

**(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache**

0014(14)

vom 9.1.2006

16. Wahlperiode

S T E L L U N G N A H M E

der

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände

zum Entwurf eines

**Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der
Arzneimittelversorgung**

der Fraktionen der CDU/CSU und SPD

(Bundestagsdrucksache 16/194 vom 13.12.2005)

A. Vorbemerkung

Das mit dem Gesetzesvorhaben verbundene Ziel, medizinisch nicht notwendige Ausgabensteigerungen im Arzneimittelbereich zu vermeiden und einen Beitrag zu einer besseren Steuerung der Arzneimittelausgaben zu leisten, wird von uns grundsätzlich begrüßt.

Ein Teil der mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten Maßnahmen ist jedoch nicht hinreichend präzise definiert oder in der Praxis nicht in der vorgesehenen Art und Weise umsetzbar. Wenn die mit dem Gesetz verfolgten Ziele im vollen Umfang erreicht werden sollen, bedarf es daher einer Reihe von Klarstellungen und Ergänzungen. Hierauf gehen wir nachstehend im Einzelnen ein.

B. Zu den Regelungen im Einzelnen

I. Zu Artikel 1 des Gesetzentwurfs (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

zu Ziffer 1 (§ 31 Abs. 2 SGB V)

Nach der neuen gesetzlichen Regelung sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Versicherte von der Zahlung des Differenzbetrages zwischen Festbetrag und (höherem) Apothekenverkaufspreis zu entlasten. Voraussetzung dafür ist, dass zwischen Hersteller und Krankenkasse für das betreffende Festbetragsarzneimittel Rabattzahlungen an die Krankenkasse nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbart wurden, die die Mehrbelastungen für die Krankenkassen ausgleichen.

Die beabsichtigte Neuregelung bedarf der Änderung, weil sie teilweise nicht den gesetzgeberischen Willen wiedergibt und in der vorgesehenen Art und Weise nicht umsetzbar ist.

1. Abrechnungsweg für vereinbarte Rabatte

Der derzeitige Wortlaut des Gesetzentwurfs führt entgegen der Zielsetzung des Gesetzgebers dazu, dass zusätzlich zum Hersteller auch die Apotheke mit dem zum Ausgleich der Mehrzahlung vereinbarten Rabatt belastet wird.

Im Einzelnen ergibt sich dies wie folgt: Nach Satz 2 (neu), der die Begrenzung der Kostentragung durch die Krankenkasse auf den Festbetrag aufhebt, wird der Erstattungsbetrag gegenüber der Apotheke durch „den Apothekenverkaufspreis ... abzüglich der Zahlungen und Abschläge nach den §§ 130 und 130a SGB V“ bestimmt. Bei dieser Formulierung wurde offensichtlich übersehen, dass zu den Abschlägen nach § 130a SGB V auch die nach § 130a Abs. 8 SGB V vereinbarten Rabatte zählen. Dies hat zur Folge, dass die Krankenkasse gegenüber der Apotheke vom Apothekenverkaufspreis nicht nur Zuzahlungen und die gesetzlich in § 130a Abs. 1, 3a und 3b SGB V vorgesehenen Rabatte, sondern zusätzlich auch den zwischen Krankenkasse und Hersteller (nach § 130a Abs. 8 SGB V) vereinbarten Rabatt abziehen würde. In Höhe dieses Rabattes würde die Apotheke zu

sätzlich belastet, weil sie auch keinen Anspruch gegen den Hersteller auf Zahlung der Rabattdifferenz hat. Der in das Gesetz aufgenommene Abzug dieses Rabattbetrages vom Apothekenverkaufspreis wäre auch mit der Regelung des §130a Abs. 8 Satz 3 SGB V nicht zu vereinbaren, nach der vereinbarte Rabatte nach § 130a Abs. 8 SGB V von den pharmazeutischen Unternehmen an die Krankenkassen zu vergüten sind.

