegend individuell angepasst werden muss. Eine individuelle Anpassung bedeutet, dass überwiegend eine Dienstleistung zugrunde zu legen ist, die sich im Rahmen einer Ausschreibung aber nicht entsprechend platzieren lässt.

Abschließend mache ich darauf aufmerksam, dass die von der Bundesregierung propagierte Mittelstandsförderung aufgrund der Reduzierung der Anbietergruppe ad absurdum geführt würde. Dies wollen wir sicherlich alle nicht.

SV Uwe Petters (Zentralverband Orthopädieschuhtechnik): Ich kann das, was meine beiden Vorredner gesagt haben, nur deutlich unterstreichen: Es passt überhaupt nicht zusammen, dass man von einem Wettbewerbsförderungsgesetz spricht und die Zahl der Anbieter einschränken will. Man muss sich vor Augen führen, dass das Gewerk Orthopädieschuhtechnik ein sehr kleines Gewerk ist, in dem es häufig Zwei-

Dreimannbetriebe gibt. Wir arbeiten ausschließlich für die gesetzlichen Krankenversicherungen. Sobald ein Betrieb in einer K.-o.-Ausschreibung einen Großteil seiner Aufträge verliert, wäre er nicht mehr überlebensfähig und stünde dann nicht mehr dem Wettbewerb zur Verfügung. Das kann nicht im Interesse des Versicherten sein.

Deshalb fordern wir, dass § 126 in seiner jetzigen Form erhalten bleibt. Nur so bleibt auch Wettbewerb erhalten. Dann nämlich kann jeder, der über die fachlichen Voraussetzungen verfügt, an dem Marktgeschehen teilnehmen. Dabei entstehen auch ein gesundes Konkurrenzverhältnis und Wettbewerb. Dem Patienten muss es möglich sein, unter diesen Wettbewerbern frei zu wählen. Wir reden oft über den mündigen Patienten. Man darf ihm sicherlich zugestehen, dass er sich seinen Lieferanten selbst wählt. In diesem Gesetz muss die Möglichkeit einer freien Lieferantenwahl bestehen bleiben.

SV Joachim M. Schmitt: Ich wiederhole zunächst das, was ich in der Anhörung bereits gesagt habe: Der Entwurf ist gesetzestechnisch und von der juristisch formulierten inhaltlichen Schlüssigkeit her brillant. Bei der Überprüfung der Praxistauglichkeit wird man wahrscheinlich festgestellt haben, dass mit dem angestrebten Vorgehen eine Vielzahl negativer Auswirkungen verbunden ist. Uns ist bis heute auch nicht beantwortet worden, was „Ausschreibung nach Vergaberecht“ tatsächlich bedeutet. Ist der Apotheker, der versorgen möchte, aber nicht an der Ausschreibung teilgenommen hat, nicht mehr versorgungsberechtigt? Ebenso haben wir erhebliche Probleme damit, ob das geplante Einsparziel mit Ausschreibungen überhaupt erreicht werden kann. Wir plädieren deswegen dafür, den Vertragswettbewerb weiterhin aufrechtzuerhalten, wobei ein Beitrittsrecht für alle Leistungserbringer, die diese Verträge qualitativ zu erfüllen in der Lage sind, bestehen bleiben muss.

Wir plädieren des Weiteren dafür, das Festbetragssystem dort auszubauen, wo es sinnvoll ist. Wenn Sie sich die Zahlen im Hilfs-

mittelbereich ansehen, werden Sie feststellen, dass wir in den letzten vier Jahren für erhebliche Einsparungen gesorgt haben, obwohl die Fallzahlen gestiegen sind. Wir erwarten auch in diesem Jahr nach unserer Hochrechnung eine Einsparung von 220 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahr.

SV Jan Wolter (SPECTARIS Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V.) Diesem Plädoyer kann ich eigentlich kaum noch etwas hinzufügen. Nur so viel: 300 Millionen Euro sollen über Ausschreibungen eingespart werden. Die Ausschreibung wirkt eigentlich nach der Rasenmähermethode: Man versucht, überall gleichermaßen etwas wegzunehmen. Dieses Instrument kann nicht funktionieren. Wir wünschten uns von der Bundesregierung ein bisschen mehr Ehrlichkeit. Wenn man auf dem Hilfsmittelsektor Gelder einsparen will, muss man das ehrlich sagen und darf keine Zeitungsanzeigen schalten, in denen steht, alles werde besser und günstiger. Das heißt, man muss konkret sagen, wo eingespart werden soll. Dann kann man sich auch gemeinsam an einen Tisch setzen und darüber reden.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage schließt sich an die letzte Frage an und richtet sich an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, an den Deutschen Behindertenrat, an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten und den Verband der Krankenversicherten Deutschlands. Ich möchte von Ihnen allen wissen, wie sich aus Ihrem Blickwinkel die Neuregelung in den §§ 126 und 127 für die Versicherten auswirken wird, insbesondere für die Menschen mit Behinderungen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer spricht für die DAG Selbsthilfegruppen? Frau Helms? Ich kann das von hier vorne nicht erkennen. Herr Dr. Etgeton, Sie haben dahinten den Überblick.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Frau Helms und die DAG SHG sind nicht anwesend.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Dann machen wir mit der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten weiter.

SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Die Patienten sind betroffen, wenn sie keinen Zugang zu Hilfsmitteln haben. Analog gilt das für Arzneimittel. Wenn also irgendwelche Lieferbedingungen, Ausschreibungsbedingungen und Preisgestaltungen dazu führen, dass Patienten in nennenswertem Umfang zuzahlen müssen, ist der Zugang zu Hilfsmitteln und Arzneimitteln gefährdet. Das ist insbesondere dann sehr schnell der Fall, wenn die Produkte hochpreisig sind, die Zuzahlung also aus dem normalen Haushaltsbudget eines Versicherten nicht geleistet werden kann.

Im Hilfsmittelsektor gibt es eine große Zahl von Produkten und handwerklich angefertigten Gegenständen, die so teuer sind, dass sie die Zuzahlungsmöglichkeiten eines Durchschnittsbürgers übersteigen. Dies gilt vor allen Dingen dann, wenn diese Zuzahlungen nicht auf die Sozialklauseln - 1 Prozent bei chronischen Erkrankungen, 2 Prozent im Allgemeinen - angerechnet werden können. Bei allen Festbetragsregelungen und bei auf Ausschreibungen beruhenden Preisen wird eine Preisgestaltung über diesen Höchstbeträgen oder Ausschreibungsergebnispreisen bzw. Verhandlungspreisen nicht auf die Sozialklauseln anrechenbar sein. Damit ergibt sich im Ergebnis, dass diejenigen, die den Schutz der Sozialgemeinschaft am meisten brauchen - chronisch Kranke, die Hilfsmittel oder teure Dauerarzneimittel benötigen -, vom Zugang zu diesen Produkten ausgeschlossen sind. Das kann es nicht sein.

SV Christoph Nachtigäller (BAG SELBSTHIFE): Ich bin jetzt überrascht, weil ich eigentlich noch nicht damit gerechnet hatte, dass ich an der Reihe bin; es wurde zuvor noch der Deutsche Behindertenrat erwähnt. Aber ich werde natürlich gern etwas dazu sagen.

Was die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln angeht, so scheint eine hinreichende Berücksichtigung von Anpassungs-, Beratungs- und Reparaturleistungen vorgesehen zu sein. Diesen wesentlichen Aspekt vermissen wir. Die verstärkte Ausschreibung von Hilfsmitteln lässt eher befürchten, dass eine individuelle Beratung und Anpassung der Hilfsmittel, die für die einzelnen Patienten absolut notwendig sind, wenn eine auf Qualität ausgerichtete Versorgung gegeben sein soll, in den Hintergrund treten werden. Wir befürchten, dass stattdessen lediglich die reine Lieferung des Gegenstands in die Kalkulation der Ausschreibungsbeteiligung Eingang findet. Es ist notwendig, für diesen Bereich eine eigene Vergütung vorzusehen, damit tatsächlich auch eine individuelle Versorgung stattfinden kann. Ich belasse es dabei und bitte meinen Kollegen vom Sozialverband VdK als zweiter Säule des Deutschen Behindertenrats, sich ergänzend zu äußern, wenn Sie einverstanden sind, Frau Vorsitzende.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Dann hat Herr Kaffenberger das Wort.

SV Jens Kaffenberger (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Noch einen ergänzenden Hinweis, den wir aus unserer Sicht für sehr wichtig halten: Bei der Versorgung mit Hilfsmitteln geht es nicht nur um das Hilfsmittel selbst; die produktbegleitenden Dienstleistungen sind ganz entscheidend. Wir haben schon heute das Problem, dass die produktbegleitenden Dienstleistungen, also die individuelle Anpassung und die

Schulung im Gebrauch, in der Regel nicht erbracht werden. Wir haben in vielen Fällen Pauschalvergütungen, von denen ein gewisser Anreiz zur Leistungsminimierung ausgeht. Produktbegleitende Dienstleistungen sind personalintensiv und werden deshalb nicht erbracht, was negative Konsequenzen für die Compliance hat und Folgekosten nach sich zieht. Das muss man im Hinterkopf haben.

Schon seit 2004 sind die Krankenkassen verpflichtet, gemeinsame Empfehlungen zur Qualitätssicherung von produktbegleitenden Dienstleistungen zu erstellen. Das ist bislang nicht erfolgt. Wir müssen jetzt feststellen, dass in dem heute zur Anhörung anstehenden Gesetzentwurf daraus nur noch eine Kannleistung geworden ist. Das heißt, es ist ganz dringend erforderlich, dass im Gesetzentwurf klargestellt wird, dass die Krankenkassen im Hinblick auf produktbegleitende Dienstleistungen für die Ausschreibungen Qualitätsempfehlungen verankern müssen. Diese Ausschreibungsbedingungen müssen bei der Durchführung überprüft werden. Das ist aus unserer Sicht wichtig, damit dieser Dienstleistungsbereich nicht unter die Räder kommt.

Abg. **Jella Teuchner** (SPD): Ich schließe an das eben besprochene Themengebiet an und frage den IKK Bundesverband und den Bundesverband Medizintechnologie: Könnte denn bei § 127, in dem es um die Ausschreibungen geht, dem Problem dadurch abgeholfen werden, dass in den Ausschreibungen Bedingungen formuliert werden, die die individuelle Versorgung gewährleisten? Welche Umsetzungsprobleme könnten in diesem Zusammenhang bezüglich des Kartell- und Gewerberechts entstehen? Jetzt sehe ich es nicht von der Versorgungsseite, sondern von der anderen Seite.

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Man muss sich bei der Debatte über die vorgesehenen Regelungen zwei Daten deutlich machen: Wir haben es hier mit einem Ver-

sorgungsbereich zu tun, der einerseits für viele Patientinnen und Patienten von essenzieller Bedeutung ist und andererseits nach den jetzt vorliegenden Zahlen ein Gesamtkostenvolumen von etwa 5 Milliarden Euro ausmacht. Wir haben es letztendlich mit einer Kaskade von verschiedenen Instrumenten zu tun.

Da ist zum einen das weiterhin bestehende Instrument Festbetrag. Derzeit sind etwa 40 Prozent der Versorgung mit Hilfsmitteln über Festbeträge geregelt. Wir wissen, dass die Festbeträge nur eine begrenzte Wirkung haben, weil es nicht vernünftig ist, bei bestimmten Versorgungstypen und -notwendigkeiten mit dem Instrument der Festbeträge zu arbeiten. Also ist es aus unserer Sicht durchaus nachvollziehbar und vernünftig, in einer zweiten Stufe - dies besagt § 127 - Ausschreibungen anzuwenden, wie es heute schon möglich ist. Nun darf man sich Ausschreibungen nicht so vorstellen, als ob sie in ihren Unterlagen definierten, dass ausschließlich der Preis als Kriterium der Auswahlentscheidung zu bewerten ist. Vielmehr wird in Ausschreibungen gleichzeitig definiert, welche konkreten Einzelheiten vom Leistungserbringer im Verfahren sichergestellt werden müssen. Ferner wird die Qualifikation definiert; auch wird definiert, dass die wohnortnahe Versorgung mit den einzelnen Produkten sichergestellt werden muss. Ausschreibungen sind - das ist die Grundbotschaft - wesentlich differenzierter und beschränken sich nicht darauf, den Parameter Preis als einziges Kriterium abzufragen und zu bewerten.

Die kartellrechtliche Thematik muss man selbstverständlich beachten. Es kann sein, dass eine Krankenkasse, die über 30 oder 40 Prozent Marktanteil in einer bestimmten Region verfügt, beispielsweise ihre Marktmacht zulasten der an der Ausschreibung Beteiligten ausübt, sodass man die Ausschreibung, wie es das Kartellrecht vorsieht, in Einzellose aufzuteilen hat, um hier eine gewisse Wettbewerbsdynamik und -gerechtigkeit wirken zu lassen.

In § 127 wird ausdrücklich - dies halten wir Spitzenverbände für richtig - formuliert: Wo Ausschreibungen nicht zweckmäßig sind, wird das Modell der einzelvertraglichen Vereinbarung vorgesehen. Als weitere Stufe: Wo es aus versorgungspolitischen Gründen, aus Gründen einer individuellen Versorgung mit Hilfsmitteln, ebenfalls nicht sinnvoll ist, dies in Vertragsform zu fassen, müssen entsprechende einzelfallbezogene, auf die konkrete Versorgungsform bezogene Lösungen gefunden werden, weil sie sich aus gesundheitspolitischen und versorgungspolitischen Gründen nicht standardisieren lassen.

Insofern ist die Hierarchiebildung - Festbeträge, Ausschreibung, Einzelverträge und einzelne spezielle Lösungen - ausgesprochen differenziert und gibt den Krankenkassen und den Leistungserbringern die Möglichkeit, für die jeweilige konkrete Versorgungssituation die richtige Lösung zu finden. Wir sind allerdings auch der Auffassung - man kann sicherlich darüber streiten -, dass es bei einer richtigen Anwendung dieses Instruments durchaus Möglichkeiten gibt, bei einem mutmaßlich steigenden Versorgungsbedarf der Patientinnen und Patienten ein Stück weit die Kosten unter Kontrolle zu haben. Diese Balancierung wird in § 127 in einer sehr vernünftigen und patientenfreundlichen Weise abgewogen.

SV Joachim M. Schmitt (Bundesverband Medizintechnologie e.V.): Erstens zu den Festbeträgen: Sie kommen, wie gerade erwähnt, in 40 Prozent aller Fälle der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Anwendung. Dort funktioniert es. Aber es gibt auch Bereiche, in denen es nicht funktionieren kann und wo es nicht sinnvoll ist. Dort können Sie auch keine Festbeträge festsetzen. Aber dort, wo das Instrumentarium eingesetzt wird, ist es sinnvoll und hat bisher funktioniert - vielleicht zum Leidwesen der Industrie.

