

Laurenz Meyer (Hamm)

- (A) Wir sollten insofern – wie es meines Erachtens heute bei manchen der Fall war – nicht nur aus der Sicht derer diskutieren, die bereits Arbeit haben, sondern auch aus der Sicht derjenigen, die Arbeit suchen. Wir haben das Problem, dass die Hälfte der Arbeitslosen Langzeitarbeitslose sind. Viele von ihnen haben keine Berufsausbildung und auch keinen Schulabschluss. Damit wird sich die CDU/CSU-Fraktion nicht zufrieden geben.

Vor diesem Hintergrund müssen wir uns fragen: Wollen wir, dass diese Zahlen immer weiter steigen, weil wir nichts tun, oder wollen wir zumindest den ernsthaften Versuch machen, auch diesen Menschen in Deutschland wieder eine Chance auf dem Arbeitsmarkt zu bieten? Darum geht es – um nicht mehr und nicht weniger.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD und der FDP)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Ich schließe die Aussprache.

Interfraktionell wird die Überweisung der Vorlagen auf den Drucksachen 16/398 und 16/656 an die in der Tagesordnung aufgeführten Ausschüsse vorgeschlagen. Sind Sie damit einverstanden? – Das ist offenkundig der Fall. Dann sind die Überweisungen so beschlossen.

Wir kommen nun zu Tagesordnungspunkt 18:

Zweite und dritte Beratung des von den Fraktionen der CDU/CSU und der SPD eingebrachten Entwurfs eines **Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung**

(B)

– Drucksache 16/194 –

Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

– Drucksache 16/691 –

Berichterstattung:

Abgeordnete Dr. Marlies Volkmer

Hierzu liegt je ein Entschließungsantrag der Fraktion der FDP, der Fraktion Die Linke und der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen vor.

Nach einer interfraktionellen Vereinbarung ist für die Aussprache eine Dreiviertelstunde vorgesehen. – Auch das ist offensichtlich einvernehmlich.

Ich eröffne die Aussprache und erteile das Wort zunächst der Kollegin Dr. Marlies Volkmer für die SPD-Fraktion.

Dr. Marlies Volkmer (SPD):

Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Seit der ersten Beratung des Gesetzentwurfs sind ungefähr zwei Monate vergangen. Wir haben die Zeit sehr gut dazu genutzt, alle Maßnahmen zu diskutieren.

Ich möchte gleich vorwegschicken: Wir sind der Überzeugung, dass mit dem Gesetz die notwendigen Einsparungen erzielt und die hohe Qualität der Versorgung der Versicherten gewährleistet werden können.

(Beifall bei der SPD)

(C) Ich möchte mich bei allen Beteiligten im Gesundheitswesen bedanken, die unsere Diskussion aktiv und konstruktiv begleitet haben.

Es gibt im Gesundheitswesen aber auch Interessenvertreter – insbesondere unter der Ärzteschaft –, die durch irreführende Behauptungen die Patienten massiv verunsichern.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Ein solches Verhalten ist unredlich und in intellektueller Hinsicht manchmal schon eine Zumutung. Aber solche Argumentationen werden sich letztlich gegen die Urheber selbst richten.

Ich kann die Patientinnen und Patienten nur ermutigen, sich nicht beirren zu lassen. Sie bekommen nach wie vor die für ihre Behandlung notwendigen **Medikamente**.

(Beifall bei der SPD)

Gelegentlich kann es dazu kommen, dass der Arzt ein anderes Medikament verordnet als früher. Das ist aber nicht schlimm. Sie kennen das bereits aus dem Bereich der rezeptfreien Medikamente: Wenn Sie zum Beispiel wegen einer starken Erkältung eine Apotheke aufsuchen,

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Sie machen hier Werbung!)

dann können Sie Aspirin, Acesal oder ASS kaufen. Das sind verschiedene Medikamente zu unterschiedlichen Preisen, die aber denselben Wirkstoff enthalten.

(D)

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Werbung!)

– Ich mache keine Werbung, sondern ich habe alle einschlägigen Medikamente aufgeführt. –

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Nicht alle!)

Eine ähnliche Regelung wird in Zukunft auch bei den rezeptpflichtigen Medikamenten gelten.

Etwa 45 Prozent der Ausgabensteigerung werden durch einen Wechsel zu teureren, aber nicht wirksameren Medikamenten verursacht. Der Arzt entscheidet, welches Medikament der Patient erhält. Er trägt die Verantwortung für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie. Er hat den Stift in der Hand. Eine gesetzliche Regelung, die genau an dieser Stelle ansetzt, ist daher überfällig. Entgegen einer verbreiteten Ansicht ist die **Steuerung der Arzneimittelausgaben** über eine Lenkung des ärztlichen Ordnungsverhaltens sehr wohl möglich. Das zeigt der Blick auf die regionalen Unterschiede bei den Arzneimittelausgaben. Die Ärzte im Bereich der kassenärztlichen Vereinigungen mit den niedrigsten Arzneimittelausgaben geben etwa ein Drittel weniger aus als die mit den höchsten Ausgaben. Das sind beachtliche Unterschiede.

Vor diesem Hintergrund haben wir uns für eine Regelung entschieden, die Ansporn für alle regionalen Vertragspartner sein soll, zu eigenen Lösungen zu kommen. Gute Ansätze gibt es zum Beispiel in der KV Nordrhein und in der KV Sachsen. Nun wird es zwar eine **Bonus-**

Dr. Marlies Volkmer

- (A) **Malus-Regelung** auf Bundesebene geben. Sie kann aber außer Kraft gesetzt werden, wenn durch fristgerecht vereinbarte regionale Lösungen die Einsparziele der Bonus-Malus-Regelung erreicht werden. Nur wenn also keine regionale Regelung vereinbart wird, gilt das Bonus-Malus-System. Der Malus greift dann, wenn ein Arzt vereinbarte Durchschnittskosten für verordnungstarke Wirkstoffe um mehr als 10 Prozent überschreitet. Ursprünglich sollte diese Zone schon bei 5 Prozent beginnen. Im Übrigen hat ein Arzt, der wirtschaftlich verordnet, auch in Zukunft keinen Regress zu befürchten. Neu ist, dass bei der Festlegung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit die Besonderheiten unterschiedlicher Anwendungsgebiete berücksichtigt werden müssen. Hier haben wir die Ergebnisse der Anhörung berücksichtigt, um die bedarfsgerechte Versorgung der Patientinnen und Patienten besser zu gewährleisten.

Im Gesetz stellen wir klar, dass der Gemeinsame Bundesausschuss unzumutbare und unwirtschaftliche Arzneimittel von der Versorgung ausschließen kann. Bei seiner Entscheidung hat er neben dem Nutzen und der medizinischen Notwendigkeit die Wirtschaftlichkeit eines Arzneimittels zu bewerten. Dies ist ein Schritt in Richtung einer **Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln**, der Ärzten eine verlässliche Orientierung bei einer wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln bieten kann.

(Beifall bei der SPD)

- (B) Ein weiteres wichtiges Thema in der Diskussion war die **Festbetragsregelung**. Wir haben klargestellt, dass das bisherige Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses weiterhin angewendet werden soll. Die Neuartigkeit allein wird auch künftig keine Freistellung bewirken. Nur wenn ein Arzneimittel eine therapeutische Verbesserung bringt, ist es vom Festbetrag freizustellen. Das Festbetragssystem bleibt damit das wichtigste Instrument der Preisregulierung bei den Arzneimitteln. Die in der Anhörung vorgetragene Befürchtung, die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Medikamenten zum Festbetrag sei nicht mehr vollständig sichergestellt, haben wir sehr ernst genommen. Zum einen haben wir eine Lösung gefunden, die sowohl notwendige Einsparungen erreicht als auch für die Patientinnen und Patienten genügend Arzneimittel zum Festbetrag zur Verfügung stellt. Zum anderen haben wir zusätzlich den Vorschlag der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgegriffen, nach dem besonders preisgünstige Arzneimittel gänzlich von Zuzahlungen befreit werden können. Die Entscheidung darüber müssen die Krankenkassen gemeinsam und einheitlich treffen. Wenn die Kassen die Regelung umgesetzt haben, sollten die Patientinnen und Patienten den Arzt auf die Verordnung solcher zuzahlungsfreien Arzneimittel ansprechen.

Das Gesetz ist ein Instrument, um die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für Arzneimittel mittelfristig im Zaum zu halten.

(Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Nur mittelfristig?)