Die Regelung hat nach der Gesetzesbegründung das Ziel, die Versicherten von den Mehrkosten für Arzneimittel zu entlasten und die Krankenkassen an der Verantwortung für eine mehrkostenfreie Versorgung zu beteiligen. Es soll jedoch kein neues Rabattinkassoverfahren eingeführt werden. Deshalb ist der Gesetzestext zu korrigieren. Dies kann dadurch geschehen, dass die vereinbarten Rabatte bei der Berechnung der neuen Erstattungsgrenze entgegen dem bisher vorgesehenen Gesetzeswortlaut nicht vom Erstattungsbetrag abgezogen werden. Satz 2 (neu) wäre danach sinngemäß wie folgt zu ergänzen:

„Hat die Krankenkasse ... trägt die Krankenkasse abweichend von Satz 1 den Apothekenverkaufspreis dieses Mittels abzüglich der Zuzahlungen und Abschläge nach §§ 130 und 130a Absatz 1, 3a und 3b.“

2. Umsetzungszeitpunkt

Die Apotheken müssen nach der neuen Regelung zukünftig bei jeder Abgabe eines Festbetragsarzneimittels prüfen, ob für das abzugebende Arzneimittel eine Rabattvereinbarung im Sinne des neuen § 31 Abs. 2 S. 2 SGB V besteht und ob der Versicherte der Krankenkasse angehört, die diese Rabattvereinbarung geschlossen hat. Wenn diese Voraussetzungen vorliegen, hat der Versicherte keine Mehrzahlung zu leisten; liegen diese Voraussetzungen nicht vor, muss die Apotheke vom Versicherten die Mehrzahlung einbehalten.

Die hierfür erforderlichen Informationen müssen wegen der Vielzahl von Festbetragsarzneimitteln, Herstellern und Krankenkassen sowie wegen des 14-tägigen Änderungsrythmus zwingend EDV-technisch verfügbar sein. Die erforderlichen Voraussetzungen für die Verarbeitung dieser Daten sind bei den Apothekensoftwarehäusern und den Softwaresystemen der Apotheken derzeit noch nicht gegeben. Ferner muss wegen der Differenzierung unter den Krankenkassen ein aktualisiertes Verzeichnis der Krankenkassen mit den zugehörigen Institutionskennzeichen verfügbar gemacht werden. Die Apotheken werden mit Ihren Softwarehäusern mit Unterstützung der IfA GmbH und der Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH / ABDATA alle Anstrengungen unternehmen, die technischen Voraussetzungen für die entsprechende Informationsübermittlung zu schaffen. Bis zum vorgesehenen Inkrafttreten des Gesetzes am 01. April 2006 ist dies aber in keinem Fall zu leisten. Wir fordern deshalb, nach Diskussion mit allen Beteiligten einen realistischen Einführungszeitpunkt festzulegen.

3. Zulässigkeit von Rabattvereinbarungen

Nach dem neuen Satz 3 des § 31 Abs. 2 SGB V sind die Rabattvereinbarungen zur Befreiung des Versicherten von den Mehrkosten nur „zulässig“, wenn durch sie die Mehrkosten der Überschreitung des Festbetrages ausgeglichen werden. Welche

Folgen „unzulässige“ Vereinbarungen haben, wird nicht festgelegt. Für die Apotheken ist diese Regelung nicht mit der hinreichenden Rechtssicherheit umzusetzen.

Die Apotheke muss im Zeitpunkt der Abgabe des Arzneimittels wissen, ob sie von dem Versicherten Mehrkosten verlangen muss oder ob wegen des Bestehens einer Rabattvereinbarung der volle Apothekenverkaufspreis von der Krankenkasse getragen wird.