Zweitens zu den Ausschreibungen nach Vergaberecht: Es ist bisher nicht geklärt, was damit gemeint ist. In der Begründung steht „nach Vergaberecht“. Das heißt Ver-

dingungsordnung etc. All das, was Herr Kiefer beschrieben hat, ist tatsächlich notwendig. Es geht nicht ausschließlich um den Preis, sondern es geht um die wirtschaftliche Versorgung. Es ist auch richtig, dass Krankenkassen dies sollen. „Sollen“ heißt, wenn Sie es in den Gesetzestext schreiben, „müssen“. Sie müssen es dort tun, wo es zweckmäßig ist. Unser Problem ist, dass wir es fast nirgendwo als zweckmäßig erachten. Deswegen lehnen wir diese Ausschreibungen ab und schlagen Ihnen nochmals einen Vertragswettbewerb vor, bei dem alle Leistungserbringer, die nachweislich die gleiche Qualität zum gleichen oder geringeren Preis liefern können, die Patienten versorgen dürfen. Ansonsten werden Sie alles komplizierter und nichts besser machen. Sie werden auch dafür Sorge tragen, dass die Versorgung insgesamt schlechter werden wird.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen nun zur Fragerunde der Fraktion der FDP.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich stelle die erste Frage noch einmal zur Kosten-Nutzen-Bewertung; sie geht an Herrn Professor Rychlik. Wir haben vorhin schon einiges zur Kosten-Nutzen-Bewertung gehört; dabei ging es um die Ausgestaltung, die Praktikabilität und die Auswirkungen. Ich würde aber gern auch von Ihnen hören, wie Sie es beurteilen, und insbesondere, wie es aus Ihrer Sicht optimal wäre.

SV **Prof. Dr. Reinhard Rychlik**: Grundsätzlich kann ich an das anschließen, was der Kollege Wille vorhin zu diesem Sachverhalt geäußert hat. Man muss allerdings auch davon ausgehen, dass Kosten-Nutzen-Analysen nicht nur für Innovationen anzuwenden sind; sie sollen auch einen Vergleich zu dem darstellen, was schon auf dem Markt ist. Das heißt, dass sich auch solche Arzneimittel, die schon einen längeren Marktaufenthalt hinter sich gebracht haben, diesem Kriterium stellen müssen.

In Bezug auf die Kriterien, die dort angewandt werden, wäre es sicherlich hilfreich, wenn man sich dem anschliesse, was international üblich ist. Auf diesem Weg sind wir im Moment aus meiner Sicht leider noch nicht. Wir wollen in Zukunft eine Perspektive der gesetzlichen Krankenversicherung einführen, die natürlich schon lange besteht und die sicherlich auch ihre Berechtigung hat. Es geht aber im Wesentlichen um den Patienten sowie darum, was der Patient letztendlich davon hat. Das kann man, wie Herr Professor Wille schon sagte, nur sektorübergreifend beurteilen. Das heißt, wenn man Einsparungspotenziale im Krankenhaussektor oder im Rehabilitationsbereich aufdeckt, dann gehört dies ebenfalls zu einer Kostenbetrachtung.

Aber ich erinnere auch daran, dass wir volkswirtschaftlich noch nicht ganz genesen sind. Beispielsweise gibt es die Krankschreibung für Patienten. Der Sachverhalt der fehlenden Krankschreibung, weil ein Patient wieder schneller gesundet, sollte in dieser Gesellschaft einen ganz erheblichen Stellenwert haben. Dazu gehört auch der gesamte Block der so genannten indirekten Kosten, die volkswirtschaftlich zu beurteilen sind und die natürlich dann zu einer gesamtgesellschaftlichen Perspektive führen. Die GKV-Perspektive kann nur eine Perspektive sein.

Daran anschließend wäre die Frage zu stellen, mit welchen Nutzwerten wir gesellschaftlich operieren wollen. Wir wollen im Moment Erstattungshöchstbeträge finanzieren. Richtiger wäre es eigentlich, sich zu fragen, unter welchem Aspekt wir Innovationen in dieser Republik den Patienten zugänglich machen wollen und welche Kosten wir dafür übernehmen wollen. Dazu ist im Ausland ein einschlägiges Instrumentarium bekannt, das sich, von der Lebensqualität ausgehend, in bestimmten Erstattungsgrenzen bewegt, die sich an Nutzwertparametern wie den so genannten Qualies orientiert. Hier bleibt dem Parlament noch übrig, sich zu überlegen, ob man solche Kriterien nicht

auch für Deutschland nutzbar machen will. Alles andere führt lediglich dazu, dass den Restbetrag, ob nun über Erstattungshöchstbeträge oder über eine einseitige Sichtweise der GKV-Perspektive, der Patient zu zahlen hat. Das heißt, es geht nur weiter darum, dass die Zuzahlung des Patienten aus verschiedenen Perspektiven erhöht wird.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Nun wende ich mich dem Begriff Verordnungsdaten zu und frage Herrn Professor Wille, Herrn Schmeinck vom BKK Bundesverband, die KBV, den VDAP und den dafür heute zuständigen Pharmaverband: Durch die Neuregelung des § 305 a SGB V im vorliegenden Gesetzentwurf soll die regionale Differenzierung von Verordnungsdaten innerhalb einer kassenärztlichen Vereinigung untersagt werden. Damit soll ein Rückschluss auf das Ordnungsverhalten einzelner Ärzte durch unbefugte Dritte ausgeschlossen werden. Glauben Sie, dass die Regelung den vorgesehenen Zweck erfüllen wird und dabei den berechtigten Interessen aller Marktbeteiligten Rechnung trägt?

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Die Regelung zielt zunächst nur auf die Informationsbasis der Hersteller ab. Sie lässt die Ziele und Instrumente außer Acht, sodass diese Regelung sicherlich das anspruchsvolle Ziel einer herstellerunabhängigen Pharmakotherapieberatung nicht erfüllen kann. Ich glaube, dass man das vom Hersteller letztendlich auch gar nicht erwarten kann.

Die Neuregelung zielt - so steht es auch in der Begründung - berechtigterweise darauf ab, zu verhindern, dass die Arzneimittelverordnung eines Vertragsarztes oder einer kleinen Gruppe von Vertragsärzten für die Hersteller transparent wird. Es stellt sich aber die Frage, ob dies ein verhältnismäßiges Mittel ist, um das Ziel der datenschutzrechtlichen Unterbindung einer Aufbereitung von Umsatzdaten für Dritte zu erreichen. Es gibt im Rahmen der integrierten Versorgung durchaus ein Interesse an Daten, die unter-

halb der KV-Ebene liegen. Zwischen der Ebene des einzelnen Arztes und der KV-Ebene ist noch ein weites Kontinuum. Daher ließe sich das Problem ordnungspolitisch eleganter lösen, indem man beispielsweise an die Anforderungen der Datenerhebung, die in bestimmten Clustern geschieht, bestimmte Bedingungen knüpft und nicht gleich mit Kanonen auf Spatzen schießt.

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): Von Kassenseite wird das Ziel, den einzelnen Arzt in seinem Ordnungsverhalten nicht daraufhin überprüfbar zu machen, ob er denn der Empfehlung des pharmazeutischen Außendienstes gefolgt ist oder nicht, voll unterstützt. Uns irritiert, dass es von der Rechtslage her eigentlich jetzt schon nicht stattfinden soll. Unsere Vermutung ist, dass insbesondere die Länder, die die Aufsicht über Apothekenrechenzentren haben, verhindern, dass der einzelne Arzt in seinem Ordnungsverhalten geschützt wird. Das ist die eine Seite.

Dann fragte der Abgeordnete, ob es Interessen anderer Marktbeteiligter geben könnte, denen Rechnung zu tragen sei, weil sie berechtigt seien. In einem zukünftigen Markt, der im Wesentlichen auf Verhandlungen um Rabatte, auf die Organisation von integrierter Versorgung und Ähnliches ausgerichtet ist, hätte ich persönlich zumindest Verständnis dafür, wenn sich die Gegenseite - das wären in diesem Falle Hersteller und Ärzteverbände - nicht unbedingt nur auf das Zahlenmaterial von Kassen verlassen wollte. Hier würde ich insofern meinem Vorredner, Professor Wille, folgen und sagen, dass dies ein bisschen überzogen ist, weil hier mit Kanonen auf Spatzen geschossen wird. Es darf aber unter gar keinen Umständen von dem Ziel abgegangen werden, den einzelnen Arzt vor der Kontrolle durch die Pharmaindustrie zu schützen.

SV **Ulrich Weigeldt** (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Bei diesem Paragraphen kommt mir das Bild vom Kind und der Ba-

dewanne in den Kopf; denn hier wird das berechnete Interesse dargestellt, dass der einzelne Arzt oder eine kleine Arztgruppe nicht identifizierbar ist und dadurch dann mit diesem Instrument auch keine Prämienzurechnung für Pharmareferenten mehr erfolgen kann. Das ist durchaus in Ordnung; hier sind wir uns auch mit meinen Vorrednern im Wesentlichen einig. Allerdings macht es die jetzt gefundene Granulationsebene nicht mehr möglich, beispielsweise Versorgungsverträge, Wahltarife, integrierte Versorgung und haushaltszentrierte Versorgung zu evaluieren, weil hierfür die Maßeinheit kassenärztliche Vereinigung untauglich ist. Wenn Sie die Kassenärztliche Vereinigung Bayern nehmen, werden Sie Schwierigkeiten haben, dort die Effizienz verschiedener Verträge nachzuvollziehen, was die Medikamentenversorgung angeht, während dies bei anderen KVen kein Problem ist. Im Saarland oder in Bremen kommen Sie automatisch in eine kleinere Granulation.

Insofern ist der Absicht schon Respekt zu zollen. Es ist sicherlich richtig, hier keine zu tief gehende Datentransparenz in Bezug auf die Verordnungen von einzelnen Ärzten zuzulassen. Andererseits sollte hier eine Lösung gefunden werden, die kleinräumige Betrachtungen als Evaluationsinstrument tatsächlich möglich macht. Daher ist hier nachzuzustieren. Ich glaube, dass es zwischen dem jetzt gefundenen Maßstab der KV-Ebene und einem Maßstab, den wir als zu klein granuliert empfinden, durchaus Möglichkeiten gibt, etwas zu finden, was sowohl dem berechtigten Interesse, den Arzt für die pharmazeutische Industrie nicht zu sehr transparent zu machen, als auch dem Interesse, eine ausreichende Marktbeobachtung zum Zwecke der Evaluation zu ermöglichen, gerecht wird.

SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.): Die pharmazeutische Industrie erkennt ohne Wenn und Aber den Grundsatz an, dass Verordnungsdaten nicht so weit verarbeitet werden dürfen, dass Rückschlüsse auf das Ver-

ordnungsverhalten einzelner Ärzte möglich sind. Das Verordnungsverhalten einzelner Ärzte darf nicht transparent sein; dies respektiert die Arzneimittelindustrie. Allerdings ist mehrfach gesagt worden, man solle nicht mit Kanonen auf Spatzen schießen. Auch weiterhin sind in kleinere Einheiten - kleinere Bricks, wie es auf Neudeutsch heißt - heruntergebrochene, regionalisierte Verordnungsdaten notwendig, die aber anonymisiert sein können. Diese Daten sind insbesondere für die Kontrolle der wirtschaftlichen Auswirkungen der Rabattverträge notwendig, die die pharmazeutischen Unternehmen mit den Krankenkassen schließen sollen. Hier ist es unerlässlich, dass auch heruntergebrochene Verordnungsdaten zur Verfügung gestellt werden, damit die Pharmaindustrie die Möglichkeit hat, die wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Rabattverträge zu evaluieren und deren Effizienz zu überprüfen. Gleiches gilt für die integrierte Versorgung. Auch hier werden besondere Versorgungsverträge abgeschlossen; auch hier brauchen wir regionalisierte Verordnungsdaten. Wenn der Erstattungshöchstbetrag kommen sollte, könnte er im Wege von Verträgen einvernehmlich zwischen dem Spitzenverband auf Bundesebene und den Arzneimittelherstellern vereinbart werden. Auch hier wären zur Erfolgskontrolle, also der Kontrolle der wirtschaftlichen Auswirkungen dieser Verträge, regionalisierte Verordnungsdaten notwendig.

Sve Ursula Keller (Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e.V.) Nach dem Entwurf eines GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes soll die Übermittlung von arztindividuellen Verordnungsdaten eingeschränkt werden, um zukünftig eine missbräuchliche Nutzung durch pharmazeutische Unternehmen zu unterbinden. Auch wenn wir grundsätzlich der Meinung sind, dass derartige regulatorische Eingriffe in den Markt langfristig nicht zielführend sind, wird das Ziel bezüglich der missbräuchlichen Nutzung von uns unterstützt. Allerdings werden durch die vorliegenden Formulierungen des Gesetzentwurfs die In-

teressen von Ärzten und Anbietern von Arztinformationssystemen in einer Weise beschnitten, die nicht nur mit der eigentlichen Intention des Entwurfs nichts zu tun haben, sondern diesen sogar diametral entgegenstehen.

Durch die Übermittlung und Analyse von Leistungs- und insbesondere Verordnungsdaten wird bereits heute durch zahlreiche bestehende Systeme im Markt ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und für das Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen geleistet. Hier verweise ich auf das Gutachten von Medimed.

Als Beispiele seien hier einige Systeme genannt, deren Sinnhaftigkeit sicherlich außer Frage steht und bei denen wir uns nicht vorstellen können, dass sie zukünftig gesetzlich verboten werden sollten: kontinuierliche und zeitnahe Wirtschaftlichkeitsanalysen zur Einhaltung von Arzneimittelbudgets - unter anderem Darstellung von Generikareimport- und Analogpräparatquoten und Aufzeigen von bestehenden Einsparpotenzialen - und Arzneimittelsicherheitschecks zur Identifizierung und Vermeidung von lebensbedrohlichen Therapiefehlern, Arzneimittelinteraktionen, Kontraindikationen und Dosierungsfehlern. Außerdem wird durch den geplanten Ausschluss einer praxisbezogenen Aufbereitung von Arzneimittelverordnungsdaten in die Berufsfreiheit der Arztinformationssystemanbieter und private Dienstleistungsanbieter eingegriffen.

Gleichzeitig beinhaltet dieser gesetzlich bestimmte Ausschluss eine ausschließliche Zuweisung der nicht dem Aggregationsgebot unterliegenden Beratungsbefugnis auf die Selbstverwaltungsträger im Gesundheitswesen, insbesondere der kassenärztlichen Vereinigung. Hierdurch wird in dem betroffenen Sektor eine berufliche Tätigkeit, nämlich die Bereitstellung arztindividueller Informationen, über Arzneimittelverordnungen monopolisiert, indem bestimmte Dienstleistungen auf einen Anbieter beschränkt werden. Private Anbieter haben aufgrund dieser ausschließlichen Aufgabenzuweisung nicht

mehr die Möglichkeit, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen eigene Dienstleistungen anzubieten und zu erbringen. Ihnen verbleibt allerdings noch die Möglichkeit, allgemeine Informationen über den regionalen Bereich ohne individuellen Bezug im freien Wettbewerb anzubieten.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Die Antworten waren insgesamt ziemlich einheitlich. Wegen der Folgen stelle ich aber zu diesem Gebiet noch eine kleine Zusatzfrage, zumal weitere Einsparungen durch mehr Verordnungen von Generika gefordert werden. Ich frage Herrn Professor Wille, die KBV und die Pharmaindustrie, welche Auswirkungen sich auf den Wettbewerb und die Generikaquote ergäben, wenn die Marktanalysen nicht mehr unterhalb der KV-Ebene möglich wären, wie der Gesetzentwurf es vorsieht.

SV **Prof. Dr. Eberhard Wille**: Ich erlaube mir hier, offen gestanden, keine Prognose.

SV **Ulrich Weigeldt** (Verband Deutscher Arztinformationssystemhersteller und Provider e.V.): Die Prognosen sind schwierig; aber man kann schon eine Tendenz äußern. Wir wissen, dass die Informationssysteme zum Teil erheblich schneller als die Datenlieferungen über die Krankenkassen sind, die oft sehr spät erfolgen, nämlich zu einem Zeitpunkt, zu dem das Kind schon in den Brunnen gefallen ist. Eine zeitnahe Information der Vertragsärzte wirkte sich hier sicherlich günstig auf die Einhaltung vereinbarter Zielsetzungen aus. Würde man die in unserer vorigen Stellungnahme dargelegten zu kleinen Granulationen vermeiden, wäre hier durchaus ein Vorteil für die Generikaquote und die Einhaltung von Medikationszielen zu sehen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer spricht für die Pharmaindustrie?