Natürlich muss es weitere Überlegungen geben, wie die medizinische Versorgung noch wirtschaftlicher durchgeführt werden kann. Ich denke hier zum Beispiel an die Arzneimittelversorgung an der Schnittstelle zwischen Krankenhaus und ambulanter Versorgung. Darüber sind sich alle Beteiligten sicherlich einig. (C)

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Nächster Redner ist der Kollege Daniel Bahr für die FDP-Fraktion.

(Beifall bei der FDP)

Daniel Bahr (Münster) (FDP):

Herr Präsident! Meine lieben Kolleginnen und Kollegen! Das soll es also nun sein, das erste gesundheitspolitische Gesetz der großen Koalition, das einen Vorgesmack auf eine grundlegende Gesundheitsreform geben soll, das unter Beweis stellen soll, dass sich die große Koalition auf grundlegende Reformschritte einigt, die die Interessen von Patienten und Versicherten in den Mittelpunkt stellt?

(Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Der Berg kreißt und gebar ein Mäuschen!)

Das AVWG, das Arzneimittelpargesetz, ist ein **Kosten-dämpfungsmonstrum**. Die Arzneimittelversorgung für die Patienten in Deutschland wird durch dieses Gesetz erheblich verschlechtert, die freie Therapiewahl eingeschränkt. (D)

(Beifall bei der FDP – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Sagen Sie nicht etwas Falsches!)

Frau Kollegin Volkmer, Sie machen es sich meines Erachtens zu leicht, wenn Sie jetzt nur kritisieren, dass die Ärzte angeblich Fehlinformationen herausgeben oder protestieren. Wenn ich in 14 Tagen aus einer Praxis einen großen Stapel von Protestschreiben mit Unterschriften bekomme,

(Zurufe von der SPD: Oh!)

dann ist das bedenklich. Ignorieren Sie das nicht, sondern nehmen Sie das ernst! Es ist doch nicht normal, dass 22 000 Ärzte in Berlin auf die Straße gehen, Hausärzte, Fachärzte, Zahnärzte, angestellte und niedergelassene Ärzte. So etwas hatten wir noch nie.

(Beifall bei der FDP)

Das findet in ganz Deutschland statt. Warum gehen sie auf die Straße und warum protestieren die Patientinnen und Patienten? Weil sie Angst haben, dass dieses Gesetz zu einer weiteren massiven Rationierung führt.

(Elke Ferner [SPD]: Quatsch! Sie wissen genau, dass das nicht stimmt!)

Die **Bonus-Malus-Regelung**, die Sie, Frau Dr. Volkmer, angesprochen haben, wird dazu führen, dass der Arzt, der bei der Verschreibung rationiert, bevorzugt wird.

(Elke Ferner [SPD]: Quatsch! Wo steht denn Rationierung?)

Daniel Bahr (Münster)

- (A) Eine solche Bonus-Malus-Regelung wird das Arzt-Patienten-Verhältnis erschüttern. Ich will nicht den Teufel an die Wand malen, aber allein die Tatsache, dass Patienten die Sorge haben, dass ein Arzt nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten verschreibt und nicht nach den Prinzipien der freien und richtigen Therapiewahl, wird das Arzt-Patienten-Verhältnis massiv erschüttern.

(Beifall bei der FDP)

Es ist doch nicht so, als ob wir nicht schon Instrumente hätten. Wir haben heute schon viele Instrumente, die den Arzneimittelmarkt regulieren: Arzneimittelrichtlinien, von der Erstattung ausgeschlossene Arzneimittel, Festbeträge für Arzneimittel, Nutzenbewertung von Arzneimitteln, Arzneimittelvereinbarung und Arzneimittelrichtgrößen, Aut-idem-Regelung, Importförderung, Preisvergleichsliste und gesetzliche Zwangsrabatte. Das Arzneimittelsparpaket wird diese Unübersichtlichkeit und mangelnde Planungssicherheit noch verschärfen und keine grundlegenden Reformen voranbringen.

(Beifall bei der FDP – Elke Ferner [SPD]: Mir kommen die Tränen, Herr Kollege!)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Herr Kollege Bahr, gestatten Sie eine Zwischenfrage des Kollegen Zöller?

Daniel Bahr (Münster) (FDP):
Bitte sehr.

- (B) **Wolfgang Zöller (CDU/CSU):**
Herr Kollege Bahr, wären Sie bereit, zur Kenntnis zu nehmen, dass Ihre Äußerung, die **Therapiefreiheit** werde eingeschränkt, falsch ist?

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Zu dieser Meinung kann man nur kommen, wenn man nicht zwischen Wirkstoffgruppen und Wirkstoff unterscheiden kann. In der Änderung ist nämlich klar festgelegt worden, dass der Arzt den Wirkstoff frei wählen kann. Die Therapiefreiheit bleibt voll erhalten.

(Iris Gleicke [SPD]: Richtig!)

Nur, wenn er sich für einen Wirkstoff entscheidet, soll er sich preisbewusst verhalten. Bei den Preisen gibt es Bandbreiten von 300 bis 400 Prozent. Die Therapiefreiheit wird mit diesem Gesetz gegenüber der bisherigen Regelung sogar verbessert. Möchten Sie das bitte zur Kenntnis nehmen?

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD – Heinz Lanfermann [FDP]: Das ist unglaublich! – Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Alles wird gut!)

Daniel Bahr (Münster) (FDP):

Nein, Herr Kollege Zöller, das nehme ich so nicht zur Kenntnis. Wir hatten schon im Ausschuss eine Debatte darüber, dass es schwer abzuschätzen ist, wie die neue Regelung der Durchschnittskosten je Dosiereinheit überhaupt wirkt. Die Staatssekretärin hat mir auf Nachfrage

erklärt, dass eine eigene Vereinbarung in der Region – Frau Volkmer hat ja von unterschiedlichen regionalen Verhältnissen gesprochen – nur in drei KV-Bezirken nach heutiger Sicht funktionieren kann. Das heißt, es wird bundesweit eine Bonus-Malus-Regelung geben, die meines Erachtens das **Therapieverhalten** des Arztes erheblich einschränken wird. Wir können das aber gerne in einem halben Jahr erneut diskutieren.

(Beifall bei der FDP – Widerspruch bei der SPD)

Als Begründung wird die Steigerung der Ausgaben für Arzneimittel herangezogen. Ich wage zu bezweifeln, dass diese Steigerung der Ausgaben für Arzneimittel nicht abzusehen war; denn wir hatten mit dem GMG viele Entscheidungen, die in der Folge dazu führten, dass die Arzneimittelausgaben stiegen. Wir hatten Vorzieheffekte in 2003, es gab den Wegfall des zusätzlichen Zwangsrabatts und viele andere Effekte, die dazu führten, dass die Arzneimittelausgaben gestiegen sind. Ich wage zu bezweifeln, dass das der Grund für das Arzneimittelspargesetz ist. Ich habe den Eindruck, Sie machen das Arzneimittelsparpaket, um im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die drohende **Mehrwertsteuererhöhung**, die ab 1. Januar 2007 geplant ist, zu kompensieren. Ich vermute, dass das der wahre Grund für das Zustandekommen dieses Arzneimittelsparpakets ist.

Wir halten das für einen Fehler. Wir halten die Mehrwertsteuererhöhung für einen grundsätzlichen Fehler. Gerade für den Arzneimittelbereich bedeutet sie eine erhebliche Einschränkung. Ich weise darauf hin, dass in den meisten anderen Ländern beim Kauf von Arzneimitteln entweder der niedrigere Mehrwertsteuersatz Anwendung findet oder gar keine Mehrwertsteuer zu zahlen ist. Mit dem erhöhten Mehrwertsteuersatz beim Kauf von Arzneimitteln ist Deutschland eine Ausnahme. Sie hätten einmal darüber diskutieren sollen, den Mehrwertsteuersatz für Arzneimittel erheblich zu senken. Eine solche Senkung würde die gesetzlichen Krankenversicherungen entlasten.

Die Patienten werden aber auch durch die **Neuregelung der Festbeträge** massiv belastet. Es ist doch erstaunlich, dass sogar die Krankenkassen vor dieser Neuregelung warnen. Die Krankenkassen haben den Auftrag, mit den Beiträgen der Versicherten besonders kostengünstig umzugehen. Es ist doch spannend, dass die Krankenkassen die Neuregelung der Festbeträge ganz besonders infrage gestellt haben.

Durch die niedrigeren Festbeträge könnte beispielsweise der Preis für Antidepressiva um 65 Prozent sinken. Die Firmen der Pharmaindustrie werden ihre Preise aber nicht zwangsläufig auf die Höhe der Festbeträge absenken, sondern vielleicht nur ein bisschen. Das führt dann zu Aufzahlungen für die Versicherten. Diese Aufzahlungen fallen – anders als die Zuzahlungen, die bestimmten Grenzen unterliegen – nicht unter die Überforderungsregelung, sondern sind voll wirksam. Das heißt, im Sommer werden die Patientinnen und Patienten wahrscheinlich massiv belastet.