Selbst wenn die Apotheke vom Hersteller und/oder von der Krankenkasse eine Mitteilung über das Bestehen einer Rabattvereinbarung erhält, kann sie deren „Zulässigkeit“ nicht prüfen, weil sie den Inhalt der Rabattvereinbarung zwischen Krankenkasse und Hersteller nicht kennt. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen Hersteller und Krankenkasse über den Anwendungsbereich einer Rabattvereinbarung oder auch bei nachträglichen aufsichtsrechtlichen oder gerichtlichen Entscheidungen über die Wirksamkeit der Rabattvereinbarung trüge die Apotheke das volle Risiko, den Rabattdifferenzbetrag von der Krankenkasse oder dem Versicherten zu erhalten. Wir fordern daher dringend eine gesetzliche Festlegung, dass derjenige, der das Bestehen einer Rabattvereinbarung im Sinne des § 31 Abs. 2 S. 2 SGB V an die Apotheke meldet, auch im Interesse der Versicherten für die Richtigkeit dieser Meldung gegenüber der Apotheke die Haftung trägt.

Die Regelung des § 31 Abs. 2 Satz 4 (neu), nach der der erforderliche Ausgleich der Mehrkosten auch durch Rabatte auch auf andere Arzneimittel als das von der Mehrzahlung befreite Arzneimittel vorgenommen werden darf, ist in keiner Weise umsetzbar und sollte deshalb gestrichen werden. Es kann immer erst ex post beurteilt werden, ob die Umsätze mit anderen Arzneimitteln einen Umfang angenommen haben, der hinreichend ist, um mit den daraus folgenden Rabattvorteilen die Einnahmeverminderungen, die aus der vollen Erstattung des Apothekenverkaufspreises folgen, auszugleichen. Sollte sich im Nachhinein herausstellen, dass dies nicht der Fall ist, müssten theoretisch die Versicherten nachträglich der Krankenkasse die Mehrkosten erstatten. Die Apotheken könnten ein solches nachträgliches Inkassoverfahren nicht leisten, da sie nicht über die hierfür notwendigen versichertenbezogenen Daten zu den abgegebenen Arzneimitteln verfügen. Die Krankenkassen könnten das Inkasso nur mit unverhältnismäßigem Aufwand betreiben. Die Versicherten würden zudem mit für sie unkalkulierbaren finanziellen Risiken belastet.

zu Ziffer 7 Buchst. a. (§ 130a Abs. 3a SGB V)

Der Gesetzentwurf beabsichtigt die Einführung eines Preismoratoriums für Arzneimittel. Dieses Preismoratorium soll gesetzestechnisch durch einen bei Preiserhöhungen zusätzlich zu leistenden gesetzlichen Herstellerrabatt umgesetzt werden. Die neue Regelung ist in vielen Punkten unklar und belastet damit die Apotheken, die das Inkasso des Rabattes betreiben und das Risiko des Inkassoverfahrens tragen müssen. Insoweit besteht erheblicher Klarstellungs- und Ergänzungsbedarf.

1. Ungerechtfertigtes Inkassorisiko

Die Apotheken tragen bereits heute ohne jede sachliche Rechtfertigung das Risiko, dass das jeweils betroffene pharmazeutische Unternehmen zahlungsunfähig oder

zahlungsunwillig ist. Dieses Risiko steigt durch die Einführung des neuen Hersteller-
rabattes zur Umsetzung des Preismoratoriums deutlich an. Es wird darüber hinaus
nochmals dadurch erheblich erhöht, dass die Apotheken dieses Risiko auch für das
Inkasso des Herstellerrabattes für Generika nach dem neuen § 130a Abs. 3b SGB V
tragen sollen.

Die Apotheken sind durchaus bereit, das Inkassoverfahren im Interesse der finan-
ziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung zu unterstützen. Voraus-
setzung ist jedoch, dass Ihnen damit nicht gleichzeitig das Risiko aufgebürdet wird,
den Rabatt an die Krankenkassen gewähren zu müssen, ohne dass die Zahlungs-
fähigkeit und -willigkeit der betroffenen Hersteller sichergestellt ist. Wir fordern des-
halb, § 130a SGB V dahingehend zu ergänzen, dass die Apotheke von der Kranken-
kasse die ihr von der Apotheke gewährten Rabattbeträge zurückfordern kann, wenn
der Hersteller trotz Geltendmachung des Erstattungsanspruchs durch die Apotheke
innerhalb der nach § 130a Abs. 1 S. 4 SGB V vorgesehenen Frist die entsprechen-
den Zahlungen nicht leistet und das Inkassoverfahren damit erfolglos bleiben mußte.