SV Peter Schmidt (Pro Generika e.V.): Die Erfahrung hat bisher gezeigt, dass die KVen und die Krankenkassen allein nicht in der Lage gewesen sind, den Markt relativ schnell mit Generika zu penetrieren. Vielmehr haben die Generikahersteller eine sehr wichtige und im Sinne des Systems verdienstvolle Arbeit geleistet. Wenn Datenverarbeitung nur noch auf der Ebene der KVen möglich wäre, wäre das Marketing der Generikahersteller erheblich eingeschränkt. Sie müssten zum Schrottschussmarketing übergehen, da sie nur noch die Gesamtdaten einer KV hätten, hinter denen sich regional sehr unterschiedliche Generikaverordnungsquoten verbergen könnten, und zwar nicht nur zwischen den KVen. Da liegt Hamburg zum Beispiel mit knapp 82 Prozent an der Spitze und Baden-Württemberg mit knapp 73 Prozent am Ende der Skala. Solche Unterschiede gibt es auch innerhalb der einzelnen KVen, insbesondere innerhalb der großen Flächen-KVen. Von daher wäre es im Sinne des Systems schon zielführend, wenn es unterhalb der Ebene der KV Daten gäbe, auf denen Generikahersteller ihre segensreiche Tätigkeit entfalten könnten.
(Heiterkeit und Zurufe)

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich hatte ja freigestellt, ob nur einer antwortet. Ich stelle auch die Frage zurück, wie es dann zum Beispiel in Bayern geregelt werden könnte, dass die Pharmaberater ihre Zielgruppen finden, wenn dieser Fall eintreten sollte.

Ich habe noch eine Frage auch an die Spitzenverbände der Krankenkassen; dabei geht es mir noch einmal um die vorhin schon angesprochenen Rabattverträge. Kann mir einmal jemand sagen, in welchen Größenordnungen man sich das vorstellen soll, wenn der Gesetzentwurf so verabschiedet würde? Mit wie vielen Rabattverträgen hätte man zu rechnen, wie soll dies - wir hatten ja schon eine ähnliche Problematik bei der Anhörung zum AVWG besprochen - rein tech-

nisch funktionieren und wer soll worüber informiert sein?

In diesem Zusammenhang stelle ich direkt anschließend der KBV die Frage, ob die Ärzte aus ihrer Sicht betroffen sein werden und, wenn ja, wie sie informiert würden, auch was Umfang und Inhalt angeht.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Ich habe die Frage so verstanden, wie viele Rabattverträge denkbar seien. Ich will keine Prognose abgeben, wie viele in absehbarer Zeit zu erwarten sein werden; dies zu prognostizieren, wäre unendlich viel schwieriger. Denkbar ist Folgendes: Es handelt sich etwa um 400 Wirkstoffe und es sind - ich nehme grobe Zahlen, damit es sich im Kopf leichter rechnen lässt - rund 200 Kassen und 50 Hersteller beteiligt. Wenn man von der wirklich sehr theoretischen Idee ausgeht, dass jeder mit jedem über jeden Wirkstoff einen Vertrag abschliesse, dann käme ich auf die sagenhafte Zahl von 4 Millionen Verträgen. Wie eine solche Zahl gehandelt werden sollte, weiß ich selbst nicht. In der realen Welt werden es sicherlich weniger Verträge sein. Man wird darauf achten müssen, dass es Meldepflichten für diese Verträge gibt, um darüber auch die Arztsoftware zu steuern. Anders kann ich mir das nicht vorstellen. 4 Millionen Verträge entsprechen einer rein fiktiven Maximalberechnung und sind nicht zu befürchten.

SV Ulrich Weigeldt (Kassenärztliche Bundesvereinigung): Ich glaube, es wäre auch bei 3 Millionen Verträgen schon schwierig.

(Heiterkeit)

Aber ich bedanke mich für diese Frage, die zwei Probleme aufwirft: Das erste Problem ist in der Tat, wie diese Rabattverträge so geschlossen werden, dass sie tatsächlich umgesetzt werden können. Alle Beteiligten müssen zusammenspielen: Die Krankenkasse schließt mit den Pharmaherstellern einen Vertrag, der Arzt muss vertragsgemäß

verordnen, damit es funktioniert, und dann muss der Apotheker auch noch vertragsgemäß abgeben. Da scheint das erste Problem auf, weil dann, wenn der Apotheker das Vertragsmedikament gerade nicht vorrätig hat und dem Patienten sagt, er könne es ihm übermorgen liefern, der Patient es aber heute schon haben will, substituiert werden wird, entweder korrekt oder grau oder wie auch immer. Daraus kann man niemandem einen Vorwurf machen; das ist ein Systemproblem, das geregelt werden muss.

Das zweite Problem betrifft die Information. Dies halte ich für einfacher zu lösen. Die Frage ist, ob die Kassen über den Umfang ihrer Rabattvereinbarungen informieren müssen. Bei Rabattvereinbarungen im Wettbewerb ist es eher ein Problem, über diese Rabatte zu informieren; dies will ich jetzt aber gar nicht näher ausführen. Die Ärzte müssen über das Substrat der Rabatte informiert werden. Dies stelle ich mir von der richtigen Seite nicht so schwierig vor. Hier gibt es nur das Problem, wie wir diesen Informationsfluss finanzieren: Wenn die Daten von den Kassen an die KVen geliefert werden und die Transaktionskosten zur Umsetzung in die Arztpraxissoftware übernommen werden, dann kann dieser Aufgabe nach meiner Auffassung relativ zügig nachgekommen werden. Dies sehe ich als nicht so schwierig an. Dann wären die Ärzte auch motiviert, das aufzuschreiben.

Des Weiteren wäre noch das Problem zu lösen, wie sich das alles auf die Richtgrößen auswirkt, die im Jahr vorher bestimmt werden müssen. Wenn sich die Preise änderten, müssten sie irgendwie angepasst werden. Wenn man davon ausgeht, dass Ärzte - wir sehen das beim Analoginsulin; deshalb ist uns dieses Problem im Moment relativ nahe - nicht genau wissen, wie hoch der Rabatt ist und ob er wirklich so bemessen ist, dass man hinterher aus der Regressgefahr herauskommt, dann wäre es nur konsequent, in diesem Fall des Rabattvertrags eines Pharmaherstellers mit einer Krankenkasse die Ärzte aus der Preisverantwortung zumindest für dieses Segment herauszunehmen, sodass

die Ärzte dann nur noch für Menge und Indikation haften, was diesem Beruf ohnehin immanent ist, aber nicht mehr für den Preis. Die Mitteilung darüber, es bestehe ein Rabattvertrag und der Arzt sei im Rahmen dieses Rabattvertrags aus der Preisverantwortung heraus, würde solche Rabattverträge wahrscheinlich stark zum Laufen bringen, da die Ärzte dann hochmotiviert wären. Die Regressgefahr wäre vermieden und sie müssten sich nicht mehr permanent um sich 14-täglich ändernde Preise kümmern. - Herr Abgeordneter, mit Ihrer Frage haben Sie einen so riesigen Problembereich aufgerissen, dass ich meine Antwort gar nicht viel kürzer fassen konnte.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Spenden Sie Ihre verbleibenden 15 Sekunden unserem freien Abend?

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Nein, aber ich mache es mathematisch einfacher als bei der letzten Frage. Ganz kurz an die Bundesärztekammer: Ist dadurch, dass eine Zweitmeinung eines Arztes eingeholt werden soll, die Therapiefreiheit gefährdet?

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer): Damit ist die Therapiefreiheit sehr wohl zumindest eingeschränkt. Das Einholen einer Zweitmeinung ist gerade bei chronisch kranken Polymorbiden mit einem erheblichen Aufwand verbunden. Zweitmeinungen finden bei komplexeren Sachverhalten und sicherlich auch bei hochpreisigen therapeutischen Maßnahmen schlechthin statt, sei es, dass der Krankenhausapotheker einen Rat erteilt oder dass erfahrene Kollegen wie Chefärzte - sie können ja auch erfahren sein - ihre Zweitmeinung einbringen. Im Übrigen sollte man das Ganze nicht nur auf lebensgefährliche Interaktionen fokussieren, wie es im Gesetzestext zu lesen ist. Auch Kalium, ein ganz einfaches Elektrolyt, als Medikament durchaus überschaubar, kann lebensgefährlich sein. Insofern muss

man hier die Formulierungen noch nachjustieren.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur nächsten Frageunde der Fraktion Die Linke.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Ich habe eine Frage an die Sachverständige Frau Simon und an eine Vertreterin oder einen Vertreter der SPIK. Der Arzneimittelbereich ist im Wesentlichen der Kostentreiber, der die Bundesregierung veranlasst hat, dieses Thema in dem Gesetzentwurf anzupacken. Welche Ursachen sehen Sie für diese Entwicklung und wie kann sie nach Ihrer Auffassung durch den Gesetzgeber besser beeinflusst werden?

SVe **Ingeborg Simon**: Es ist richtig, dass die Ausgaben im Arzneimittelsektor schon seit Jahren heftig beklagt und entsprechend beobachtet werden. Wir wissen, dass die Pharmaindustrie im Jahr 2005 Umsatzsteigerungen von 9 Prozent zu verzeichnen hatte. Im Jahr 2005 wurden 24 Milliarden Euro umgesetzt. Wir bekommen durch die Veröffentlichung des jährlich erscheinenden Arzneimittel-Reports einen interessanten und aufschlussreichen Spiegel vorgehalten, der deutlich macht, dass es in diesem Bereich Luft gibt, das heißt, dass es hier erhebliche Einsparmöglichkeiten gäbe, wenn man tatsächlich eine qualifizierte Verordnungsweise praktizierte und dabei vor allen Dingen auf die vorhin schon erörterten Scheininnovationen und teuren Originalpräparate und noch überteuerten Generika - oder jedenfalls hochpreisigen Präparate innerhalb des Generikaspektrums - ein Augenmerk legte. Bei der Auswertung des aktuellen Arzneimittel-Reports war von Einsparungen allein im Bereich von Me-too- und Scheininnovationspräparaten in einer Größenordnung von 1,2 Milliarden Euro die Rede. Dies muss in der Tat zu denken geben, zumal die Arzneimittelausgaben seit Längerem wieder höher als die Ausgaben für ärztliche Honora-

re sind, wenn es um die Belastung der gesetzlichen Krankenversicherungen geht.

Ich halte es für sehr bemerkenswert, dass es inzwischen so etwas wie Selbsthilfe einzelner kassenärztlichen Vereinigungen gibt. Ich erwähne nur die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, die darangegangen ist, Abhilfe zu schaffen, weil sie sehr wohl sieht, dass es hier einer Abhilfe bedarf, und sogenannte Me-too-Listen aufgelegt hat, in denen Scheininnovationen mit vergleichbaren, aber wesentlich kostengünstigeren Generika verglichen werden. Dieses Beispiel sollte Schule machen. Inzwischen weiß ich, dass auch Sachsen-Anhalt in Zusammenarbeit mit den Krankenkassen eine ähnliche Liste plant.

Was ich nicht besonders gut finde, ist, dass in Zukunft wahrscheinlich dazu übergegangen werden wird, dass jeder KV-Bereich und vielleicht auch andere Bereiche sich Listensysteme entwickeln können; Ulla Schmidt hat gerade den Apothekern empfohlen, zusammen mit Ärzten und Krankenkassen solche Listen aufzulegen. Angesichts dessen bleibt eigentlich nur die seit Jahrzehnten zumindest von Arzneimittelexperten erhobene Forderung nach der Einführung von Positivlisten. Ich bringe dies heute an dieser Stelle einfach noch einmal ein. Hier sehen wir enorme Einsparmöglichkeiten und die seltene Gelegenheit, dass mit den Einsparungen beim GKV-Haushalt auch noch eine erhebliche Qualitätsverbesserung einhergeht. Es hat bereits, wie wir wissen, zwei Anläufe gegeben. Mit der Diskussion um die Kosten-Nutzen-Bewertung bleibt dies einfach nicht aus. Auch in der Ärzteschaft ist inzwischen die Forderung herangereift, dass wir auch im Interesse ihrer eigenen Zielsetzungen nach mehr Qualität und Transparenz und weniger Bürokratie eine bundesweite Positivliste brauchen. All das, was Sie eben in Verbindung mit Rabattverträgen diskutiert haben, macht doch deutlich, dass es sich hier um einen Dschungel von Vertragswerken handelt. Zumindest im Arzneimittelbereich könnte man die Probleme mit einer Positivlisten einfach, für Patienten, Ärzte und Apo-

theker gleichermaßen übersichtlich und auf Dauer bewältigen.

SV Wolfgang Kaesbach (BKK Bundesverband): Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungen sind in den letzten fast zehn Jahren durchschnittlich um 8 Prozent gestiegen. Einen deutlichen Einbruch hat es nur durch zwei Gesetze gegeben, das GSG 1993 und das GMG 2004. Alt bekannt und vielfach zitiert ist, dass die Ausgaben durch drei Faktoren bestimmt werden: durch Preis, Menge und Struktur.

Bisher war die Gesetzgebung weitgehend darauf ausgerichtet, die Preiskomponente zu beeinflussen. Die Preiskomponente ist, nachdem Arzneimittel eingeführt wurden, nicht mehr das Problem, bedingt durch die seit 1989 wirkende Festbetragsregelung, die jetzt ergänzt wird. Durch die Höchstbetragsregelungen im Nichtfestbetragsmarkt und die Zuzahlungsfreistellungen ist, salopp gesagt, Ruhe an der Preisfront.

Mit Blick auf die Strukturkomponente - Frau Simon hat darauf hingewiesen - hat es zwei Anläufe zur Einführung der Positivlisten gegeben; ich muss dies nicht wiederholen. Nun sollen nach dem GMG Nutzenbewertungen kommen. Dazu ist eben schon ausgeführt worden, dass solche Nutzenbewertungen nicht in der Fläche und zeitnah erfolgen können. Von daher werden sie zwar einen Effekt auf die Strukturkomponente haben, aber in Bezug auf die Schnelligkeit nicht so durchschlagend sein, wie wir es brauchen. Hinzu kommen die erweiterten Rechtsgrundlagen des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Blick auf Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse. Insofern haben wir bezüglich der Strukturkomponente neue Instrumente bekommen.

Was die Frage der Mengenentwicklung angeht, hat Herr Weigeldt darauf hingewiesen, dass dies im Rahmen von regionalen Arzneimittelvereinbarungen - von Zielvereinbarungen - und auch im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur ureigenen

ärztlichen Verantwortung gehört. In diesem Zusammenhang erlaube ich mir die Ergänzung, dass jetzt durch die Höchstpreisregelung, die Preisverhandlungen unterhalb der Höchstpreise und die Rabattverträge die Grundlagen zumindest für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung und eine rechtssichere arztbezogene Ausgabenerfassung erodiert werden und von daher nicht mehr anwendbar sind. Herr Weigeldt hat schon davon gesprochen, dass die Ärzte zumindest von der Preisverantwortung für ihre Verordnungsweise freigestellt werden.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): Eine direkte Nachfrage an Sie: Halten Sie die Regelung in § 130 SGB V zur Anpassung eines Apothekenabschlags in Höhe von 500 Millionen Euro als Einsparvolumen für realisierbar?