Daniel Bahr (Münster)

- (A) Ich will noch etwas anderes aufgreifen, was die Patienten angeht. Frau Volkmer sprach von den **regionalen Unterschieden**. Frau Volkmer, soweit ich weiß, sind Sie aus Sachsen. Schauen Sie einmal nach Sachsen-Anhalt! Sie können doch nicht die Ärzte für die regionalen Unterschiede im Verschreibungsverhalten verantwortlich machen. Ein Grund für unterschiedliches Verschreibungsverhalten ist vielmehr, dass beispielsweise die Morbiditätsstruktur und die Versichertenstruktur in Sachsen-Anhalt ganz anders als die in der Region Nordrhein sind. Weil es einige wenige KV-Bezirke gibt, in denen dieser Ansatz gut funktioniert, sollen Ihrer Auffassung nach sämtliche KV-Bezirke diese Regelung übernehmen. Sie sollten schon berücksichtigen, dass es woanders andere Strukturen gibt. Insofern sehe ich die regionale Umsetzung sehr kritisch. Ich glaube, dass es damit eher zu einer bundesweiten Bonus-Malus-Regelung kommt.

Auch die **Krankenhäuser** werden arg gebeutelt, wie wir feststellen. Von heute auf morgen erfahren die Krankenhäuser, dass sie ihre Planungen für 2006 über Bord werfen und auf niedrigerer Basis neu kalkulieren müssen. Ihre Arzneimittel werden teurer, weil die Naturalrabatte wegfallen. Gleichzeitig müssen sie ihre Einkaufspolitik grundlegend ändern; denn zukünftig müssen sie sich an das halten, was im vertragsärztlichen Bereich Standard ist. Viele Vertragsärzte wenden sich an uns, um uns mitzuteilen, dass sie viele ärgerliche Diskussionen haben; denn sie müssen die Medikamentierung von Patienten umstellen, nachdem die Krankenhäuser sie auf teure Medikamente eingestellt haben.

- (B) Ich wage aber zu bezweifeln, dass diese Regelung wirklich ihre Wirkung entfaltet. Ich glaube, sie führt eher zu einer Einschränkung bei der stationären Versorgung. Ich befürchte, dass gerade GKV-Patienten bei der stationären Versorgung gegenüber Privatpatienten benachteiligt werden.

Gestatten Sie mir, dass ich zum Schluss auf die **Naturalrabatte** zu sprechen komme. Auch hier gab es sicherlich Auswüchse, über die man nachdenken muss. Die Ursache dafür ist meines Erachtens die Aut-idem-Regelung. Sie verbieten die Naturalrabatte sogar bei Tierarzneien. Diese Arzneien sind nun wirklich überhaupt nicht vergleichbar mit der Arzneimittelversorgung von Patientinnen und Patienten über die Apotheken. Das geht wahrlich zu weit.

Die in diesem Gesetzentwurf verankerte Regelung werden wir nicht mittragen. Wir haben einen Entschließungsantrag eingebracht. Wir sind auf weitere Vorschläge der großen Koalition gespannt. Das „Arzneimittelpargesetz“ ist der falsche Weg.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der FDP)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Ich erteile das Wort nun der Kollegin Annette Widmann-Mauz, CDU-Fraktion.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):

(C)

Herr Präsident! Liebe Kolleginnen! Liebe Kollegen! Im Gesundheitswesen ist es immer dasselbe: Manche Hähne glauben, dass die Sonne nur ihretwegen aufgeht. Die Gemüter haben sich in den letzten Wochen etwas beruhigt. Das ist zumindest der Anfang aller Vernunft.

Tatsachen schafft man nicht dadurch aus der Welt, dass man sie ignoriert. Nüchtern betrachtet ist die Lage doch klar: Die Arzneimittelausgaben sind im vergangenen Jahr im Vergleich zum Vorjahr um über 16 Prozent gestiegen. Nicht alles lässt sich dabei mit dem Auslaufen der 10-Prozent-Zwangsrabatt-Regelung und normalen Ausgabezuwächsen durch Alterung erklären. Vieles – das kann doch die FDP nicht leugnen – hat strukturelle Gründe.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Wie viel Prozent sind es denn?)

Dadurch entstehen Kosten im Gesundheitswesen, die wir nicht einfach hinnehmen können, die wir auch nicht einfach an die Patienten und Versicherten weitergeben dürfen. Wir müssen diese Kosten jetzt auffangen.

Das wollen wir mit dem Gesetzentwurf, den wir vorgelegt haben, erreichen. Wir wollen die Senkung der Arzneimittelausgaben und die nachhaltige Stabilisierung der Arzneimittelversorgung erreichen.

Das AVWG ist in den vergangenen Wochen heftig diskutiert worden. Ärzte, Patienten, Apotheker, Arzneimittelhersteller, die Krankenkassen, die Verbände, alle haben sich zu Wort gemeldet. Da wurde gestreikt und gestritten, da wurde mobilisiert und polemisiert, aber es wurde eben auch sehr ernsthaft diskutiert, nicht zuletzt im zuständigen Ausschuss des Deutschen Bundestages; denn alle wissen, dass es keine Einsparmaßnahme ist, wenn man sich nur billige Ausreden leistet.

(D)

Die zahllosen Gespräche und die Beratungen haben sich gelohnt. Wir haben viele Anregungen aufgegriffen. Wir haben Änderungen und Präzisierungen in den Gesetzentwurf eingearbeitet. Viele Aspekte der Diskussion wurden berücksichtigt. Ich glaube, wir können heute mit dem Ergebnis zufrieden sein.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU und der SPD)

Das AVWG wird insbesondere die Arzneimittelversorgung besser als bisher an dem tatsächlichen **medizinischen Versorgungsbedarf** der Patienten ausrichten. Medizinisch nicht notwendige Ausgabensteigerungen können künftig besser vermieden werden. Dabei bleibt gewährleistet – das möchte ich ausdrücklich betonen –, dass Patientinnen und Patienten auch in Zukunft alles, was medizinisch notwendig ist, auch verordnet bekommen.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Das erste Ergebnis dieses Gesetzes ist also: Die Versorgung der Patienten ist und bleibt auf hohem Niveau gesichert.

Lassen Sie mich auf die einzelnen Maßnahmen eingehen. Zunächst zur **Bonus-Malus-Regelung**. Auf unser

Annette Widmann-Mauz

- (A) Drängen wird die viel gescholtene Bonus-Malus-Regelung jetzt so gestaltet, dass es in der Hand der Ärzte und der Krankenkassen liegt, ob diese gesetzliche Regelung zur Anwendung kommt oder nicht. Das heißt, die Ärzte entscheiden zusammen mit den Krankenkassen, ob diese gesetzliche Regelung zum Tragen kommt oder nicht. Die Frage ist, ob sie bessere Alternativen haben. Wenn die KVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen treffen, mit denen sie dieselben Ausgabenziele bei den Arzneimitteln erreichen können, dann kommt die gesetzliche Bonus-Malus-Regelung gar nicht mehr zum Tragen. Das heißt, **Vorfahrt für die Selbstverwaltung!**

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Die Selbstverwaltung erhält endlich mehr Verantwortung und einen größeren Spielraum für eine praxisnahe und partnerschaftliche Gestaltung. Also nur dann, wenn es nicht zu einer solchen freiwilligen Vereinbarung kommt, gilt die gesetzlich vorgesehene Bonus-Malus-Regelung.

Sie ist jetzt sogar verbessert worden.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Besser ist aber noch nicht gut!)

Bei der Ermittlung der Durchschnittskosten je Dosiereinheit, also den **Tagestherapiekosten**, ist jetzt auch die Indikationsstellung zu berücksichtigen. Herr Bahr, wenn Sie es immer noch nicht verstanden haben, dann mache ich es Ihnen auch hier im Plenum noch einmal an einem Beispiel deutlich.

- (B) (Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Den Versuch sollte man schon unternehmen!)

Ein Wirkstoff wie der Betablocker Metoprolol wird je nach Indikation in unterschiedlicher Dosierstärke angewendet: bei Bluthochdruck 50 Milligramm, bei koronarer Herzkrankheit 100 Milligramm, bei Herzmuskelschwäche 200 Milligramm. Einen Dosiermittelwert über die einzelnen Indikationen zu legen, ist nicht sachgerecht – da sind wir uns einig –; es könnte – da haben Sie Recht – zu einer Unterversorgung je nach Patientenklientel in der Arztpraxis führen.

(Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: So ist es! Deshalb haben wir das geändert! Ganz genau!)

Deshalb haben wir gesagt: Die durchschnittlichen Dosiereinheiten können nur für die jeweilige Indikation und nicht über die Indikationen hinweg zur Geltung kommen. Unterschiedliche Behandlungsbereiche müssen berücksichtigt werden.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD – Elke Ferner [SPD]: Lesen, denken, dann sprechen, Herr Bahr! – Gegenruf des Abg. Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Herzlichen Dank! Das hat noch gefehlt!)

Der Malus wirkt auch nicht schon ab einem Überschreitungsbeitrag von 5 Prozent. Wir haben jetzt eine Grenze von 10 Prozent festgelegt.

- (Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Die FDP hat dagegen gestimmt!) (C)

Ich will einen Hinweis zu einer Sache geben, die Sie kritisch hinterfragt haben, zu der Verordnung aus dem Krankenhaus heraus. Für die Ärzteschaft ist ganz wichtig, dass wir hierbei Verbesserungen erreichen und die Krankenhäuser in der Weise in die Pflicht nehmen, dass vor der Entlassung die Präparate angewendet werden, die auch nachher im ambulanten Bereich, also im niedergelassenen Sektor, wiederum sparsam, verwendet werden müssen.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Warten Sie mal ab, ob das funktioniert!)

Das Eintragen teurer Präparate in die ambulante Versorgung können wir nicht hinnehmen. Das ist eine Abhilfe, die wir gerade auch für die niedergelassenen Ärzte vereinbart haben.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Also, die Bonus-Malus-Regelung, wie sie im Gesetzentwurf steht, muss nicht angewendet werden. Sie kann vermieden werden. Die Therapiefreiheit wird gestärkt und die Versorgungssicherheit der Patienten bleibt gewahrt.

Ein weiterer Punkt: die **Zuzahlungsbefreiung**. Wir haben im AVWG die Möglichkeit geschaffen, dass die Kassen ihren Versicherten bei der Wahl besonders preiswerter Medikamente die Zuzahlung erlassen können. Den Krankenkassen wird also zum ersten Mal die Möglichkeit eröffnet, Patientinnen und Patienten einen eigenen ökonomischen Vorteil einzuräumen. Damit wird der Preiswettbewerb bei den Herstellern unterstützt. Das eigentlich Entscheidende ist aber: Der Patient hat zum ersten Mal ein eigenes ökonomisches Interesse, ein preiswertes Medikament vom Arzt verordnet zu bekommen. Das bedeutet auch, dass der Arzt erstmals nicht mehr allein die Verantwortung für eine wirtschaftliche Versorgungspraxis trägt und damit in der Kritik steht. All das sind wichtige Ergebnisse dieses Gesetzes.

Sie haben die **Festbetragsregelungen** angesprochen. In den Festbetragsgruppen der Stufen 2 und 3 kann gespart werden. Wir wollen hier die Festbeträge ins untere Preisdrittel absenken. Wir haben aber wiederum auch Sicherungslinien eingezogen; denn es müssen jeweils ein Fünftel aller Verordnungen und aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein. Damit bleibt die Versorgungssicherheit gewährleistet. Das sind wichtige Kriterien.

Wir wissen natürlich, dass diese Regelungen bei der forschenden und bei der generischen Industrie auf Kritik gestoßen sind. Die Daten der Kassen zeigen jedoch auf, dass insbesondere in der Stufe 2, in der Pharmamittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen zusammengefasst sind, noch gespart werden kann. Angesichts knapper Mittel in der gesetzlichen Krankenversicherung können wir doch Innovationen nur dann angemessen bezahlen, wenn so genannte Scheininnovationen nicht zu überhöhten Preisen abgegeben werden. Von daher ist diese Absenkung vertretbar.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Annette Widmann-Mauz

- (A) Wir nehmen aber auch die Sorgen der Unternehmen ernst, insbesondere hinsichtlich ihres Engagements bei Forschung und Innovation. Deshalb haben wir in einem weiteren Schritt die **Innovationsschutzklausel** verbessert. Wir werden so, wie es im Koalitionsvertrag vereinbart wurde, den Pharmastandort Deutschland stärken.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Zwei Regelungen sind hier insbesondere in den Blick zu nehmen:

Zunächst ermöglichen wir den Kassen, Rabattverträge mit Unternehmen abzuschließen, die ihre Präparate nicht bis auf den Festbetragspreis absenken wollen. Dies trifft genau auf das Beispiel zu, das Sie vorhin angeführt haben, nämlich dass ein Unternehmen nicht bereit ist, den Preis zu senken. Es kann nun, um den hohen Referenzpreis im europäischen Ausland aufrechterhalten zu können, Rabattverträge im Interesse der Versicherten bzw. Patientinnen und Patienten mit den Kassen abschließen, sodass hier überhaupt keine höheren Zahlungen anfallen müssen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Frau Kollegin Widmann-Mauz, gestatten Sie eine Zwischenfrage des Kollegen Bahr?

Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):

Ich gestatte sie.

(B)

Daniel Bahr (Münster) (FDP):

Frau Kollegin Widmann-Mauz, sind Sie mit mir der Meinung, dass Einsparungen über den Weg der Rabattverträge nur bei dem jeweiligen Medikament möglich sind? Sind Sie außerdem mit mir der Meinung, dass die Pharmaunternehmen eine so massive Absenkung der Festbeträge nicht mitmachen werden und es damit zu massiven Aufzahlungen für Patienten in diesem Sommer kommen kann?

(Elke Ferner [SPD]: So ein Quatsch!)

Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):

Nein, ich bin nicht dieser Auffassung. Ich bin der festen Überzeugung – die Vergangenheit hat es auch gezeigt –, dass der deutsche Arzneimittelmarkt in Europa von so großer Bedeutung ist, dass die Arzneimittelhersteller in der Regel das Absenken des Preises auf den Festbetrag für sich selbst als wirtschaftlicher und betriebswirtschaftlich sinnvoller erachten als das Aufrechterhalten eines hohen Preises, was ja zur Folge hätte, dass sie kaum Umsätze machen würden. Es kann natürlich Unternehmen geben, für die es interessant ist, bei bestimmten Präparaten den Preis hochzuhalten. Auch diese Unternehmen wollen das Auslandsgeschäft nicht gefährden. Um nun aber die Möglichkeit zu haben, die Versicherten in der Bundesrepublik Deutschland trotzdem mit den eigenen Präparaten zu versorgen, ermöglichen wir das Abschließen von **Rabattverträgen**. Ob sich das insgesamt auf das Preisgefüge auswirken wird, können wir

heute nicht abschließend beurteilen. Deshalb finden sich ja im Gesetzentwurf und in den Entschließungsanträgen Aufforderungen an das Parlament, diesen Prozess zu beobachten. (C)

An dieser Stelle muss man aber der FDP auch noch etwas anderes zurufen: Wenn wir nie etwas Neues ausprobieren

(Beifall des Abg. Jörg Tauss [SPD])

und keine Möglichkeiten eröffnen, um neue Instrumente auszuprobieren, dann treten wir auf der Stelle.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Ihr habt schon so viel ausprobiert!)

Deshalb wollen wir neuem Denken eine Chance geben. Während wir das angehen, werden wir es sorgsam überprüfen und begleiten. Stillstand ist nicht das, was die Union auszeichnet. Deshalb wollen wir auch hier neue Wettbewerbsinstrumente zur Anwendung kommen lassen.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Ich will noch einmal auf das Stichwort Innovation zurückkommen. Wir haben diesbezüglich im Gesetzentwurf weitere Verbesserungen, insbesondere was den **therapeutischen Nutzen** anbelangt, festgelegt. Dieser Nutzen kann sich in der Praxis für die Patienten durch eine Verbesserung der Lebensqualität darstellen. Er kann sich auch auf einzelne Patientengruppen mit bestimmten Indikationen erstrecken. Wenn die Verbesserungen nicht mit klinischen Endpunktstudien, bezogen auf Mortalität und Morbidität, nachgewiesen werden können, sind künftig auch andere Studien, die zur Verfügung stehen, zulässig. Das sind wichtige Erfordernisse, um den Innovations- und Forschungsstandort Deutschland zu stärken. (D)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Darüber hinaus haben wir neue Regelungen für die **Naturalrabatte** vorgesehen. Ich will nur noch kurz darauf eingehen. Die Gewährung von Naturalrabatten an Offizinapotheken, Krankenhausapotheken und Tierärzte durch Pharmaunternehmen wird ausgeschlossen. Das heißt, die Gewährung von unentgeltlichen Packungen eines apothekenpflichtigen Arzneimittels ist künftig nicht mehr möglich. Möglich bleiben aber Verhandlungen mit dem Hersteller oder Händler über Mengen und Preise sowie Skonti. Egal ob im Krankenhaus, beim Tierarzt oder im nicht verschreibungspflichtigen Bereich der Apotheke, es besteht keine Regelung für einen einheitlichen Verkaufspreis in diesem Sektor.