2. Anwendungsbereich der Vorschrift

Die Regelung des § 130 Abs. 3a SGB V bezieht sich nach dem Wortlaut des
Satzes 1 auf alle Arzneimittel, also auch auf Rezepturarzneimittel und auf Arzneimit-
tel, die nicht von der Arzneimittelpreisverordnung erfasst werden. Arzneimittel, die zu
Lasten der GKV abgegeben werden, aber weder von der Arzneimittelpreisverord-
nung noch (als nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel) von den Preisbestimmun-
gen nach § 129 Abs. 5a SGB V erfasst sind, sowie Rezepturarzneimittel sollen aber
entsprechend der Gesetzesbegründung nicht erfasst werden. Diese auch für Ab-
satz 1 dieser Vorschrift geltende Rechtslage sollte im Gesetzestext klargestellt wer-
den; dies gilt umso mehr, als schon die Regelung in Absatz 1 eine Vielzahl gerichtli-
cher Auseinandersetzungen provoziert hat.

Wir schlagen deshalb vor, in Absatz 1 Satz 1 und Absatz 3a Satz 1 zur Klarstellung
das Wort „Arzneimittel“ durch die Worte „Fertigarzneimittel, deren Abgabepreise
nach der Arzneimittelpreisverordnung oder aufgrund des § 129 Absatz 5a bestimmt
sind,“ zu ersetzen.

3. Sonderregelung für importierte Arzneimittel

Die Regelung des Satzes 2

„Für importierte Arzneimittel, die nach § 129 abgegeben werden, gilt abweichend von Satz 1
ein Abrechnungsbetrag von höchstens dem Betrag, welcher entsprechend den Vorgaben
des § 129 niedriger ist als der Arzneimittelabgabepreis des Bezugsarzneimittels einschließ-
lich Mehrwertsteuer, unter Berücksichtigung von Abschlägen für das Bezugsarzneimittel
aufgrund dieser Vorschrift.“

ist in mehrfacher Hinsicht inhaltlich unklar und begünstigt in der beabsichtigten Fas-
sung vielfach Importarzneimittel.

Der Wortlaut der Regelung („abweichend von Satz 1“) könnte so verstanden werden,
dass die pharmazeutischen Unternehmen für importierte Arzneimittel auch im Fall
von Preiserhöhungen keinen Abschlag leisten. Sie wären damit von dem Preismo-

ratorium ausgenommen. Dies ist ausweislich der Gesetzesbegründung offensichtlich nicht gewollt. Es soll lediglich die Festschreibung des Preises für importierte Arzneimittel insoweit gelockert werden, dass Preiserhöhungen bis zu dem in § 129 SGB V vorgesehenen Preisabstand zwischen Original und Import durch den neuen Rabatt nicht „abgeschöpft“ werden sollen.

Weitere Unklarheiten entstehen dadurch, dass der Begriff „Abrechnungsbetrag“ nicht definiert wird. Eine Festlegung, ob Abschläge und Rabatte zu berücksichtigen sind, erfolgt nicht. Es ist auch nicht festgelegt, welche Folgen es hat, wenn der Apothekenverkaufspreis des importierten Arzneimittels den Abrechnungsbetrag überschreitet, das importierte Arzneimittel also nicht „preisgünstig“ im Sinne der „15er-Regelung“ ist. Ferner wird nicht eindeutig festgelegt, ob die abweichende Regelung des Satzes 2 immer oder nur dann eingreifen soll, wenn für das importierte Arzneimittel eine Preiserhöhung stattgefunden hat.

Es muss auch berücksichtigt werden, dass der Preisabstand zwischen Original- und Importarzneimittel nicht nur durch Preiserhöhungen beim Importarzneimittel, sondern auch durch Preissenkungen beim Originalarzneimittel verringert werden kann. In diesem Fall dürfte trotz Verringerung des Preisabstandes keine zusätzlicher Hersteller-rabatt für das Importarzneimittel anfallen, weil dessen Preis nicht verändert wurde und die Regelung allein das Ziel hat, das Preismoratorium durchzusetzen, nicht aber, zusätzliche Herstellerrabatte einzuführen.