SV Wolfgang Kaesbach (BKK Bundesverband): Der Topf von 500 Millionen Euro soll aus dem Verzicht der Apotheken auf Handelszuschläge und aus Verhandlungen von Krankenkassen mit Apotheken unterhalb der Höchstpreise, aus Rabattverträgen der Apotheken mit Herstellern und aus Rabattverträgen der Krankenkassen mit Herstellern gespeist werden. Da diese Verträge, zumindest die Rabattverträge, nicht öffentlich sind, kann ich mir kaum vorstellen, dass rechtssicher ein Volumen ermittelt werden kann, sodass, wenn am Schluss eine Differenz bliebe, diese kollektiv über alle Apotheken durch Anpassung des Abschlags nach § 130 umgelegt werden könnte. Selbst wenn wir annähen, es würde über diese vier Möglichkeiten ein Volumen von 300 Millionen Euro erzielt und es wäre auch rechtssicher zu ermitteln - an dieser Stelle habe ich erhebliche Zweifel -, dann blieben 200 Millionen Euro umzulegen. Das wären dann bei 500 Millionen Packungen 40 Cent pro Packung. Also müsste der Abschlag dann auf 2,40 Euro erhöht werden. Dies stellen Sie in die Verantwortung der Rahmenvertragspartner. Ich erinnere daran, dass mit dem GMG diese Regelung gerade nicht ge-

griffen hat. Wenn Sie also ein Einsparvolumen vonseiten der Apotheken realisieren wollen, dann müsste dies entweder der Gesetzgeber über den Abschlag machen oder der Verordnungsgeber über die Anpassung des Höchstzuschlags von zurzeit 8,10 Euro.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Eine Frage an die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände: Sehen Sie in Zukunft aufgrund der beabsichtigten Ausweitung und Intensivierung des Preiswettbewerbs auf der Apothekenebene eine Gefährdung der Beratungs- und Versorgungsqualität durch die und in den Apotheken? Welche Erwartungen haben Sie hinsichtlich der wohnortnahen Patientenversorgung durch niedergelassene Apotheken insbesondere in strukturschwachen Regionen?

SV Heinz-Günter Wolf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Die große Koalition hat in den letzten Jahren - 2004 und zuletzt 2006 mit dem AVWG - den Apotheker ganz bewusst preisneutral gestellt, um die Qualität der Beratung arzneipreisneutral sicherzustellen. Wenn hier das Rad zurückgedreht wird, der Apotheker wieder preisabhängig gestellt wird und er sowohl gegenüber dem Patienten über den Verzicht auf individuelle Zuzahlung als auch gegenüber der Krankenkasse über den Verzicht auf seine Marge in den Einzelwettbewerb treten soll - dies auch vor dem Hintergrund des Sachleistungsprinzips; ich hatte schon ein Beispiel dazu gebracht -, dann wird es hier tatsächlich eine Schwerpunktverschiebung geben: weg von der qualitativ hochwertigen Beratung und Arzneimittelversorgung hin zum reinen Preiswettbewerb. Es wird auch dazu kommen, dass die Krankenkassen - es wurde erst über die Hilfsmittelhersteller gesprochen - die Ausschreibungen bei Arzneimittelpreisen nicht, wie vom AOK Bundesverband jetzt deutlich gemacht, bei den Herstellern vornähmen, sondern es würde - davon gehe ich aus - auf Apothe-

kenebene ausgeschrieben werden, und zwar rein preislich.

Was dann passieren würde, ist von den Hilfsmittelleistungserbringern gerade anschaulich vorgetragen worden. Die individuelle Zuzahlung ist ein aus zwei Komponenten bestehendes Instrument. Der Apotheker soll jetzt aus Marketinggründen auf die Zuzahlung verzichten können. Komponente 1 bei der Zuzahlung ist die Selbstbeteiligung des Patienten; die Komponente 2 ist eine Steuerungskomponente. Wenn hier aus Marketinggründen auf die gesamte Zuzahlung und damit auf die Steuerungskomponente verzichtet werden soll, dann gibt es sehr schnell einen Paradigmenwechsel. Der Patient wird dann nicht mehr daran interessiert sein, preiswerte Arzneimittel zu bekommen. Es wird sich sogar auf die Marketingmaßnahmen der pharmazeutischen Industrie auswirken können. Ich erinnere Sie daran, dass die Hersteller, wenn sie 30 Prozent unter den Festbetrag gehen, von den Krankenkassen von der Zuzahlung freigestellt werden können. Jeder Betrieb wird die völlig legitime und völlig vernünftige Überlegung anstellen, was billiger ist, 30 Prozent unter Festbetrag zu gehen oder aber dem Apotheker die notwendige Zuzahlung zur Weiterreichung an den Patienten zu geben. Dann ist der Patient auch von der Zuzahlung befreit; aber das Nachsehen hat die Krankenkasse, die aus Versichertengeldern erheblich mehr bezahlen müsste.

Abg. Frank Spieth (DIE LINKE): Vorhin haben wir eine jedenfalls für mich relativ beeindruckende Darstellung des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller gehört. Ich bitte deshalb noch einmal um eine kurze und prägnante Antwort auf die Frage, wie groß der Aufwand der forschenden Arzneimittelindustrie an ihrem Umsatz ist und wie groß dabei der Anteil ist, den sie für die Vermarktung über Pharmaberater ausgibt.

SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V.):

Der Anteil für diese Kosten ist einfach nicht ermittelbar. Es gibt dazu Spekulationen, sie lägen im zweistelligen Bereich. Sie sind aber nicht valide und nicht verifiziert, sodass keine soliden Angaben dazu möglich sind.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): In Bezug auf diese Validität bin ich sehr überrascht, bedanke mich aber dennoch für die Aussage.

Ich habe noch eine Frage an den Zentralverband der Orthopädieschuhmachertechnik hinsichtlich der Folgen dieser Ausschreibungsverpflichtungen und eine zweite Frage an den Zentralverband des Deutschen Handwerks, die ich anschließend formulieren werde.

Erste Frage: Können Sie bitte noch einmal klar darstellen, welche Folgen für den Orthopädieschuhmachermeister mit diesen Ausschreibungsverpflichtungen verbunden sind? Mich haben dazu bestürzende Informationen erreicht, über die wir bisher so konkret noch nicht geredet haben. Mich interessiert wirklich genauer, was dies für den kleinen Orthopädieschuhmacher in der Region bedeutet.

Zweite Frage: Welche Erwartungen haben Sie, wenn wir nach Vergaberecht Ausschreibungen machen müssen, im Zusammenhang mit dem europäischen Vergaberecht und in Bezug darauf, ob dies dort auch noch zündet?

SV **Uwe Petters** (Zentralverband Orthopädieschuhtechnik) Unsere größten Befürchtungen bestehen darin, dass der damit verbundene Verwaltungsaufwand extrem steigt. Sie müssen sich vorstellen, dass von der Vielzahl von Krankenkassen, mit denen wir zusammenarbeiten müssen, einzelne Ausschreibungen erfolgen würden. Ein Betrieb mit vielleicht zwei, drei Mitarbeitern wie der Großteil unserer Betriebe wäre mit dem Verwaltungsaufwand hoffnungslos überfordert. Jeder, der irgendwo einmal etwas mit Ausschreibungen zu tun hatte - vielleicht

hat jemand gebaut oder ist irgendwo in einer Stadt engagiert und weiß, welche juristischen Hürden dies mit sich bringt -, kann das nachvollziehen. Das hätte im Endeffekt zur Folge, dass der Großteil unserer kleinen Betriebe schon nicht adäquat an Ausschreibungen teilnehmen könnte.

Im Moment ist in dem Entwurf festgeschrieben, dass nur einzelne Betriebe an der Ausschreibung teilnehmen können. Das bedeutet, jedem unserer Innungsbetriebe ist die Chance genommen, sich mit anderen Kollegen zusammenzutun, um irgendwo den Verwaltungsaufwand zu minimieren und sich eine Rechtssicherheit zu schaffen, das irgendwie handeln zu können. Der Alleinmeister wird an dieser Aufgabe mit der Folge scheitern, dass er, wenn er an der Ausschreibung nicht erfolgreich teilnehmen kann, in sehr kurzer Zeit vom Markt verschwunden sein wird.

Unsere Betriebe haben keine Alternativen. Wir arbeiten eben ausschließlich für die Krankenkassen. Damit hätte auch ein kurzzeitiges Wegbrechen des Marktes verheerende Folgen. Der Patient ist am Ende, salopp gesagt, der Dumme, weil er nämlich seinen individuellen Versorger verlieren wird. Dann wird die Chance, sich am Markt einen Anbieter zu suchen, der seinen Qualitätsanforderungen gerecht wird, nicht mehr gegeben sein. Nach kurzer Zeit werden wir monopolartige Strukturen haben; das kann wohl nicht im Sinne einer Förderung des Wettbewerbs sein.

SVe **Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V.): Vorab sei noch einmal festgestellt, dass der Zentralverband des Deutschen Handwerks die Ausschreibung im Hilfsmittelbereich grundsätzlich für falsch hält - das ist schon mehrfach dargestellt worden -, weil dadurch die Leistungserbringer der Marktmacht der Kassen unseres Erachtens zu stark ausgeliefert wären. Wenn aber die Ausschreibungen durchgeführt werden, dann sollten sie nach den Regeln des Kartell- und Wettbewerbsrechts

erfolgen, also gemäß GWB und Vergabe- und Vertragsordnung für Leistungen, weil sie immerhin bieterschützende Elemente enthalten. Zum Beispiel ist im GWB die Pflicht zur Teilung der Aufträge in Fach- und Teillose vorgesehen. Damit könnten mittelständische Interessen berücksichtigt werden, was besonders dann wichtig wäre, wenn eine Kasse ausschreiben würde, die eine relativ marktbeherrschende Stellung hätte. Bei Anwendung dieses Vergaberechts würde außerdem Rechtsschutz vor den Vergabekammern und nicht vor den Sozialgerichten sichergestellt. Vor den Sozialgerichten würde der Rechtsschutz quasi leer laufen, schon deshalb, weil die Verfahren so lange dauern.

Allerdings wurde schon festgestellt, dass im Gesetzentwurf leider nicht präzise gesagt wird, was mit Vergaberecht gemeint ist. In § 69 SGB V ist ausdrücklich festgestellt, dass Wettbewerbs- und Kartellrecht im Verhältnis zwischen Kassen und Leistungserbringern nicht gilt. Wir fordern, dass im Gesetzentwurf für Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich ausdrücklich klargestellt wird, dass sie nach den Regeln des Kartell- und Wettbewerbsrechts erfolgen müssen und dass § 69 hierfür nicht gilt.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Eine Minute noch, Herr Spieth.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE): An den Sozialverband Deutschland richte ich die Frage nach der Einbeziehung von Patienten. Seit drei Jahren gilt die Regelung, dass Vertreterinnen und Vertreter von Patientenorganisationen bei Entscheidungen im Gemeinsamen Bundesausschuss beteiligt werden. Werden aus Ihrer Sicht Patientenvertreter auch in ausreichendem Maße an den Abstimmungsprozessen im Bereich der Hilfsmittel beteiligt?

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Es ist heute so, dass bei der Bildung von Festbeträgen und Festbe-

tragsgruppen Patientenorganisationen beteiligt werden. Aber die Beteiligung ist bislang in Form einer Stellungnahme ausgestaltet; sie reicht bislang nicht aus. Wir haben bisher keine Möglichkeiten, in die Kalkulationsgrundlagen für die Bildung von Festbetragsgruppen und Festbeträgen Einblick zu erhalten und damit nachzuvollziehen, wie diese Kalkulationen zustande kommen, und unsere Perspektive und unsere Marktübersicht einzubringen. Die Folge ist, dass in einzelnen Leistungsbereichen die Festbeträge eben nicht ausreichen, insbesondere im Bereich der Hörhilfen, aber auch in anderen Bereichen, und erhebliche Aufzahlungen vorzunehmen sind. Das bedeutet, dass die Auf- und Zuzahlungen im Hilfsmittelbereich mit die höchsten im gesamten Leistungsgeschehen der GKV sind. Deswegen ist in diesem Bereich die Patientenbeteiligung unbedingt nachzujustieren.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur Fragerunde der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich frage zunächst Professor Wasem. Der vorliegende Gesetzentwurf erhebt den Anspruch, zu mehr Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung zu führen. Wird dieser Anspruch aus Ihrer Sicht erfüllt?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Die Sachverständige Simon hat eben meines Erachtens nicht zu Unrecht gesagt, wir hätten gegenwärtig einen Dschungel von Regelungen. Es ist auch in den Ausführungen ganz unterschiedlicher Beteiligter deutlich geworden, etwa von Herrn Kaesbach oder Herrn Weigelt, dass, wenn man eine Regelung neu einführt, andere möglicherweise in ihrer Durchsetzungspraxis behindert werden. Dies liegt daran, dass es im Arzneimittelmarkt ganz unterschiedliche Regelungskonzepte und unterschiedliche Zielvorstellungen gibt, zum Teil mehr industriepolitische bzw. mittelstandspolitische Zielsetzungen, die eher

auf eine zentralere Steuerung abzielen und zum Teil eher Überlegungen einer wettbewerblichen Steuerung sind, sodass wir insgesamt gegenwärtig kein konsistentes Regelungsgefüge haben. Mein Eindruck ist, dass der Gesetzentwurf vor diesem Hintergrund nicht zu einem tatsächlich konsistenten Regelungsgefüge führt, sondern eine weitere Regelungsschicht darauf lädt, die, wenn man das im Einzelnen betrachtet, auf jeden Fall nicht konsistent zu mehr Wettbewerb führen würde.

Ich halte es insbesondere für nicht sehr zielführend, neben die Schiene Rabatte, die von Krankenkassen vereinbart werden, jetzt noch eine zweite Schiene Rabatte, die durch die Apotheker vereinbart werden, zu legen. Wie Herr Kollege Wille vorhin - ich meine, völlig zu Recht - deutlich gemacht hat, haben wir erst mit dem AVWG den Apotheker sozusagen aus dem Rabattgeschäft herausgenommen; mit dem GMG haben wir ihn bereits preisneutral gestellt. Wenn man eine konsistente Strategie von mehr Wettbewerb realisieren möchte, sollte sie nicht über die Apotheker und parallel über die Kassen, sondern nur über die Kassen laufen.

Dazu noch zwei Anmerkungen: Erstens. Wenn man den Weg zu mehr Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung gehen will, das heißt von der zentralen Steuerung hinunter zur einzelvertraglichen Steuerung, dann wäre der entscheidende Punkt, dass man den Kontrahierungszwang der einzelnen Kasse für das gesamte Arzneimittelsortiment lockert, indem man quasi keine zentralistische Positivliste, sondern kassenindividuelle Positivlisten einführt. Hierbei sind unterschiedliche Ausgestaltungen vorstellbar. In den letzten Jahren sind eine ganze Reihe von Modellen vorgeschlagen worden. Herr Wille und Herr Cassel haben eines vorgeschlagen, Herr Glaeske hat eines vorgeschlagen; ich selber habe vor anderthalb Jahren auch einmal so etwas in die Landschaft geworfen. Es sind unterschiedliche Modelle denkbar, die aber alle den Kern haben, dass man den Kontrahierungszwang für die Medikamente für alle Kassen beseitigt. Das kann man dann

auch wieder in unterschiedlicher Regeldichte tun, unterschiedlich weit gehend. Aber wenn man mehr Wettbewerb will, wenn man nicht über stärkere zentrale Steuerung gehen will, wäre das der aus meiner Sicht wesentliche Punkt.