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Frau Kollegin, Sie denken bitte an die Zeit.

Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):

Ja. – Das Naturalrabattverbot und die Zertifizierung von manipulationsfreier Praxissoftware sind ein Anreiz zu höherer Transparenz bei der Verordnung und der

Annette Widmann-Mauz

- (A) Preisgestaltung. Damit kommen niedrigere Preise zum ersten Mal der Solidargemeinschaft zugute. Das war vorher nicht der Fall. Deshalb ist auch dies ein wichtiger Beitrag, den dieses Gesetz leistet.

Nicht alles ist neu; viele Instrumente kennen wir. Die Handhabung erfordert von allen Beteiligten Augenmaß und Verantwortungsbewusstsein. Das fordere ich von allen ein.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der CDU/CSU und der SPD)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Ich erteile das Wort nun dem Kollegen Frank Spieth für die Fraktion Die Linke.

(Beifall bei der LINKEN)

Frank Spieth (DIE LINKE):

Herr Präsident! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Frau Widmann-Mauz benutzte einen Vergleich mit Hähnen. Sie sprach davon, dass einige Hähne meinten, um sie würde die Sonne kreisen. Ich will einen anderen Bezug herstellen. Es gibt einen alten Spruch, der da lautet: Kräht der Hahn morgens auf dem Mist, ändert sich das Wetter oder es bleibt, wie es ist. – Ein wenig kommt mir das auch bei diesem Gesetzentwurf so vor, um das einmal klar und deutlich zu sagen.

(Beifall bei der LINKEN)

- (B) Das Gesetzgebungsverfahren zum AVWG lässt aus meiner Sicht schlimme Ahnungen in Bezug auf die weiteren gesundheitspolitischen Projekte der großen Koalition aufkommen. Das Ministerium macht einen Entwurf, der, weil er nicht passt, von der CDU/CSU einkassiert und anschließend verschlimmbessert als neuer Entwurf präsentiert wird. Alle Akteure kritisieren die Unzulänglichkeit dieses dann gemeinsamen Entwurfes und weisen auf die handwerklichen Fehler hin. Es gibt massenhaft Proteste. Daraufhin – immerhin – erfolgen vor der abschließenden Beratung noch schnell Korrekturen. Im Ausschuss werden diese Änderungsanträge – allerdings ohne dass man wirklich Zeit hätte, die Argumente ausreichend zu bewerten –

(Dr. Marlies Volkmer [SPD]: Zwei Monate lang!)

durchgepeitscht, sodass dem Bundestag heute der Gesetzentwurf zur Beschlussfassung vorgelegt werden kann.

Meine Damen und Herren, mit diesem Gesetz wird nach meiner Überzeugung bei den Arzneimittelausgaben nur ein begrenzter Effekt erreicht und im Kern schon wieder die nächste Reform mit verankert. Das ist die Realität. Hoffentlich wird dieses Verfahren nicht zur Blaupause für die Gesundheitspolitik in der laufenden Legislaturperiode.

(Beifall bei der LINKEN sowie bei Abgeordneten der FDP)

Die Probleme bei der **Preisgestaltung** werden nach unserer Überzeugung eben nicht grundsätzlich angepackt, geschweige denn gelöst. Die Kostenentwicklung wird lediglich kurzfristig und sehr gering gebremst. Die Einsparungen werden am Ende durch die Mehrwertsteuererhöhung im Wesentlichen wieder aufgeessen. Dies hat die Anhörung ganz deutlich erbracht. Ich bin überzeugt, dass hier die Pharmalobby in doppelter Weise hervorragende Arbeit geleistet hat.

(Beifall bei der LINKEN)

Es ist zwar nachvollziehbar, das Konzept für die Tagestherapiekosten zu modifizieren. Dennoch muss unsere Bewertung an dieser Stelle negativ ausfallen. Die **Bonus-Malus-Regelung** ist weiterhin vorhanden. Sie belohnt im Zweifelsfall die Unterversorgung

(Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Das ist wissenschaftlich falsch!)

und belastet aufgrund des entstehenden Misstrauens – das sagen eben nicht nur Ärzte, sondern auch die chronisch Kranken, die Selbsthilfeorganisationen und die Sozialverbände – das Arzt-Patienten-Verhältnis.

(Beifall bei der LINKEN – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Sie haben den Gesetzentwurf nicht genau gelesen! Das ist enttäuschend!)

– Wir haben den Gesetzentwurf sehr genau gelesen und ausführlich darüber diskutiert.

(Annette Widmann-Mauz [CDU/CSU]: Dann haben Sie ihn nicht verstanden!)

Wir meinen, dass es zu dem, was auf den Weg gebracht wird, eigentlich nur eine wirksame Alternative gibt, nämlich die seit Jahren zunächst immer wieder geschredderte und danach von allen Beteiligten geforderte **Positivliste**.

(Annette Widmann-Mauz [CDU/CSU]: Das soll ein Beitrag zur Therapiefreiheit sein?)

Denn die Positivliste, Frau Widmann-Mauz, führt zu mehr Durchblick bei den Ärzten und auch bei den Patienten hinsichtlich ihrer Behandlung. Die Kassen werden die Preisgestaltungsmöglichkeiten und die Kostenentwicklung nachvollziehen können. Auch die Hersteller wissen genauer, auf was sie sich einlassen werden. Die Einführung der Positivliste wird am Ende also zu einer deutlich besseren Versorgung führen.

Wir werden mit einer Positivliste eine gute Arzneimitteltherapie sicherstellen. Die Auswahl zwischen zigtausenden Präparaten ist nicht mehr erforderlich. Ich sage auch: Durch eine Positivliste werden die Naturheilmittel ebenfalls erfasst. Diese Liste könnte durch das IQWiG erstellt und ständig aktualisiert werden.

(Beifall bei der LINKEN)

Ich wundere mich nicht darüber, dass Sie von der CDU/CSU an dieser Stelle heftig intervenieren. Denn meine letzten Aussagen sind auch in Veröffentlichungen des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Positivliste von vor wenigen Jahren zu finden. Wir schließen uns dieser Position grundsätzlich an.

(Beifall bei der LINKEN)

Frank Spieth

- (A) Wir weisen darauf hin, dass wir neben der Einführung der Positivliste auch endlich die **Halbierung des Mehrwertsteuersatzes** für Pharmaprodukte brauchen. Es ist doch überhaupt nicht nachvollziehbar – ich bin kein Tierfeind –, dass in unserem Land für Hundefutter nur der halbe Mehrwertsteuersatz erhoben wird, während man für verschreibungspflichtige Arzneimittel nach wie vor den vollen Mehrwertsteuersatz verlangt.

(Beifall bei der LINKEN)

Wir brauchen eine Politik, die zum sozialen Ausgleich zurückkehrt. Wir wollen eine Krankenversicherung, in der alle Bürgerinnen und Bürger – unabhängig von ihrem Einkommen – einen Anspruch auf eine qualifizierte medizinische Versorgung haben. Wir meinen, dass eine Krankheit nicht zum humanitären und finanziellen Risiko werden darf.

Danke für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall bei der LINKEN)

Präsident Dr. Norbert Lammert:

Nächste Rednerin ist die Kollegin Birgitt Bender, Bündnis 90/Die Grünen.

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Herr Präsident! Meine Damen und Herren! Die Vertreterinnen und Vertreter der Koalition haben ausführlich dargelegt, wie lange man über den Gesetzentwurf beraten und um Formulierungen gerungen habe. Das kann ich aus Sicht eines Ausschussmitglieds der Opposition bestätigen.

(B)

(Vorsitz: Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt)

Es gab eine ständige Begleitmusik, nämlich allgemeines Zähneknirschen. Man hat richtig gehört, wie zwischen der SPD und der Union und manchmal auch innerhalb der einzelnen Fraktionen um Positionen gerungen wurde. Es ging nicht wirklich darum, bessere Lösungen zu finden. Im Grunde genommen hatte die Gesichtswahrung Vorrang vor der Suche nach überzeugenden Regelungen.