Eine zweite Anmerkung dazu noch: Wenn wir das tun wollten, dann müssten wir zwingend - das ist gerade von Frau Dohle zutreffend angesprochen worden - noch einmal über § 69 SGB V nachdenken. Er stammt aus einer nicht wettbewerblichen GKV-Welt und ist im Kern eine Regelung, die mit Blick auf das kooperativistische Steuerungssystem sagt: Für die GKV gilt das Wettbewerbsrecht nicht. - Wenn man mehr Wettbewerb will - dabei ist es egal, ob man den Hilfsmittel- oder den Arzneimittelbereich betrachtet -, muss man zwingend § 69 verändern. Ich hielte es für nicht günstig, wenn man nur über den Umweg über das EU-Kartellrecht irgendwie letztlich doch wieder den GKV-Markt einholte. Die jüngste Initiative des AOK Bundesverbandes macht noch einmal deutlich, dass wir im GKV-Bereich auch auf der Kassenseite das Thema Marktbeherrschung bekommen können. Wir können es selbstverständlich erst recht bekommen, wenn wir uns die neue Organisationsstruktur mit kassenartenübergreifenden Fusionen vorstellen können. Da sind rasch Konstellationen denkbar, bei denen dies ein Thema wird. Wenn man Wettbewerb will, dann plädiere ich also dafür, erstens das Regelungsgefüge konsistenter auszugestalten und zweitens die wettbewerbsrechtlichen Implikationen zu überdenken.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Herrn Wasem. Es war schon die Rede von der Kosten-Nutzen-Bewertung, die künftig die Grundlage für Erstattungshöchstbeträge im festbetragsfreien Arzneimittelbereich sein soll. Was halten Sie von den Regelungen zur Kosten-Nutzen-Bewertung im Gesetzentwurf? Sind sie Ihrer Ansicht nach sachgerecht?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Ich sage zunächst grundsätzlich, dass ich schon deutlich vor dem GMG immer für Kosten-Nutzen-Analysen war und bei der Anhörung zum GMG gesagt habe, ich hielte es für verkehrt, dass wir bei der Nutzenbewertung aufhören, sondern sei der Auffassung, wir müssten zur Kosten-Nutzen-Bewertung weitergehen. Von daher sage ich grundsätzlich und nachdrücklich: Ich halte dies für einen Schritt in die richtige Richtung. - Allerdings halte ich das Konstrukt, das der Gesetzentwurf in § 35 b in Verbindung mit § 31 und mit § 139 a vorsieht, in der Umsetzung für problematisch.

Ich will an dieser Stelle nicht wiederholen, was Herr Kollege Wille und Herr Rychlik gesagt haben, sondern nur auf eines verweisen: Es gibt immerhin eine gemeinsame Stellungnahme der 20 führenden deutschen Gesundheitsökonomien, wonach dies hinsichtlich der Gesundheitsökonomie nicht „state of the art“ ist. Es ist „state of the art“, was die Nutzenbewertung angeht, dass man dort auf evidenzbasierte Medizin verweist; aber es ist nicht „state of the art“, wenn man von der Nutzenbewertung zur Kosten-Nutzen-Bewertung übergehen will. Von daher lautet der wirklich dringende Appell der deutschen Gesundheitsökonomie an dieses Haus: Ignorieren Sie nicht, wenn sämtliche führenden Experten, die sich hier in Deutschland zum Teil seit Jahren damit beschäftigen, einhellig sagen: So, wie es hier im Gesetzentwurf steht, ist es nicht „state of the art“ und in vielerlei Hinsicht auch problematisch.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich einmal Herrn Professor Wille nach den Höchstleistungsbeträgen. Dadurch wird die freie Preisbildung auf Herstellerebene praktisch abgeschafft. Sehen Sie darin einen Widerspruch zum Ziel einer stärker wettbewerblichen Ausrichtung des Arzneimittelmarktes?

SV Prof. Dr. Eberhard Wille: Ich hatte schon dargestellt, dass ich mir eine etwas flexiblere Aufteilung wünsche. Das heißt, wenn das Institut IQWiG zu dem Ergebnis käme, es handle sich hier völlig unstrittig um ein Arzneimittel mit einem erheblichen therapeutischen Zusatznutzen, dann hielte ich einen Erstattungshöchstbetrag für nicht gerechtfertigt. Wenn man aber der Auffassung ist, es sei signifikant besser als das bisher beste therapeutische Verfahren, aber der Unterschied sei nicht gewaltig, dann besteht heute nur die Möglichkeit, den Festbetrag zu geben, oder die Kasse zahlt den vom Hersteller gewünschten Preis. Hier scheint es mir sinnvoll, da es auch graduelle Fortschritte gibt, spezielle Erstattungsobergrenzen zu bilden. Medikamente, die völlig unstrittig einen enormen Zuwachs an therapeutischem Zusatznutzen bilden, würde ich davon allerdings freistellen. Dies würde ich für diejenigen Medikamente reservieren, die etwas besser sind oder die in bestimmten Indikationen besser sind, in anderen aber nicht; da wäre also auch eine Möglichkeit der Variation gegeben. In Grenzfällen könnte man die Erstattung an die Verschreibung durch bestimmte, besonders qualifizierte Ärzte binden. Wenn man zum Zeitpunkt der Zulassung noch unsicher ist, könnte man dies auch zeitlich dergestalt strecken, dass man das Arzneimittel von der Preisbindung freistellt, aber der Hersteller in einem Zeitraum zwischen zwei und fünf Jahren - das kann man indikationsspezifisch unterscheiden - den Nachweis über die Versorgungsforschung erbringen muss. - Ich wünsche mir also eine flexiblere Erstattung.

Abg. Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Dann frage ich weiter Herrn Wasem, Herrn Wille und die Verbraucherzentralen. Es wird häufig gefordert, die kollektivvertraglichen zentralen Regulierungen in der Arzneimittelversorgung durch einzelvertragliche, dezentrale Wettbewerbslösungen zu ersetzen. Dagegen gibt es wieder den Einwand, dann entstünde eine Art Flickenteppich von Verträgen, den kein Mensch mehr überblickte. Wie bewerten Sie diese

Kritik und wie kann Ihrer Ansicht nach Markttransparenz für alle Beteiligten in einem stärker einzelvertraglich ausgerichteten System gewährleistet werden?

SV Prof. Dr. Jürgen Wasem: Sie sprechen völlig zu Recht einen Zielkonflikt an. Das Einfachste und Überschaubarste ist die gemeinsame und einheitliche Regelung für 80 Millionen Bundesbürger. Ich glaube, das ist wenig streitig. Je mehr Differenzierung zugelassen wird, desto mehr gibt es logischerweise unterschiedliche Regelungen für unterschiedliche Kassen in unterschiedlichen Regionen und desto stärker besteht zunächst einmal ein Transparenzproblem. Das ist wohl unstrittig.

Dann stellt sich die Frage, wie man mit diesem Transparenzproblem umgeht. Derjenige, der betroffen ist, muss in die Lage versetzt werden, die für ihn relevanten Informationen in hinreichender Menge zu bekommen. Besonders schützenswert ist dabei selbstverständlich der Versicherte. In dem Umfang, in dem man in Richtung mehr Wettbewerb geht, wird das Wissen, das der Versicherte für sachgerechte Entscheidungen in seiner Eigenschaft als Versicherter bei der Kassenwahl, aber auch in seiner Eigenschaft als Patient bei der Inanspruchnahme von Leistungen mitbringen muss, größer. Daran gibt es keinen Zweifel. Man muss dann sicherstellen, dass die Patienten, die Versicherten, hinreichend informiert werden.

Vor etwa zwei, drei Jahren habe ich mit Epsom und anderen ein relativ umfangreiches Gutachten vorgelegt, bei dem wir einmal durchgespielt haben, wie ein konsequentes Modell von Vertragswettbewerb aussähe. Einer unserer Kernpunkte dabei war, dass man ein System von Informationspflichten vorschreiben muss, wenn man deutlich weiter in Richtung Wettbewerb geht, damit sichergestellt ist, dass die Versicherten wissen, welche Regelungen sie mit der jeweiligen Kasse letztlich durch ihren Kassenbeitrag vereinbart haben, die für sie als Patient bei

der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen relevant werden.

Ich meine also, Sie haben Recht: Da besteht ein Zielkonflikt. Noch sind wir nicht so weit, dass wir wirklich von einem Flickenteppich reden können; noch sind wir erst bei zarten Ansätzen von wettbewerblichen Regelungen. Wenn man diesen Weg weiter geht und damit diesen Zielkonflikt hat, wird man über Informationspflichten der Kassen gegenüber ihren Versicherten zwingend reden müssen.

SV Prof. Dr. Eberhard Wille: Ich stimme dem zu, habe aber noch eine kleine Ergänzung: Die kassenspezifischen Positivlisten basieren auf einer GKV-einheitlichen Negativliste. Es ist vorgesehen, dass alle Arzneimittel, für die es keine therapeutischen Alternativen gibt, selbstverständlich auf jeder dieser kassenspezifischen Positivlisten stehen müssen. Das heißt, Alternativen gibt es nur da, wo es substituierbare Arzneimittel gibt. Aber Sie haben Recht: Es müsste selbstverständlich nach außen transparent gemacht werden, wenn sich eine Kasse entscheidet, alle Statine, etwa 20 Stück, aufzunehmen, während andere nur fünf aufnehmen. Ich erwartete von mehr Flexibilität auf der Kassenseite auch eine weitere Konzentration sowohl auf der Kassenseite als auch auf der Herstellerseite, das heißt eine Beschleunigung der jetzt schon stattfindenden Konzentration. Ohne dass ich hier irgendeinen optimalen Wert angeben will, werden dann sicherlich erheblich weniger als 250 Krankenkassen existieren.

SV Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Bei den Instrumenten muss man selbstverständlich unterscheiden, ob die Qualität im Vordergrund steht. Ich habe Positivlisten - um daran anzuknüpfen - bisher eher als Instrument der Qualitätssicherung und weniger als ein Instrument verstanden, das einzelne Kassen dazu benutzen, die Kosten zu senken. Das ist

ein anderes Bild von Positivliste. Dann müsste tatsächlich Transparenz herrschen.

Es gibt unterschiedliche Wege, auf denen man Versicherte beteiligen kann. Zum einen kann man kassenspezifisch den Wettbewerb freigeben. Dann hat man als Versicherter nur die Wahl der Krankenkasse; mit der Krankenkasse wählt man Leistungspakete. Das setzt aber voraus, dass Transparenz existiert. Ich habe schon im letzten Teil der Anhörung gesagt, dass dies dann nicht nur den Arzneimittelbereich betrifft, sondern auch andere Vertragsbereiche. Dann wird es für den Versicherten tatsächlich schwierig - gerade für den chronisch Kranken kann es ausgesprochen schwierig werden -, die richtige Kasse zu finden, also die Kasse, die für seine Bedürfnisse die richtigen spezifischen Angebote hat.

Der andere Weg ist, dass man es für die Versichertengemeinschaft insgesamt organisiert, so wie das jetzt beim Höchstbetrag vorgesehen ist. Damit hat man als Versicherter nicht mehr die Wahl zwischen Krankenkassen, die unterschiedliche Höchstbeträge festsetzen, sondern dies wird gemeinsam und einheitlich geregelt. Hier besteht allerdings das Problem, dass - anders als bei der Festsetzung der Festbeträge oder der Bildung der Festbetragsgruppen - Patienten überhaupt nicht mehr beteiligt werden. Das Institut gibt seine Bewertung ab - darin sind Patientenvoten immerhin noch enthalten -, aber bei der Festsetzung des Höchstbetrages sind Patienten gar nicht mehr beteiligt, außer damit, später etwas aufzuzahlen, wenn nämlich der Höchstbetrag von der Pharmaindustrie so nicht übernommen wird.

Insofern habe ich mit diesem gemeinsamen und einheitlichen Weg, der zwar übersichtlich ist, das Problem, dass unsere Belange als Patientenorganisation nicht in ausreichender Weise einfließen können.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe noch eine Frage an die Spitzenverbände. In Ihrer schriftlichen Stellungnahme

nehme ich sehr unterschiedliche Signale zum Thema Arzneimittelbereich wahr. Sie bekennen sich einerseits zum Wettbewerb auch in diesem Leistungsbereich; andererseits kritisieren Sie, dass mit einzelvertraglichen Wettbewerbselementen wie etwa Rabattvereinbarungen ein Abbau der Transparenz verbunden sei. Deshalb meine Frage: Wie stellen Sie sich denn Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt vor?

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): Die Kassen sind für Wettbewerb in allen Leistungsbereichen; er muss aber auch funktionieren dürfen. Im Arzneimittel-sektor in der Regelversorgung sind die Voraussetzungen dafür bislang wenig bis gar nicht gegeben. Wir haben eine Leistungspflicht für alle Arzneimittel, die im Markt zugelassen sind; Herr Professor Wasem hat das eben Kontrahierungszwang genannt. Die Hersteller haben eine Preisfestsetzungsfreiheit und wir haben freie Arzt- und Apothekenwahl. In dieser Welt der Regelversorgung ist es einfach so, dass die Kassen mit Einzelverträgen - das wäre sozusagen das klassische Instrument wettbewerblichen Verhaltens - weniger Effizienz erzielen können, als es bislang kooperativ und einheitlich durch gemeinsame Selbstverwaltung der Spitzenverbände mit den Instrumenten Festbeträge, Zuzahlungsregelungen und Ähnlichem passiert. Das ist keine grundsätzliche Anschauung, sondern mehr eine pragmatische Betrachtung.

In der Welt der integrierten Versorgung, in der Welt der besonderen Versorgungsformen ist es genau anders herum: Da ließe sich eine solche Wettbewerbswelt leben. Da ließe sich auch das eben mehrfach angeklungene Thema Positivliste unter Qualitäts- und Preissichtspunkten verhandeln und diskutieren. Dann taucht in der Tat das Transparenzproblem auf; hier müsste ein richtiger Kompromiss gefunden werden.

Die Passage in der Stellungnahme der Spitzenverbände, auf die Sie möglicherweise abstellen, bezieht sich darauf, dass wir die

große Sorge haben, dass durch die Vielzahl von Instrumenten und deren teilweiser Überlagerung, insbesondere im Rabattbereich, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach den §§ 84 und 106 auf absehbare Zeit faktisch nicht mehr durchführbar sein werden. Jede einzelne Kasse muss ihre Daten aufgrund vorhandener Rabattverträge berichtigen, sie muss sie arztbezogen zuordnen und dann muss die Wirtschaftlichkeitsprüfung laufen. Ich gehe davon aus, dass die betroffenen Verordner über ihre Anwälte diesen konkreten Schritt bestreiten werden und dass daher diese Instrumente in absehbarer Zeit leider brachliegen werden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum Stichwort Verordner habe ich folgende Frage an die Bundesärztekammer: Die Steuerungsverantwortung für die Arzneimittelausgaben scheint nach diesem Gesetzentwurf stärker auf die Kassen, die Apotheker und die Hersteller überzugehen. Sehen Sie darin eine Entlastung der Ärztinnen und Ärzte?

SV **Prof. Dr. Christoph Fuchs** (Bundesärztekammer): Es wurde vorhin schon einmal die Positivliste als Lösung im Sinne des Steins der Weisen angesprochen. Wegen der Vielfalt und des Wirrwarrs, der zurzeit in den Praxen besteht, ist es auch Wunsch des Deutschen Ärztetages, sich einer solchen Positivliste zuzuwenden. Eine derartige Verlagerung ist in der Tat zu begrüßen. Die Ärzte möchten einfach ihren Beitrag dort leisten, wo sie eine Kernkompetenz haben. Das heißt, es geht um Diagnostik, um die Festlegung des therapeutischen Regimes und der notwendigen Medikation. Sie möchten nicht in irgendwelche Preisgestaltungen oder in Preisfindungsprozesse einbezogen werden, sondern das tun, was aus ihrer Sicht für den Patienten das Richtige ist.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Folgende Frage an die Spitzenverbände: Sie fordern in Ihrer schriftlichen

Stellungnahme, die Kosten-Nutzen-Bewertung als vierte Zulassungshürde auszugestalten. Dagegen wird oft der Einwand vorgebracht, dies erschwere bzw. verzögere den Zugang von Patienten zu echten Innovationen. Was sagen Sie zu diesem Einwand?

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): In aller Kürze: In Europa ist eine vierte Hürde die Regel. Unsere Regelung ist die große Ausnahme. Es läge auch an den Herstellern, rechtzeitig, soweit es möglich ist, so viel Bewertungsmaterial bereitzustellen, dass die zeitliche Diskrepanz zwischen Markteintritt und der Bewertung, ob zulasten der Kassen verordnet werden darf, nicht zu groß ist. Wenn man sich eine solche vierte Hürde pragmatisch nach dem Markteintritt vorstellt, könnte für die Zwischenzeit eine Regelung gefunden werden, die dieser Höchstpreisfindung - möglicherweise auch noch in der Differenzierung, die Professor Wille eben vorgenommen hat - gleicht. Dann würden die Krankenkassen für ein solches Produkt, ohne dass schon endgültig über die Übernahme entschieden worden wäre, einen Preis zahlen, der für vergleichbare Produkte am Markt gefordert wird.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur zweiten Runde der CDU/CSU-Fraktion.

Abg. **Peter Albach** (CDU/CSU): Auch wenn im Zusammenhang mit den Ausschreibungen für Hilfsmittel schon mehrfach die Frage nach Europa aufgeworfen worden ist, so ist sie doch nie beantwortet worden. Deswegen noch einmal meine Frage an den IKK-Bundesverband und Eurocom: Inwiefern kann bei den zurzeit im Gesetzentwurf vorgesehenen Ausschreibungsregelungen zur Hilfsmittelversorgung eine europaweite Ausschreibung notwendig werden? In diesem Zusammenhang meine Zusatzfrage an den Bundesverband für Orthopädietechnik: Welche Erfahrungen mit Ausschreibungen,

sofern es diese denn gibt, wurden in den europäischen Ländern gesammelt?

SV Gernot Kiefer (IKK-Bundesverband): Wenn ich richtig informiert bin, wird die Frage, wann ein Bedarf an europaweiter Ausschreibung gegeben ist, mit einer Wertgrenze von 250 000 Euro beantwortet. Wenn sie überschritten wird, muss europaweit ausgeschrieben werden. Insofern kann man sich theoretisch vorstellen, dass immer dann, wenn sozusagen nicht individuelle, sondern Massenprodukte und Dienstleistungen ausgeschrieben werden, diese Wertgrenze überschritten wird.

Ich will aber noch einmal Folgendes deutlich machen: Man darf sich die Ausschreibungen bitte nicht so vorstellen, dass sie rein auf den Preis fokussiert sind; vielmehr geht es um qualitative Merkmale und um Merkmale der Bereitstellung der wohnortnahen Versorgung, die in einer Ausschreibung mit berücksichtigt werden. Selbstverständlich stimme ich auch den Ausführungen des ZDH zu, weil es eine Frage der Fairness und Vernunft bei Ausschreibungen ist, dass da, wo eventuell marktbeherrschende Stellungen drohen, auch entsprechende Unterlose in den Ausschreibungen gebildet werden müssen, um einen fairen Chancenwettbewerb zwischen den verschiedenen Leistungserbringern zu ermöglichen.

SV Hans B. Bauerfeind (Eurocom European Manufacturers Federation for Compression Therapy and Orthopaedic Devices e.V.): Meines Erachtens sind Hilfsmittel in jedem Fall individuelle Produkte. Das heißt, wenn jemand ein Hilfsmittel braucht, dann benötigt er nicht nur das Produkt, sondern auch die entsprechende Beratung und Hilfestellung bei Gebrauch, Anprobe und allem, was dazu gehört. Da solche Strukturen in Europa nicht existieren, halte ich dies für eine eher theoretische Frage.

Anders herum betrachtet, könnte ich mir, wenn die Krankenkassen auf Zulassungs-

beschränkungen verzichteten und jeden als Vertragspartner akzeptierten, sehr gut vorstellen, dass europaweite Netzwerke diese Aufgabe übernehmen könnten. Aber ist denn das im Sinne der Patienten? Meines Erachtens nein, nie und nimmer; denn das Entscheidende bei der Hilfsmittelversorgung ist doch, dass das Produkt von einem Sachverständigen oder Techniker übergeben wird, der ein Vertrauensverhältnis zu dem Patienten hat. Das ist im Fall europaweiter Versorgung mit Sicherheit nicht gegeben.

Im anderen Fall ist es ebenfalls nicht gewährleistet; denn wenn durch die Ausschreibung zahlreiche kleine Techniker eliminiert werden, dann gibt es nach einer gewissen Zeit nur noch einige größere. Das Angebot an Technikern wird sich immer weiter vermindern. Sie schaffen mit diesem Gesetzentwurf nicht mehr, sondern weniger Wettbewerb.

SV Frank Jüttner (Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik): In Europa existieren Ausschreibungssysteme für Hilfsmittel derzeit nicht. Es gibt nur eine Ausnahme; das sind die Niederlande. Dort herrscht aber ein anderes System vor: Die Krankenkassen haben eine Basisversorgung, und die Versicherten werden sich über Zusatzversicherungen absichern, um überschießende Beträge abzufedern. Für diese Basisversorgung schreiben die niederländischen Krankenkassen aus. Diese Ausschreibungen haben dazu geführt, dass in den Niederlanden inzwischen nur noch fünf Betriebe existieren. Wir wissen aus neuesten Publikationen, dass die Preise dort inzwischen wieder anziehen. Das heißt, in einzelnen Hilfsmittelbereichen gibt es inzwischen schon wieder Preiserhöhungen um bis zu 7,5 Prozent. Da bewegt sich etwas genau in die falsche Richtung, wie wir es für Deutschland letztendlich auch befürchten.

Abg. **Jens Spahn** (CDU/CSU): Ich habe noch Fragen zu § 305 an den Einzelsachverständigen Herrn Häusler. Sie schreiben in

Ihrer Stellungnahme, dass Ärzte, die die aufgrund der Arzneimittelverordnungsdaten hergestellte, von Ihnen angebotene Prescriber-Studie nutzten und daher auch gezielt bedarfsgerecht beraten würden, deutlich günstiger verschrieben und verordneten als Ärzte, die nicht daran teilnahmen und nicht gezielt beraten würden. Wie kommt es Ihrer Meinung nach zu diesem Effekt?

Zudem habe ich eine Frage an die ABDA: Welche Auswirkungen hat die Umsetzung des § 305 a auf die Verhandlungsposition der Apotheker bei Rabattverhandlungen mit der pharmazeutischen Industrie? Außerdem habe ich eine Frage an den Phagro: Sie gehen in Ihren Stellungnahmen davon aus, dass bei Umsetzung der Neuregelung des § 305 a Wettbewerbsverzerrungen entstünden. Können Sie diese möglichen Auswirkungen näher beschreiben? In allen Fällen bitte ich um kurze und prägnante Antworten.

SV Bernhard F. Häusler: Gern versuche ich, diesen Effekt zu erklären. Das Institut Medimed erhebt mit der Prescriber-Studie seit acht Jahren, basierend auf einzelvertraglichen Privatverträgen bei inzwischen 13 500 Praxen mit 18 000 Ärzten monatlich die Arzneimittelverordnungen. In zahlreichen Analysen hat sich gezeigt, dass diese Ärzte deutlich günstiger verordnen als der Rest der Ärzte. So sind zum Beispiel die Kosten für Arzneimittel, die von den Ärzten, die an die Studie teilnehmen, verordnet wurden und von der GKV zu tragen sind, von 2004 auf 2005 lediglich um 10,2 Prozent gestiegen. Wenn wir den Zahlen des AOK Bundesverbandes oder des WIdO glauben, dann sind die gesamten Arzneimittelkosten um 16,3 Prozent gestiegen. Wären zum Beispiel die gesamten Arzneimittelkosten lediglich um 10,2 Prozent gestiegen, wäre dies eine Ersparnis von 1,33 Milliarden Euro bei den Arzneimittelkosten. Das liegt zum einen daran, dass die an der Studie teilnehmenden Ärzte sich sehr intensiv mit ihren Verordnungen beschäftigen. Jeweils vier Wochen nach Monatsende, also äußerst zeitnah - viel

zeitnäher als durch die kassenärztlichen Vereinigungen - bekommen sie von Medimed ein Datenfeedback, in dem ihre Verordnungen im Vergleich zur Fachgruppe auf KV-Ebene und auf Bundesebene dargestellt werden. Mit diesem Datenfeedback können die Ärzte ihr Ordnungsverhalten zeitnah kontrollieren, Fehlentwicklungen rechtzeitig beobachten und erkennen und gegensteuern, falls eine Überschreitung ihres Budgets droht.

Zum anderen hat sich in den Analysen auch gezeigt: Je häufiger Ärzte gezielt und bedarfsgerecht beraten werden, desto günstiger werden die Preise pro Verordnung, speziell bei Originalpräparaten, was durch den erhöhten Wettbewerb der Pharmafirmen untereinander bedingt ist. Bei diesem Wettbewerb spielt speziell die Hervorhebung des Preisvorteils der Präparate eine entscheidende Rolle.

Die an der Studie beteiligten Ärzte wollen diese unbedingt weiterführen und weiterhin sparsam verordnen. Das haben rund 6 000 teilnehmende Ärzte bereits bekundet. Ich habe diese Stellungnahmen unter anderem an Frau Dr. Bunge weitergeleitet.

SV Dr. Sebastian Schmitz (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir halten es auf jeden Fall für erforderlich, dass überall dort, wo Rabattverhandlungen geführt werden - das gilt auch allgemein für Vertragsverhandlungen -, die Datensymmetrie auf beiden Seiten gegeben ist. Das setzt voraus, dass wir für den Bereich, für den Verträge verhandelt werden, auch die erforderlichen Daten haben. Vor diesem Hintergrund halten wir die jetzt vorgesehene Regelung des § 305 a für zu restriktiv. Es wurde vorhin schon mehrfach angesprochen, dass diese Regelung über das Ziel hinausschießt. Wir brauchen die Daten auch unterhalb der KV-Ebene für unsere Verhandlungen. Wir halten das auch deshalb für unproblematisch, weil auch heute schon - darin widerspreche ich Herrn Schmeinck - die Daten in datenschutzrechtlich sauberer Form in den Apo-

theckenrechenzentren aufbereitet werden. Es findet keine Deanonymisierung zulasten der Vertragsärzte statt. Auch heute schon dürfen die Daten nur anonymisiert weitergegeben werden.

SVe Bernadette Sickendiek (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V.): Wir befürchten, dass sich durch den § 305 a in seiner jetzigen Form Wettbewerbsverzerrungen ergeben. Die pharmazeutischen Hersteller sind auf Marktdaten angewiesen, und das nicht zuletzt für den politisch gewollten Abschluss von Rabattverträgen mit den Krankenkassen. Sie werden daher den Großhandel als Handelsstufe umgehen und sich die benötigten Daten selber durch Direktverkauf von Apotheken besorgen. Damit hätten sie auch Zugriff auf viel detailliertere Daten, die auf die einzelne Apotheke bezogen wären. Einige Hersteller haben bereits eine Änderung ihres Vertriebssystems angekündigt. Der Großhandel wäre damit entweder ganz von der Belieferung der Apotheken ausgeschlossen oder er würde nur noch als Logistikdienstleister mit einem Fee-for-Service ähnlich dem bekannten Pfizer-Modell an der Auslieferung beteiligt.

Der Anteil des Direktgeschäftes hat sich in den letzten fünf Jahren auf heute 16 Prozent verdoppelt. Ein weiteres Ansteigen, bedingt durch die Regelungen des vorliegenden Gesetzentwurfs, würde die Basis der Mischkalkulation des pharmazeutischen Großhandels zusätzlich schmälern und ihm damit die finanziellen Möglichkeiten entziehen, auch solche Artikel vorrätig zu halten und jederzeit liefern zu können, die höhere Logistikkosten verursachen, beispielsweise Kühlkettenartikel und Langsamdreher, deren jederzeit mögliche Abgabe aber für die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung der Bevölkerung unbedingt erforderlich ist. Die Zurückführung seines Leistungsumfangs und der schrittweise Verlust seiner Herstellerneutralität bedeuteten, dass der freie Marktzugang für alle Arzneimittel von allen Herstellern, insbesondere kleinen und mittelständischen, unabhängig von ihrer jeweili-

gen Bedeutung nicht mehr garantiert wäre. Das hätte letztlich negative Auswirkungen auch auf den politisch gewünschten Preis- und Qualitätswettbewerb, die Therapiefreiheit der Ärzte und das Recht kranker Menschen auf uneingeschränkten Zugang zu Arzneimitteln über die öffentlichen Apotheken.

Wir bitten daher, die generelle Zulässigkeit der Übermittlung und Verwendung von Daten, soweit durch eine entsprechende Anonymisierung verhindert wird, dass damit Verordnungen einzelner Vertragsärzte für gesetzlich nicht ausdrücklich hierzu befugte Dritte nachvollziehbar werden, entsprechend zu protokollieren.

Abg. Hermann-Josef Scharf (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an einen Vertreter der Pharmaindustrie, an die ABDA, die Deutsche Rheuma-Liga und die Spitzenverbände der Krankenkassen. Mir geht es um die Abgabe von einzelnen Tabletten. Wie beurteilen Sie diese Regelung unter dem Aspekt der Arzneimittelsicherheit? Wie bewerten Sie die vorgesehenen Kennzeichnungsanforderungen für die Abgabe ausge einzelner Fertig Arzneimittel und die diesbezügliche Regelung über die Beifügung einer Packungsbeilage? Ich bitte um kurze Antworten.

SV Dr. Hermann Kortland (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V.): Das EG-Recht sieht zwingend und ohne Ausnahme vor, dass bei jeder Abgabe von Arzneimitteln die Kennzeichnung und die Packungsbeilage mitgeliefert werden müssen. Die Kommission hat im Jahre 1998 - aber die Rechtslage hat sich nicht geändert - noch einmal unmissverständlich klargestellt, dass ohne jegliche Abweichung die Packungsbeilage mit abgegeben werden muss. Insofern ist die im Gesetzentwurf vorgesehene Ausnahme, dass bei patientenindividuell zusammengestellten Blistern die Packungsbeilage nicht abgegeben werden muss, EG-rechtswidrig.

Hinzu kommt, dass ein Problem bei der Haftung für Arzneimittelschäden auftaucht. Die Blister, die patientenindividuell zusammengestellt werden, sind keine zulassungspflichtigen Fertigarzneimittel, und der Verblisterer ist nicht pharmazeutischer Unternehmer im Sinne des AMG. Aber nur für pharmazeutische Unternehmer und bei zulassungspflichtigen Fertigarzneimitteln gilt die scharfe Arzneimittelschadenshaftung.

Hier wird, um vermeintliche Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, der Patientenschutz aufgehoben, weil nicht bei jeder Abgabe die Packungsbeilage abgegeben werden muss und zusätzlich die scharfen und restriktiven Regeln der Arzneimittelschadenshaftung nicht greifen sollen.