(Beifall der Abg. Margareta Wolf [Frankfurt]
[BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN])

Wenn dies das Muster ist, nach dem die Koalition die immer wieder angekündigte Gesundheitsreform stricken will, dann kann ich nur sagen, dass das kein Vertrauen in die Reformfähigkeit dieser Koalition geschaffen hat.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und bei der FDP – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Sie werden sich wundern! – Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Zwei links, zwei rechts, eine fallen lassen!)

An diesem Gesetz ist nichts wirklich besser geworden. Ich habe Ihnen in der ersten Lesung vorgehalten, dass Sie durch eine Änderung der Festbetragsregelung der Strategie der Pharmaindustrie, Scheininnovationen auf den Markt zu bringen, Tür und Tor öffnen.

Was haben Sie jetzt gemacht? Sie haben in die Begründung geschrieben, so sei es nicht gemeint. Soll ich das als Verbesserung ansehen? Sie haben – bei wohlwollender Interpretation – Rechtsunklarheit geschaffen. (C)

(Annette Widmann-Mauz [CDU/CSU]: Nein, da müssen Sie mal in das Gesetz gucken! – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Soll ich Ihnen die Passage vorlesen?)

Auch dies kann man nicht als Verbesserung bezeichnen. Es bleibt dabei, dass Sie den Mittelstand mit einem 10-prozentigen Rabatt für die **Generikahersteller** in die Bredouille bringen und damit am Ende den Wettbewerb, den Sie angeblich wollen, beeinträchtigen.

(Beifall des Abg. Dr. Heinrich L. Kolb [FDP])

Auch die Bonus-Malus-Regelung wurde nicht wirklich verbessert. Jetzt soll man – so sagen Sie in der Begründung – Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit – sozusagen die drei D – festlegen. Sie schaffen damit hohen Verwaltungsaufwand im Vorfeld und hohen Verwaltungsaufwand bei der Kontrolle und bewirken viel Ärger bei denjenigen, die diese Regelung umsetzen sollen. So wird es nicht funktionieren.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)

Auch die Alternative, dass die Selbstverwaltung dies regeln kann, verlagert die Konflikte nur in Richtung Selbstverwaltung. Strukturell haben Sie nichts verändert.

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Frau Widmann-Mauz würde gern eine Zwischenfrage stellen. (D)

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Bitte schön, Frau Kollegin.

Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU):

Frau Kollegin Bender, Sie haben gerade dargestellt, dass wir bei der Festlegung von durchschnittlichen Kosten je Dosiereinheit nur in der Begründung eine Veränderung vorgenommen hätten. Wollen Sie zur Kenntnis nehmen, dass in Abs. 7 a des § 84 SGB V eindeutig und klar geregelt wird, dass – ich zitiere – „bei der Festlegung der Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit Besonderheiten unterschiedlicher Anwendungsgebiete zu berücksichtigen sind“? Wollen Sie mir bestätigen, dass es eine gesetzliche Vorgabe ist, diese Besonderheiten zu berücksichtigen, und Ihre Interpretation sehr tendenziös war?

(Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Kann man mit Ja beantworten!)

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Ich bestätige Ihnen gerne, dass Sie den Gesetzestext geändert haben. Aber das Gesetz ist dadurch nicht besser geworden. Das ist meine Kritik.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Aber Sie haben etwas anderes behauptet! Als wäre es nicht im Gesetzestext!)

Birgitt Bender

- (A) Wahr ist – das ist immer Ihr Ausgangspunkt, Herr Kollege Zöllner –, dass natürlich von den Ärzten abhängt, was verschrieben wird. Nur, man kann die Ärzte nicht allein lassen und sie nur den Informationen der Pharmareferenten aussetzen. Man braucht eben andere Rahmenbedingungen. Das ist zum einen Aufgabe der **kassenärztlichen Vereinigungen**. Sie müssen eine ordentliche Beratung anbieten. Man kann und muss aber auch die Kassen stärker einbinden. Es bräuchte zudem gewisser Rahmenbedingungen, damit eine Kosten-Nutzen-Bewertung durchgeführt werden kann, damit die Ärzte wissen, was sie tun. Das wäre unserer Ansicht nach der bessere Weg.

Ein besserer Weg wäre es auch, wenn man das Vertragsgeschehen insgesamt stärkt und mehr Verhandlungen zwischen Arzneimittelherstellern und Kassen auch unter Einschluss der Apotheken einführt. Wettbewerb ist letztlich das Instrument, das auch in der Krankenversicherung gelten muss.

Solange dies nicht umfassend gewährleistet ist, sind Preisregulierungsmechanismen wie Festbeträge notwendig. Wir bedauern, dass Sie diese Regelung verschlechtert haben. Unserer Ansicht nach müsste es darum gehen, die Patienten stärker einzubeziehen und damit zu einer guten Bewertung des Zusatznutzens zu kommen.

Meine Damen und Herren, ohne stärkeren Wettbewerb in diesem Bereich werden wir kein gutes Gesundheitssystem bekommen. Man kann nicht allen Ineffizienzen, die es gibt, hinterheradministrieren. Ich hoffe, meine Kolleginnen und Kollegen von der Koalition:

(B) Wenn Sie diesen Gedanken schon nicht in dem vorliegenden Gesetz berücksichtigt haben, dann sollten Sie ihn zumindest als Leitlinie für die Gesundheitsreform beachten. Denn es gibt einiges zu tun in diesem Sektor.

Danke schön.

(Beifall beim BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Ihr habt es ja liegen lassen!)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Das Wort hat für die Bundesregierung die Parlamentarische Staatssekretärin Frau Caspers-Merk.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Marion Caspers-Merk, Parl. Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit:

Frau Präsidentin! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Über den Beitrag der Kollegin Bender bin ich etwas verwundert. Denn, Kollegin Bender, Sie haben zunächst ausgeführt, wofür Sie nicht sind und wogegen Sie Bedenken haben. Man muss der deutschen Öffentlichkeit natürlich aber auch sagen, was wäre, wenn man dieses Gesetz ablehnt. Wenn man dieses Gesetz ablehnt,

(Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Dann braucht man ein besseres!)

dann ist man dagegen, dass künftig **manipulationsfreie Praxissoftware** benutzt wird.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

(C)

Wir beenden nämlich ab einem bestimmten Stichtag die schlimme Praxis – sie wurde durch den „Stern“ aufgedeckt –, dass Generikafirmen Praxissoftware sponsern und dadurch verzerrt verschrieben wird. Damit machen wir Schluss. Dazu haben Sie kein Wort gesagt.

Wer gegen dieses Gesetz ist, ist dagegen, dass Patienten und Patientinnen zukünftig keine Zuzahlungen mehr leisten müssen, wenn sie sich Arzneimittel verschreiben lassen, deren Preis um mindestens 30 Prozent niedriger als der Festbetrag ist. Es ist das erste Mal, dass wir Patienten von der Zuzahlung freistellen und es den Kassen ermöglichen, hierzu einen einheitlichen Vorschlag zu machen.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Sind Sie also dagegen, dass die Patienten entlastet werden?

Wer gegen dieses Gesetz ist, der will nicht, dass die unsägliche Praxis der **Gewährung von Naturalrabatten** an Apotheken aufgehoben wird, die sich momentan in einer Größenordnung von circa 500 Millionen Euro bewegen. Wer dagegen ist, will nach wie vor, dass dieses Geld bei den Apotheken verbleibt und nicht den Krankenkassen zukommt, wo es eigentlich hingehört.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD)

Diese drei Elemente haben Sie nicht ausreichend gewürdigt. Aber darum geht es bei diesem Gesetzgebungsvorhaben auch. Wir sollten einmal gemeinsam feststellen, dass diese Elemente Bestandteil früherer Diskussionen im Fachausschuss waren. Deswegen war klar, dass sich diese Bereiche im Gesetz wiederfinden müssen. Wir sollten auch gemeinsam darüber reden.

(D)

Es stimmt, dass es unterschiedliche Auffassungen zu den Festbeträgen und zur Bonus-Malus-Regelung gibt. Man sollte aber bitte schön bei der Wahrheit bleiben. Tatsache ist: Das Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte ist in der Bundesrepublik Deutschland sehr unterschiedlich; die Kollegin Volkmer hat darauf hingewiesen. Am sparsamsten verordnen die Ärztinnen und Ärzte in Bayern und Schleswig-Holstein, auf Platz drei liegt Baden-Württemberg. In anderen Bundesländern wird deutlich teurer verordnet.

Herr Kollege Bahr, es stimmt nicht, dass das nur ein Thema zwischen Ost und West ist.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Das habe ich doch gar nicht gesagt!)

Schauen Sie sich die Statistik, die ich Ihnen zugestellt habe, einmal genau an. Brandenburg ist hier unterdurchschnittlich. Es lohnt sich also, wenn eine gute Beratung erfolgt und wenn die **Selbstverwaltung** den Ärzten gute Informationen an die Hand gibt. Wenn alle Ärzte so verordnen würden wie die Ärzte in Schleswig-Holstein und Bayern, hätten wir im Arzneimittelbereich 2 Milliarden Euro gespart, und zwar ohne dass den Patientinnen und Patienten Medikamente fehlen. Denn weder ist die Lebenserwartung in Schleswig-Holstein und Bayern geringer noch werden die Patienten dort nicht versorgt.

Parl. Staatssekretärin Marion Caspers-Merk

- (A) (Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Das sieht Herr Lauterbach anders! Da müssen Sie mal Herrn Lauterbach fragen!)

Auch das muss man der Öffentlichkeit einmal sagen.

Wir wollen hier ein Steuerungsinstrument, durch das die ärztliche Verantwortung gestärkt wird. Wir haben zwei Optionen. Die erste Option ist, dass es die Selbstverwaltung künftig in der Hand hat, die Medikamentenkosten selbst zu steuern. Wir stellen ihr dies frei.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU)

Sie waren es doch, die immer gesagt haben, die Selbstverwaltung müsse gestärkt werden. Warum würdigen Sie dann nicht, dass wir ihr jetzt die Möglichkeit geben, genau das zu tun? Nur wenn dies nicht greift, kommt es zur gesetzlichen Bonus-Malus-Regelung.

Hier wird immer so getan, als komme der Bonus dem Arzt individuell zugute. Das stimmt nicht. Ein Blick ins Gesetz erleichtert die Wahrheitsfindung. Die Boni kommen den kassenärztlichen Vereinigungen zu und werden von dort wieder verteilt, gerade um den Arzt gegenüber dem Vorwurf in Schutz zu nehmen, er verhalte sich so, um den Bonus einzustecken.

(Beifall bei Abgeordneten der SPD und der CDU/CSU – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Die sind beratungsresistent! Das ist das Problem!)

- (B) Wir haben doch reagiert. Man sollte draußen nichts anderes erzählen.

Nun stellt sich die Frage, wie man eine Medikamententherapie wirtschaftlich misst. Mit dem von uns gewählten Konzept haben wir auf ein **WHO-Konzept** zurückgegriffen. Dieses Konzept, Frau Kollegin Bender, ist schon im GMG verankert; das haben Sie gemeinsam mit uns verabschiedet. Es ist nichts Neues, keine neue bürokratische Herausforderung.

(Zurufe von der FDP: Aha!)

Im GMG steht bereits, dass man die Wirtschaftlichkeit aufgrund dieses Instruments ermitteln kann.

Weil auch auf den Bildschirmen in den Berliner U-Bahnen Unsinn verbreitet wird, will ich noch einmal auf das Konzept eingehen: Es gängelt den Arzt weder bezüglich der Anzahl der verordneten Pillen noch bezüglich der Zahl seiner Patienten. Hier ist der Arzt nach wie vor frei. Das Konzept regelt aber, dass der Arzt, wenn er sich für einen Wirkstoff entschieden hat, in die Wirkstoffgruppe schauen und dann das wirtschaftlichere Medikament verordnen muss. Verantwortungsvolles wirtschaftliches Handeln und Therapiefreiheit gehören unteilbar zusammen.

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Verantwortliche Ärzte – das ist die Mehrheit – tun das bereits. Deshalb müssen wir die Mehrheit der Ärzte bei dem unterstützen, was sie bereits tun, müssen ihnen mehr Informationen zur Verfügung stellen und uns öf-

fentlich dagegen verwahren, dass mit unsachlichen und unqualifizierten Äußerungen eine Kampagne gefahren wird, die jeglicher Grundlage entbehrt. (C)

(Beifall bei der SPD sowie bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Es wäre wichtig, liebe Kolleginnen und Kollegen, dass Sie sich an der Sachaufklärung beteiligen und nicht weiterhin bewusst die Unwahrheit sagen. Ich wiederhole noch einmal: Wir wollen eine **Steuerung der Arzneimittelkosten**. Hierbei wollen wir die Ärzte an unserer Seite wissen. Wir möchten sie besser informieren und wir möchten mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit im Versorgungswesen.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Das haben wir alles schon einmal gehört!)

Nicht gewürdigt wurde, dass zum ersten Mal – hier bin ich den Koalitionsfraktionen sehr dankbar – die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in einem Gesetzentwurf angegangen wird. Die niedergelassenen Ärzte warten seit Jahren darauf. Diese sagen, dass die aus den Krankenhäusern entlassenen Patientinnen und Patienten oft mit der Verordnung eines sehr teuren Medikaments zu ihnen kommen. Wir wollen, dass hier zukünftig stärker zusammengearbeitet wird und bei der **Entlassmedikation** die Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund gestellt wird.

Herr Kollege Bahr, dazu gibt es eine sehr interessante Studie

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Ist die auch von Herrn Lauterbach?) (D)

von Ärzten in Lübeck. Ich stelle sie Ihnen gerne zur Verfügung.

(Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Immer her damit!)

Es wurden 400 Hausärzte bezüglich der Entlassmedikation befragt. 70 Prozent antworteten, dass der Arztkurzbrief bzw. der Arztbrief keine Informationen zu vergleichbaren Wirkstoffen enthalte. Vielmehr würden teilweise außer dem Namen des Originalpräparats überhaupt keine Informationen gegeben. Wenn wir hier für mehr Transparenz und Wirtschaftlichkeit bei der Veränderung dieser Schnittstelle sorgen,

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Da sind wir uns im Ziel einig!)

tun wir das zum Wohle der Patientinnen und Patienten und weil wir glauben, dass wir damit im System enthaltene Effizienzreserven erschließen können.

Wer wie Sie diese unverantwortliche Kampagne unterstützt, versündigt sich auch ein Stück weit an den Patientinnen und Patienten

(Lachen des Abg. Daniel Bahr [Münster] [FDP])

und sorgt dafür, dass nicht fair und sachlich über das Thema Arzneimitteltherapie diskutiert wird.

Schönen Dank.

(Beifall bei der SPD und der CDU/CSU)

(A) Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Das Wort hat der Kollege Jens Spahn, CDU/CSU-Fraktion.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Jens Spahn (CDU/CSU):

Frau Präsidentin! Sehr verehrte Damen und Herren! Ich möchte kurz fünf Anmerkungen zum vorliegenden Gesetzentwurf machen.

(Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Du hast nur fünf Minuten!)

Zum Ersten geht es um die Ausgangslage. Angesichts drohender Beitragssatzsteigerungen und Kostensteigerungen möchten wir jetzt, um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Schon seit dem 1. Januar!)

– das ist das, was Sie in Ihrer Kritik ausblenden –, erst einmal sparen, um im Sinne niedriger Lohnnebenkosten und der **Wettbewerbsfähigkeit** der deutschen Wirtschaft die Beiträge gering zu halten.

(Beifall bei der CDU/CSU – Birgitt Bender [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]: Aber die Mehrwertsteuer erhöhen!)

Damit bin ich bei meiner zweiten Anmerkung. Ich kann insbesondere der FDP – der Oppositionsführung, wie Sie sich immer nennen – nur bedingt folgen. Sie sagen immer nur: Nein, das wollen wir nicht und das wollen wir auch nicht. Gleichzeitig haben Sie Vorschläge, die Ausgabenerhöhungen bedeuten würden, so etwa bezüglich der Finanzierung der Ärzte und der Krankenhäuser. Das kann man alles wollen; aber zur Wahrheit gehört dazu, den Versicherten und Patienten zu sagen, dass das mehr kostet. Diesen Teil jedoch lassen Sie in der Diskussion immer weg.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD – Widerspruch bei der FDP)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Herr Kollege Spahn, möchten Sie eine Zwischenfrage der Kollegin Bender zulassen?

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: Eigentlich hat er mich angesprochen!)

Jens Spahn (CDU/CSU):

Bitte schön.

Birgitt Bender (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):

Herr Kollege Spahn, Sie sprachen davon, dass Beitragssatzsteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung drohen könnten. Sind Sie bereit, zuzugeben, dass solche Beitragssatzsteigerungen durch Ihre Politik drohen könnten,

(Beifall des Abg. Daniel Bahr [Münster] [FDP])

weil die Koalition entschlossen ist, den Steuerzuschuss in Höhe von 4 Milliarden Euro aus der GKV herauszuziehen, (C)

(Beifall bei der FDP)

und im Übrigen durch die Mehrwertsteuererhöhung ein Kostenrisiko von etwa 800 Millionen Euro zusätzlich schafft?