SV Heinz-Günter Wolf (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Ich habe drei ganz kurze Punkte. Erstens halte ich eine generelle Regelung, wie sie hier im Gesetzentwurf vorgesehen ist, für überflüssig; denn es gibt bereits die Regelung über therapiegerechte Packungsgrößen, sodass hier die Kurzzeit-, Mittelzeit- und Langzeitversorgung sehr wohl geregelt ist.

Zweitens sind wir dezidiert gegen eine Patienteninformation light, wie sie hier ebenfalls vorgesehen ist, die gegen das Arzneimittelgesetz verstößt. Wir sind der Meinung, der Patient muss immer umfassend informiert werden.

Drittens. Warum muss es ein Blister sein? Der Gesetzestext spricht von patientenindividuell zusammengestellten Blistern. Wenn es um die Versorgung von Patienten geht, die behindert sind, weil die Feinmotorik Probleme bereitet, dann ist der Blister keine Problemlösung; in diesem Fall kann auch ein Originalblistertyp verwendet werden. Wir sähen eine Problemlösung darin, dass mit dem behandelnden Arzt, in der Regel dem Hausarzt, und mit dem Hausapotheker individuell verabredet wird, wie der Patient zu versorgen

ist. Dafür gibt es bessere Lösungen, die maßgeschneidert werden können.

Sve Ursula Faubel (Deutscher Rheuma-Liga Bundesverband e.V.): Aus unserer Sicht stehen auf jeden Fall Patientensicherheit und Patienteninformation im Vordergrund. Beides muss abgesichert werden, wenn eine solche Regelung eingeführt wird. Dazu gehört selbstverständlich, dass der Beipackzettel in jedem Fall mit ausgegeben wird. Ob die Sicherheit im Einzelfall wirklich durch die Apotheken gewährleistet werden kann, ist für uns sehr schwer zu beurteilen.

SV Wolfgang Schmeinck (BKK Bundesverband): Die beiden Themen Arzneimittelsicherheit und Packungsbeilage waren Bestandteil der Frage. Zum Thema Sicherheit gehört in Ergänzung dessen, was bereits gesagt worden ist, meines Erachtens auch der Aspekt der Haftung. Der Arzneimittelhersteller haftet nur in Rahmen seiner Zulassung. Wenn das Arzneimittel ausgepackt und wieder verblisterert wird, entsteht ein neues Arzneimittel, das aber nicht zulassungspflichtig ist. Der Verblisterer haftet meines Erachtens nur für Fehler bei der Verblisterung, wenn das falsche Medikament in den Korb geworfen wurde. Ich bin mir nicht ganz sicher, ob das allen Beteiligten schon so klar geworden ist. Es könnte durchaus sein, dass es dabei Haftungslücken gibt, die man bedenken müsste.

Die Regelung für die Packungsbeilage sieht vor, dass bei der ersten Überlassung von Verblisterungen die Packungsbeilage beigelegt wird, später aber nur noch bei Veränderungen. Ich habe meine Zweifel, ob das ausreicht. Um dies zu beurteilen, habe ich zu wenig Kenntnis über das Verhalten von chronisch Kranken.

Abg. Willi Zylajew (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an das Deutsche Rote Kreuz: Im letzten Jahrzehnt sind die Fahrtkosten für den Bereich Notarzt und Ret-

tungsfahrzeuge erheblich gestiegen. Uns interessiert natürlich Ihre Einstellung zu der dreiprozentigen Kürzung, insbesondere vor dem Hintergrund der Situation in Baden-Württemberg und Hessen, wo es vertragliche Vereinbarungen gibt, oder der Situation in Nordrhein-Westfalen, wo es für diese Fahrten eine Gebührenordnung gibt.

Meine weiteren Fragen richten sich an den Verband des Taxi- und Mietwagengewerbes: Wie bewerten Sie die vorgesehenen Rechnungsabschläge der Fahrtkosten aus Sicht der Patienten, nicht aus Ihrer Sicht? Haben Sie eine Idee, wie wir das Einsparziel auf anderen Wegen erreichen könnten?

SV Dr. Johannes Richert (Deutsches Rotes Kreuz e.V.): Erstens zu den Kostensteigerungen: Man kann nur Kostensteigerungen verantworten, die innerhalb des Aufgabenbereichs liegen. Wenn wir Kostensteigerungen haben, so sind Rahmenfaktoren dafür verantwortlich, beispielsweise die Neuausrichtung der Kliniklandschaft, die zu einem erheblichen Teil zu Mehrtransporten führt, was natürlich die Kosten erhöht. Die DRGs haben hier eine Kostenverlagerung in das Transportwesen betrieben. Aufgrund der verkürzten Zivildienstdauer und der damit reduzierten Ausbildung sind weniger Zivildienstleistende im Einsatz; so können diese Leute nicht mehr die Personalkosten entlasten. Deswegen verzeichnen wir hier Steigerungen. In ländlichen Gegenden gibt es immer weniger Notärzte, sodass in erhöhtem Maße Notärzteinsätze in der Luftrettung stattfinden. All das sind Faktoren, die wir nur bedingt beeinflussen können.

Zweitens. Die Rahmenbedingungen sind durch Hilfsfristen gegeben. Es wird oft verkannt, dass es sich beim Rettungsdienst nicht nur um Transportleistungen handelt; ein wesentlicher Teil der Kosten entsteht durch Vorhaltung. Vorhaltung im Rettungsdienst ist mehr als nur Vorhaltung einer einfachen medizinischen Leistung. Es ist eine wichtige Leistung im Rahmen der nicht polizeilichen

Gefahrenabwehr analog Brandschutz und anderen Faktoren.

Aufgrund der bei uns zu verzeichnenden Steigerungen - nehmen wir die Bindung an die Grundlohnsummensteigerung, die für 2007 0,79 Prozent beträgt - können wir auf der Kostenseite als Rettungsdienst Durchführende - das Deutsche Rote Kreuz betreibt über 50 Prozent des Rettungsdienstes in Deutschland - keinerlei Einsparpotenziale über eine horizontale Senkung von 3 Prozent auf der Einnahmenseite leisten.

Interessant wären Komponenten, über deren Veränderung man nachdenken kann. Das geht natürlich zulasten der Hilfsfrist, die man verändern könnte; damit änderten sich die Vorhalteleistungen. Außerdem könnte man die Personalpolitik im Rettungsdienst verändern, indem man die Qualität des Personals reduzieren, also weniger Rettungsassistenten und mehr Rettungsassistenten einsetzen würde. Das liegt aber auch im Verantwortungsbereich der Länder und deren Gesetzgebung. Wir können noch etwas an der Lohnschraube drehen; aber Lohndumping wird es mit dem Deutschen Roten Kreuz in der Fläche nicht geben; denn das ginge zulasten der Qualität. Außerdem können wir über das Konzept nachdenken, Rettungsdienst und Krankentransport wieder als wirtschaftliche Einheit zu betrachten; das wäre ein Angebot, über das mit den Ländern zu verhandeln wäre. Hier sind meines Erachtens mehr Potenziale vorhanden als ein horizontales Senken um 3 Prozent.

SV Michael Müller (Deutscher Taxi- und Mietwagenverband e.V.): Wir befürchten, dass der beabsichtigte Preisabschlag von 3 Prozent für die Versicherten zu deutlichen Mehraufwendungen führen wird. Da es sich bei Taxitarifen und auch bei den häufig zwischen den Krankenkassen und dem Gewerbe getroffenen Sondervereinbarungen nach dem PBefG um kommunal festgesetzte und genehmigte Entgelte handelt, die weder unter noch überschritten werden dürfen, wäre der dreiprozentige Preisabschlag von den Versi-

cherten zu tragen. Hier lässt das PBefG gar keine andere Wahl.

Gerade den chronisch Kranken und sozial Schwachen - das sind die einzigen, die laut SGB überhaupt noch den Anspruch auf Fahrtkostenübernahme haben - diese Mehrbelastung aufzuerlegen, bedeutet in der Konsequenz, dass sich zumindest ein Teil der Versicherten den Zugang zum Gesundheitssystem aus finanziellen Gründen nicht mehr leisten kann; denn diese Mehrbelastungen stellen zumindest nach derzeitiger Lesart des SGB keine anerkannte Zuzahlung dar und finden deswegen auch keine Anrechnung auf die Zumutbarkeitsgrenzen, also die Zwei- bzw. Einprozentregelung für chronisch Kranke.

Wir halten dieses Vorhaben insbesondere deswegen für unverständlich, da der Deutsche Taxi- und Mietwagenverband den Krankenkassen seit fast zwei Jahren das Modell eines kassenübergreifenden Fahrtenmanagements vorgestellt und angeboten hat, das Krankenfahrten koordinieren und damit deutlich wirtschaftlicher gestalten könnte. Das hierin liegende Einsparpotenzial ist selbst bei vorsichtiger Prognose auf weit über 10 Prozent zu beziffern. Für uns unverständlich, wird dieses Projekt bisher von den Krankenkassen abgeblockt, auf der einen Seite, indem man mit hohem Aufwand an Verwaltungskosten Ausschreibungsverfahren für Einzelfahrten durchführt, wobei man hier auch jeglichen qualitativen Anspruch aufgibt und diese Fahrten damit einer Koordination entzieht; auf der anderen Seite, weil sich die Krankenkassen intern bisher untereinander nicht darauf verständigen konnten, wer denn wie viel von dem Einsparpotenzial erhält. Solange die Krankenkassen - -

(Zuruf von der CDU/CSU: Danke schön! Wir sind mit der Antwort bis hierher zufrieden!)

Abg. **Dr. Rolf Koschorrek** (CDU/CSU): Ich habe noch eine kurze Frage an den Verband

der Zytostatika herstellenden Apotheker. Im Zuge der Liberalisierung des Arzneimittelvertriebs werden die Arzneimittellieferverträge der Verbände und die bundeseinheitlichen Preisvereinbarungen für Rezepturen für abweichende Preisgestaltungen im Einzelfall geöffnet. Die Beteiligung der Apotheken ist dabei freiwillig. Wie bewerten Sie die neuen Regelungen?

SV Peter Eberwein (Verband der Zytostatika herstellenden Apotheker und Apotheker mit Sterillabor in öffentlichen Apotheken e.V.): Die Versorgung der Patienten mit Zytostatika erfolgt auf der Grundlage des § 11 Abs. 2 des Apothekengesetzes und findet in spezialisierten onkologischen Schwerpunktpraxen statt. Die Möglichkeit, Einzelverträge abzuschließen, die Sie gerade ansprechen und die in § 129 Abs. 5 geregelt werden soll, betrifft nach ihrem Wortlaut dann natürlich auch anwendungsfertige Zytostatikazubereitungen, da diese auch während der Behandlung durch den Arzt angewendet werden.

Liest man die amtliche Begründung des Gesetzestextes aufmerksam durch, so stellt man fest, dass die Lösung für Zytostatika darunter nicht zu subsumieren ist. Es wird ein sehr wichtiges Recht des Versicherten übersehen, nämlich das in § 31 Abs. 1 Satz 5 SGB V festgelegte Recht des Versicherten auf die freie Apothekenwahl. Darüber hinaus verstößt dieses Gesetz oder die Vorstellung, solche Absprachen zwischen Krankenkasse und Apotheke treffen zu können, gegen § 11 Abs. 2 des Apothekengesetzes, der eine Absprache zwischen diesen beiden eben nicht vorsieht. Nach der derzeitigen Formulierung ist unklar, ob künftig eben nur noch Einzelverträge zwischen Krankenkassen und Apotheken geschlossen werden können oder ob weiterhin die bisher bewährten Arzneimittellieferverträge auf Landesebene ihre Geltung behalten.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wir kommen zur letzten Runde, zur SPD.

Abg. **Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich habe eine Zusatzfrage an Herrn Professor Glaeske, und zwar zu den Arzneimitteln in ambulanten klinischen Studien. Ist die geltende gesetzliche Regelung zur Versorgung schwerkranker Versicherter mit Arzneimitteln, die in ambulanten klinischen Studien angewendet werden, ausreichend? Wenn nein, ist eine gesetzliche Klarstellung dieses Leistungsanspruchs geboten?

Ich füge gleich noch eine zweite Frage an, die den Themenblock Fahrtkosten berührt und sich an die Spitzenverbände richtet: Wie beurteilen Sie die vorgesehenen Rechnungsabschläge bei den Fahrtkosten?

Des Weiteren stelle ich folgende Frage an die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, an den Deutschen Behindertenrat, an die Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten, an den ASB und an den Unternehmerverband privater Rettungsdienste: Wie bewerten Sie die geplante Regelung in § 133 Abs. 4 SGB V im Hinblick auf mögliche Konsequenzen für die Versicherten? Wie könnten Schwierigkeiten gegebenenfalls verhindert werden, ohne die notwendige Einsparung im Bereich der Fahrtkosten zu gefährden?

Ebenso frage ich, wie Sie diesen Paragraphen vor dem Hintergrund der landesrechtlichen Regelungen beurteilen, die ja sehr verschieden sein können?

SV **Prof. Dr. Gerd Glaeske**: Meines Erachtens hängt es damit zusammen, wie die Regelung für den stationären Bereich aussieht. Dort hat man zum Beispiel die Regelung getroffen, dass klinische Prüfungen bei Schwerkranken unter ganz bestimmten Aspekten im Rahmen der üblichen Versorgung durchgeführt werden können. Das heißt, die Kosten für die Versorgung mit

Arzneimitteln werden von den Krankenkassen getragen; aber die studienbedingten Aufwendungen werden von demjenigen übernommen, der die klinische Prüfung durchführt, also zum Beispiel vom Hersteller. Dies ist für den ambulanten Bereich derzeit nicht geregelt. Das heißt, hier sind sicherlich Überlegungen anzustellen, ob wir den ambulanten Bereich diesbezüglich mit dem stationären Bereich gleichsetzen. Ich spreche mich dafür aus, hier die Chance zu ergreifen, die Versorgung mit Arzneimitteln in diesem Bereich weiter aufrechtzuerhalten, aber die studienbedingten Aufwendungen, die hierbei eine Rolle spielen, von den pharmazeutischen Herstellern übernehmen zu lassen. Ich würde das aber ausdrücklich auf den Bereich einschränken, der hier genannt worden ist, nämlich auf die ambulante Behandlung besonders schwer erkrankter Patientinnen und Patienten, die im Übrigen anderenfalls nicht versorgt werden würden, und diese Tür nicht grundsätzlich für klinische Prüfungen öffnen; denn das wäre an dieser Stelle eine Fehlinterpretation des Begriffes „klinische Prüfung“.

SV **Thomas Ballast** (VdAK/AEV): In der Tat sind die Ausgaben für Fahrtkosten in der GKV in den letzten Jahren deutlich überproportional gestiegen. Dies gilt insbesondere für die Gebühren für Notarzt- und Rettungsdienste. Diese werden überwiegend durch kommunale und landesrechtliche Regelungen festgelegt, wobei wir feststellen, dass sich die öffentlichen Haushalte über die GKV zu entlasten versuchen und es zu Kostenverlagerungen kommt.

Insgesamt beurteilen wir den politischen Willen, uns in dieser Angelegenheit zu unterstützen, als sehr positiv; wir befürchten allerdings, dass die Regelung so, wie sie vorgeschlagen ist, einen nur geringen und keinen nachhaltigen Effekt haben wird. Die Gründe dafür sind folgende: All diejenigen Anbieter, deren Vergütungen über Verträge festgelegt werden, die im Moment aber noch keinen gültigen Vertrag für 2006 haben, werden in den anstehenden Preisverhand-

lungen versuchen, den Vergütungsabschlag zu präjudizieren und quasi schon im Vorhinein einzukalkulieren. Spätestens aber nach Durchführung des Abschlages im Jahr 2008 werden dann die entsprechenden Nachforderungen kommen.