(Beifall bei der FDP sowie bei Abgeordneten der LINKEN – Wolfgang Zöllner [CDU/CSU]: Erst im nächsten Jahr!)

Jens Spahn (CDU/CSU):

Ich bin bereit, zuzugeben, dass in der Zukunft weitere Beitragssatzerhöhungen drohen können.

(Daniel Bahr [Münster] [FDP]: 1. Januar!)

Aber es geht erst einmal um die Situation, wie sie sich heute darstellt.

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD)

Es geht darum, dass wir bis zum Jahreswechsel die Kosten und die Beitragssätze im Griff behalten müssen, verehrte Frau Kollegin Bender.

Insbesondere in den Entschließungsanträgen der Grünen und der FDP werden an der einen oder anderen Stelle grundlegende Veränderungen gefordert. Selbst wenn Sie grundlegende Veränderungen bekämen, kämen die nicht von heute auf morgen. Sie müssten mit der Situation, wie wir sie heute haben, umgehen und auf jeden Fall darlegen, wie Sie die Beitragssätze stabil halten wollen, (D)

(Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Sie sollten auch an morgen denken!)

oder aber, wie ich es gerade schon erwähnte, den Versicherten ehrlich sagen – das sollten auch all die, die zu Demonstrationen aufrufen –, dass es am Ende mehr kosten wird.

Meine dritte Anmerkung ist die, dass viele der Maßnahmen im Sinne der **Beitragssatzstabilität** natürlich nicht schön, aber notwendig sind, etwa wenn es um ein Preismoratorium oder Zwangsrabatte geht. Wir haben in der Frage der Festbetragsregelung eine Berichtspflicht eingebaut. Ich bin gern dazu bereit – und ich glaube, die Koalition ist es auch –, im Zuge des Berichtes über all die Instrumente, die uns im Arzneimittelbereich zur Verfügung stehen, zu sprechen und zu schauen, welches davon unser Ziel effektiv erreicht und am Ende in klare und deutliche Regelungen umgesetzt werden kann.

Zu der Bonus-Malus-Regelung und den Veränderungen, die insbesondere in den letzten Tagen vorgenommen wurden und die in den öffentlichen Darstellungen sowohl im Parlament wie außerhalb des Parlamentes vielfach nicht gewürdigt worden sind, hat die Kollegin Widmann-Mauz schon einiges gesagt. Ich finde den Hinweis sehr wichtig, dass es die Möglichkeit gibt, vor Ort von den Regelungen abzuweichen und eigene Regelungen zu treffen, die unserem Ziel, die Kosten in vertretba-

Jens Spahn

- (A) rem Maße – es geht ja nicht darum, dass es überhaupt keine Kostensteigerung geben darf – zu halten, gerecht werden.

(Beifall bei Abgeordneten der CDU/CSU)

Die Regelung berücksichtigt Besonderheiten bei bestimmten medizinischen Notwendigkeiten. Wenn es um Wirkstoffe geht, tragen wir in jedem Fall dem Bedürfnis nach Therapiefreiheit Rechnung; das wollen wir auch.

Viertens möchte ich die guten Ansätze, die dieses Gesetz beinhaltet und die auch Sie unterstützen müssten, unterstreichen. Es geht um den Preiswettbewerb im Bereich der **nicht verschreibungspflichtigen Medikamente**, im OTC-Bereich, in dem wir die Naturalrabatte verbieten. Es gehört auch zur Wahrheit, dass Preis- und Mengenrabatte in diesem Bereich in Zukunft vollumfänglich möglich sind. Das müssten Sie doch mit kommunizieren. Wir erhoffen uns, dass die möglichen Dimensionen innerhalb der Preisbildung nicht nur bei denen, die in der Leistungserbringung oder in den Vertriebsstrukturen sind, ankommen, sondern auch bei den Versicherten. Denn eine Preissenkung hat es in diesem Bereich bis jetzt nicht gegeben.

(Beifall bei der CDU/CSU)

Beim Punkt Innovation stellt sich die Frage: Was ist therapeutische Verbesserung und welche Studien sind vorzulegen? Es geht nicht nur um Endpunktstudien, wie sie etwa im Bereich HIV nur bedingt sinnvoll sind, wenn es um neue Medikamente geht, sondern eben auch darum, dass es möglich sein muss, international anerkannte Studien vorzulegen. Damit wird im Übrigen den Anliegen chronisch Kranker Rechnung getragen. Sie, die Linke, sind dafür bekannt, dass Sie immer gern und viel auf die Pharmaindustrie schimpfen; so haben Sie es auch gerade getan. Aber gerade **chronisch kranke Menschen** profitieren doch davon, dass es Innovationen und neue Medikamente gibt.

- (B) (Beifall bei der CDU/CSU sowie des Abg. Daniel Bahr [Münster] [FDP])

Deswegen müssen wir zwischen den Innovationen, die uns tatsächlich nach vorne bringen und eine bessere Behandlung von chronisch kranken Menschen ermöglichen, und denen, die das eher nicht tun, sauber trennen.

Fünftens und abschließend möchte ich sagen, dass dies natürlich ein Gesetz ist, das noch ein Stück weit in der alten Tradition von Spargesetzen steht, die vor allem unter dem Druck des Beitragssatzes entstehen.

Deswegen lade ich Sie alle herzlich ein, gemeinsam mit uns an einer großen Reform zu arbeiten, die dem Ziel näher kommt, aus dieser Beitragssatzdynamik und dieser Kostensenkungsdynamik herauszukommen, lohnunabhängiger zu finanzieren, mehr Wettbewerb, vor allem mehr Wettbewerb um Qualität, zuzulassen und damit das Potenzial, das schon heute angesichts von 4,2 Millionen Beschäftigten in dieser Branche liegt, zu steigern.

Liebe Kolleginnen und Kollegen von der Opposition, wenn Sie heute dabei helfen, den Beitragssatz stabil zu

halten und die Ausgaben in den Griff zu bekommen, und wenn Sie morgen dabei helfen, dieses Thema grundsätzlich anzugehen, dann tun Sie ein gutes Werk. (C)

(Beifall bei der CDU/CSU sowie bei Abgeordneten der SPD – Dr. Heinrich L. Kolb [FDP]: Das war wirklich gut, Herr Kollege Spahn!)

Vizepräsidentin Katrin Göring-Eckardt:

Ich schließe die Aussprache.

Wir kommen zur Abstimmung über den von den Fraktionen der CDU/CSU und der SPD eingebrachten Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung auf Drucksache 16/194. Der Ausschuss für Gesundheit empfiehlt unter Ziffer 1 seiner Beschlussempfehlung auf der Drucksache 16/691, den Gesetzentwurf in der Ausschussfassung anzunehmen. Ich bitte diejenigen, die dem zustimmen wollen, um das Handzeichen. – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Damit ist der Gesetzentwurf in zweiter Beratung mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der Opposition angenommen.

Dritte Beratung

und Schlussabstimmung. Ich bitte diejenigen, die dem Gesetzentwurf zustimmen wollen, sich zu erheben. – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Damit ist der Gesetzentwurf mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der Opposition angenommen.

Unter Ziffer 2 seiner Beschlussempfehlung empfiehlt der Ausschuss, eine Entschließung anzunehmen. Wer stimmt für diese Beschlussempfehlung? – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Damit ist die Beschlussempfehlung mit den Stimmen der Koalition gegen die Stimmen der FDP und der Fraktion Die Linke bei Enthaltung des Bündnisses 90/Die Grünen angenommen. (D)

Wir kommen nun zur Abstimmung über die Entschließungsanträge.

Entschließungsantrag der FDP auf Drucksache 16/697. Wer stimmt dafür? – Gegenstimmen? – Enthaltungen? – Damit ist dieser Entschließungsantrag mit den Prostimmen der FDP bei Enthaltung des Bündnisses 90/Die Grünen und bei Gegenstimmen im Rest des Hauses abgelehnt.

Entschließungsantrag der Fraktion Die Linke auf Drucksache 16/698. Wer stimmt für diesen Entschließungsantrag? – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Damit ist dieser Entschließungsantrag abgelehnt. Dafür haben die Abgeordneten der Fraktion Die Linke gestimmt. Dagegen haben die Abgeordneten von FDP, CDU/CSU und SPD gestimmt. Enthalten hat sich die Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen.

Entschließungsantrag der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen auf Drucksache 16/699. Wer stimmt für diesen Entschließungsantrag? – Gegenprobe! – Enthaltungen? – Dieser Entschließungsantrag ist abgelehnt bei Prostimmen der Fraktion des Bündnisses 90/Die Grünen, Enthaltung der Fraktion Die Linke und Gegenstimmen im Rest des Hauses.