Für den Bereich der Entgeltfestsetzung ist Ähnliches festzustellen. Dort verfügen wir praktisch über ein Selbstkostendeckungsprinzip, sodass die öffentlichen Haushalte versuchen werden, die entsprechenden Mindereinnahmen entweder weiterzugeben oder die Mehrkosten unmittelbar mit den Versicherten abzurechnen, wozu sie berechtigt sind. Dies führt zu zusätzlichen Aufzahlungen und damit hohen Belastungen der Versicherten, die auf die gesetzlichen Zuzahlungen im Übrigen nicht angerechnet werden.

Insgesamt schlagen wir vor, dass dieser Bereich stärker in die Vertragskompetenz der Krankenkassen überführt wird. Wir glauben, dass wir hier durch eine stärkere Steuerung über den Vertragswettbewerb durchaus die Chance haben, die Ausgabenentwicklung der letzten Jahre zu brechen. Entscheidend ist, dass wir vom Selbstkostendeckungsprinzip in diesem Bereich weg- und in eine vertragliche Steuerung hineinkommen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Herr Professor Kossow, sprechen Sie für zwei? Denn ich sehe nicht mehr alle, die angesprochen worden sind.

SV Prof. Dr. Klaus-Dieter Kossow (Deutsche Gesellschaft für Versicherte und Patienten e.V.): Ja, meinetwegen.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Zu den Fahrtkosten: Es gibt eine Reihe von teils von der Politik, teils vom Markt erzeugten Gründen, weswegen die Fahrtkosten zwingend steigen müssen. Ein Grund ist der Spezialisierungstrend. Wo früher ein Internist die Patienten versorgte, sind es heute zehn Teilinternisten; bei chronischen Er-

krankungen addieren sich dann die Wege zu den Spezialisten. Es gibt die Tendenz hin zur Zentralisierung in den Krankenhäusern; kombiniert mit der Öffnung der Krankenhäuser nach § 116 b SGB V für spezialisierte Leistungen, wird dies die Fahrtkosten in Zukunft weiter erhöhen. Auch die Zweitmeinungstendenz, medizinisch und politisch im Rahmen der Qualitätssicherung gewünscht, erhöht die Fahrtkosten. Die Amputation des Hausarztbehandlungsfeldes um auch geringfügige Spezialisierungsleistungen wie die kleine Chirurgie, Röntgen und Geburtshilfe, was wir wegen des Facharztvorbehalts in der höchstrichterlichen Rechtsprechung einfach nicht mehr machen dürfen, erhöht ebenfalls die Fahrtkosten.

Hinzu kommt der Wettbewerb der Fachärzte untereinander, was zum Teil dazu führt, dass die Patienten zu dem Facharzt gehen, der sich ein entsprechendes Image verschafft hat, was unter Umständen den Weg zum Facharzt verlängert, obwohl es auch der nächstgelegene könnte. Außerdem gibt es eine Reihe von ambulanten Rehabilitationsleistungen, die die Fahrtkosten erhöhen, weil sie früher im Rahmen der teureren stationären Versorgung erbracht wurden; dies ist also nur eine Kostenverlagerung vom Sanatorium in Richtung des ambulanten Bereichs.

Nun zu der Frage, wie man dem entgegenwirken kann: Es ist durchaus sinnvoll, das Instrument der Integrationsversorgung auch daraufhin zu überprüfen, ob es nicht in vielen Fällen billiger ist, wenn der Spezialist zum Patienten kommt, als wenn viele Patienten zum Spezialisten gehen. Das ist innerhalb der Integrationsversorgung organisierbar, außerhalb natürlich nicht. Zum Vertragsarztrechtsänderungsgesetz gibt es eine Reihe von Vorschlägen des Ärztetages, die Zweigsprechstunden und den Einsatz bestimmter Spezialisten an verschiedenen Praxisorten erleichtern. Es bleibt abzuwarten, ob dadurch die Fahrtkosten unterdrückt werden können.

Eine weitere Möglichkeit, Fahrtkosten zu reduzieren, besteht in der Überweisungsbin-

dung. Es ist ein himmelweiter Unterschied, ob ein Patient selbst entscheidet, in die nächste Kleinstadt zu fahren, um primär einen Subspezialisten in Anspruch zu nehmen - vielleicht kann er das gar nicht beurteilen -, oder ob er von einem Hausarzt, der nicht weiter weiß, an einen Facharzt überwiesen wird. Meines Erachtens muss die Fahrtkostenerstattung an eine Überweisung gekoppelt werden.

Es gibt die Möglichkeit - ein dritter Vorschlag -, Fahrtkosten zu kanalisieren, indem man die Fahrtkostenerstattung an bestimmte Diagnosen, die in einem Katalog aufgeführt sind, bindet. Wir kennen das von der Dialyse oder von Bestrahlungsserien, bei denen die Fahrtkosten bezahlt werden.

Schließlich - ein vierter Vorschlag - kann man Fahrsysteme für Patienten einführen, wie es sie auch zum Transport von Laborproben gibt, den die Ärzte selber organisieren und der prima funktioniert. Die gleichen Taxis, die die Kühltaschen transportieren, können auch Patienten transportieren; man muss das nur organisieren. Die Taxiunternehmen selber haben in einigen Städten solche Fahrdienste für mehrere Patienten nach bestimmten, von den Fachärzten zur Verfügung gestellten Terminplänen organisiert. Das funktioniert wunderbar, jedenfalls wenn man als Taxiunternehmen selber daran verdient. Ob es auch funktioniert, wenn die Krankenkassen eingebunden sind, bleibt allerdings abzuwarten.

Schließlich und endlich gibt es die Möglichkeit, die Zweigsprechstunden diagnosebezogen zu organisieren. Im Rahmen der Integrationsversorgung, aber auch außerhalb davon, kann man durchaus drei oder vier Fachärzte für bestimmte Konsiliartätigkeiten in einer Hausarztpraxis zu einem bestimmten Termin zusammenfassen.

Mit Sicherheit ist die Angelegenheit nicht mit einem Patentkniff über landesgesetzliche Regelungen zu lösen; denn dort sitzen zum Teil auch die Begünstigten. Die Landtage haben, weil sie für den Krankentransport

zuständig sind, sehr viel davon, wenn sie die Dinge so regeln, dass in ihrem Bereich alles ohne Zusatzfinanzierung durch die Länder läuft, während alle Infrastrukturmaßnahmen auch die Kommunalbehörden und die Länder fordern. Daher plädiere ich auf jeden Fall für eine sozialrechtliche Regelung einschließlich der Verträge nach §§ 140 ff. SGB V. - So viel fürs Erste; das kann man schriftlich noch konkretisieren.

Sve **Gabriele Osing** (Arbeiter-Samariter-Bund Deutschland e.V.): Ich möchte nicht wiederholen, was meine Vorredner schon gesagt haben, und fasse mich deshalb ein bisschen kürzer. Der ASB schließt sich dem gerade abgegebenen Votum des Roten Kreuzes an. Es ist bereits jetzt zu einem Anstieg der Anzahl der Rettungsfahrten gekommen, was möglicherweise zu Konsequenzen für die Versicherten führt. Ein Anstieg der entsprechenden Infrastruktur lässt sich so ohne weiteres nicht verzeichnen. Der Kollege vom Roten Kreuz hat es gerade vorgetragen: Der Rettungsdienst wird teilweise zum Ausfallbürgen für fehlende Krankenhausversorgung, für weitere Wege in der Krankenhausversorgung und für schlecht funktionierende notärztliche Versorgung insofern, als dass es lange Wartezeiten gibt, bis der Notarzt zum Hausbesuch kommt, usw. Die Konsequenzen für die Versicherten sind sicherlich schwerwiegend. Ich sehe aber auch, dass im Bereich der Fahrtkosten weiterhin erhebliche Probleme bestehen werden. Bereits jetzt ist ein Teil der Gebühren der Kostenentwicklung nicht angepasst worden und wurde die Erstattung der in einigen Bereichen im qualifizierten Krankentransport gestiegenen Betriebskosten einseitig durch die Kostenträger reduziert.

Wir sehen, dass es bei der pauschalen Kürzung um 3 Prozent dazu kommt, dass die Leistungserbringer in diesen beiden Bereichen sozusagen zwischen eine Schere geraten, indem sie auf der einen Seite den kommunalen Einsparnotwendigkeiten unterliegen und auf der anderen Seite jetzt auch noch mit dieser dreiprozentigen Kürzung

konfrontiert sind. - Ich hoffe, dass ich damit die Frage beantwortet habe.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Wer antwortet für den Unternehmerverband privater Rettungsdienste?

SV **Uwe Fleischer** (Unternehmerverband privater Rettungsdienste e.V.): Ich kann mich eigentlich, um mich ebenfalls kurz zu fassen, nur meinen Vorrednern anschließen. Ich glaube, dem ist insgesamt nichts mehr hinzuzufügen.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Frau Mattheis - -

(SV Jens Kaffenberger: Frau Vorsitzende, an den DBR ist noch eine Frage gestellt worden!)

- Für ihn ist aber niemand da. Ich wollte die Zeit sparen.

SV **Jens Kaffenberger** (Sozialverband VdK Deutschland e.V.): Dann würde ich das gern übernehmen, wenn Sie zustimmen. - Ich möchte die Gelegenheit nutzen, etwas klarzustellen; denn nach den Ausführungen von Herrn Kossow entsteht der Eindruck, die Patienten führen den ganzen Tag mit dem Taxi von Internist zu Internist. Das ist leider nicht mehr so.

(Heiterkeit und vereinzelt Beifall)

Ich erinnere daran, dass seit 2004 die Transportkosten für die ambulante Behandlung nur noch in Ausnahmefällen erstattet werden, also die - mitunter erheblichen - Kosten für den Transport zum niedergelassenen Arzt mittlerweile von den Versicherten zu tragen sind. Das muss man im Hinterkopf behalten, wenn man diese Regelung bewertet. Insofern sind solche Abschläge - wir kennen das aus dem Arzneimittelbereich - grundsätzlich in

Ordnung; wenn allerdings selbst die Kassen-
seite sagt, man müsse befürchten, dass da-
durch höhere Aufzahlungen entstehen, müs-
sen wir selbstverständlich alarmiert sein.
Angesichts der Tatsache, dass bereits jetzt
Kosten in erheblichem Umfang selbst getra-
gen werden sollen, bitte ich darum, noch
einmal nach einer Regelung zu suchen, die
auf jeden Fall höhere Aufzahlungen für Ver-
sicherte und Patienten verhindert.

(SV Christoph Nachtigäller: Die BAG
Selbsthilfe haben Sie auch vergessen, Frau
Vorsitzende!)

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE
LINKE.): Bitte schön.

SV **Christoph Nachtigäller** (BAG
SELBSTHILFE): Ich kann es aber kurz ma-
chen. - Durch den Ausgabenabschlag wird
ein erheblicher Druck auf die wenigen noch
verbliebenen Patienten ausgeübt, die eine
entsprechende Berechtigung haben. Die Re-
gelung ist schon jetzt unzureichend. So wäre
beispielsweise eigentlich auch die Erstattung
der Fahrtkosten zu einem Erstbesuch bei
einem Arzt erforderlich, um den Zugang für
chronisch Kranke zum System zu ermögli-
chen. Die vorgesehene Regelung wird fak-
tisch zu einer weiteren Einschränkung füh-
ren - davon können wir ausgehen -, weil eine
Übertragung der Kosten auf die Versicher-
ten, wie wir gerade schon mehrfach gehört
haben, zu erwarten sein wird.

Das Mindeste sollte sein, dass die Fahrt-
kosten in die Berechnung hinsichtlich der
Überforderungsklausel einbezogen werden,
wobei wir angesichts der Klientel davon aus-
gehen müssen, dass der Effekt nicht ein Ab-
schlag sein wird; er wird vielmehr darin be-
stehen, dass den Menschen, die über geringe
finanzielle Mittel verfügen, der Zugang zum
System praktisch dadurch verwehrt wird,
dass sie sich die Fahrten nicht leisten
können. Das bedeutet für sie, dass ihnen
Versorgungsleistungen im Ge-

sundheitssystem vorenthalten werden. Das ist sicherlich ein unerwünschter Effekt.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Zur Weiterverwendung von Opiaten in Heimen frage ich den Verbraucherzentrale Bundesverband, die Spitzenverbände und die Apotheker, ob man diese Weiterverwendung, die das Gesetz jetzt nur auf Opiate reduziert, nicht auch auf andere Arzneimittel ausdehnen sollte und könnte, welche weiteren Maßnahmen sinnvoll wären und welche weiteren Regelungen dafür im Gesetz vorzusehen wären.

SV **Dr. Stefan Etgeton** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.): Sofern die Sicherheitsanforderungen eingehalten werden, habe ich aus Verbrauchersicht keine Bedenken, auch andere Medikamente weiter zu verwenden. Das ist ja auch eine Frage der Kosten, die dadurch eingespart werden können. Allerdings kann ich dazu keine Prognosen oder Berechnungen anstellen.

SV **Wolfgang Schmeinck** (BKK Bundesverband): Ich darf hier für die Spitzenverbände antworten: Wir sind grundsätzlich der Auffassung, dass die Ärzte entsprechend der jeweiligen Patientensituation so verordnen sollten, dass Vorräte von Arzneimitteln in Heimen - gerade von Opiaten - gar nicht erst anfallen. Dann hätten wir dieses Problem nicht. Sicherheitsprobleme sehen wir bei diesem Vorhaben allerdings auch nicht.

SV **Dr. Sebastian Schmitz** (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Wir sehen es auch im ersten Schritt als notwendig an, dass sich die ärztliche Verordnung an den therapiegerechten Mengen orientiert;

das ist sicherlich das Mittel der Wahl. Soweit Weiterungen angedacht werden, die über den Bereich der Betäubungsmittel hinausgehen, so wie es derzeit im Gesetz angelegt ist, haben wir doch erhebliche Bedenken im Hinblick auf die Arzneimittelsicherheit. Die betäubungsmittelrechtlichen Regelungen stellen einen gewissen ordnenden Rahmen für die Lagerung dieser Arzneimittel zur Verfügung. In anderen Bereichen gibt es diesen Rahmen nicht. Es müsste also in jedem Einzelfall geprüft werden, ob die Wiederverwendung mit Aspekten der Arzneimittelsicherheit vereinbar ist. Daran haben wir sehr große Zweifel. Es müssten die Lagerungsbedingungen usw. geprüft werden. Der Aufwand für eine solche Einzelfallprüfung ist sehr hoch - das sei hier deutlich gesagt -, sodass sich dann auch die Frage stellt, ob angesichts dieses erhöhten Prüfaufwands im Zusammenhang mit einer Wiederverwendung von Arzneimitteln das Ziel ihrer wirtschaftlichen Verwendung überhaupt noch erreicht wird. Wir sind also sehr im Zweifel, ob diese Regelung so sinnvoll ist. Für den Bereich der Hospize und für die Heimversorgung ist es sicherlich denkbar, diese Rahmenbedingungen individuell vertraglich zu definieren, sodass man diesen Anforderungen gerecht wird.

Vorsitzende Abg. **Dr. Martina Bunge** (DIE LINKE.): Damit sind wir am Ende unserer heutigen Beratung. Ich danke, dass Sie den Ausschussmitgliedern zur Verfügung standen, und wünsche Ihnen einen guten Heimweg und noch einen schönen Abend.

(Sitzungsende: 19.24 Uhr)