Völlig unverständlich wird die Regelung, wenn man den Fall betrachtet, dass sowohl der Preis des Bezugsarzneimittels (Originals) als auch der Preis des Importarzneimittels erhöht werden und nach den Preiserhöhungen der Preisabstand von 15% oder 5,- € gewahrt bleibt. Während die Preiserhöhung des Originalanbieters über den Rabatt abgeschöpft würde, käme dem Anbieter des Importarzneimittels die Preiserhöhung in vollem Umfang zugute, weil wegen des Preisabstandes keine Abschöpfung über einen zusätzlichen Rabatt erfolgt.

Unter Berücksichtigung des Zieles des Gesetzgebers, dass Preiserhöhungen bei importierten Arzneimitteln nur insoweit durch eine Rabattzahlung ausgeglichen werden sollen, wie durch die Preiserhöhung der Preisabstand zwischen Original und Importarzneimittel von 15% oder 5,- € nicht mehr bestehen würde, müsste Satz 2 sinngemäß wie folgt vorgeschlagen formuliert werden:

„Für importierte Arzneimittel, die nach § 129 SGB V abgegeben werden, erhalten die Krankenkassen den Abschlag nach Satz 1 nur, wenn und soweit der Apothekenabgabepreis des importierten Arzneimittels durch eine Preiserhöhung des importierten Arzneimittels den Preis übersteigt, der sich nach Abzug von 15 vom Hundert des für den versicherten maßgeblichen Arzneimittelabgabepreises oder, falls dieser Betrag höher als 15 Euro ist, von 15 Euro von dem am 01. April 2006 oder bei späterer Markteinführung am Tag der Markteinführung bestehenden Arzneimittelabgabepreis ergibt, jeweils einschließlich Mehrwertsteuer und unter Berücksichtigung von Abschlägen nach Absatz 1 und 3a.“

zu Ziffer 7 Buchst. a. (§ 130a Abs. 3b SGB V)

Nach der neuen Regelung des § 130a Abs. 3b SGB V sollen die Krankenkassen zukünftig für patentfreie, wirkstoffgleiche Arzneimittel einen Abschlag von 10% des Herstellerabgabepreises erhalten. Das Inkasso der Rabattbeträge gegenüber den pharmazeutischen Unternehmen soll über die Apotheken erfolgen.

Die Ausweitung des von den Apotheken durchgeführten Inkassoverfahrens bringt zusätzliche Belastungen für die Apotheken mit sich. Die daraus zu ziehenden Konsequenzen haben wir bereits oben bei unserer Stellungnahme zu § 130 Abs. 3a SGB V dargelegt.

Darüber hinaus bedarf die Regelung noch deutlicher Nachbesserungen, damit sie in der Praxis auch umgesetzt werden kann und keine unzumutbaren Inkassorisiken für die Apotheken nach sich zieht:

1. Der Begriff der „Patentfreiheit“ ist im Gesetz nicht hinreichend genau definiert. Es ist nicht geregelt, ob sich die Patentfreiheit nur auf den Wirkstoff oder beispielsweise auch auf das Herstellungsverfahren bezieht. Unklar ist auch die Rechtsfolge, wenn der Patentschutz nur einzelne Anwendungsgebiete betrifft. Auch die Frage, ob zwei Arzneimittel „wirkstoffgleich“ sind, ist nicht in allen Fällen ohne weitere Präzisierung durch den Gesetzgeber zu entscheiden. Wir fordern daher, auch hier Rechtssicherheit für die Apotheken zu schaffen. Zusätzlich muss auch hier, wie bereits oben zu § 130a Abs. 3a SGB V gefordert, der Apotheke eine Rückgriffsmöglichkeit gegenüber der Krankenkassen eingeräumt werden, wenn das pharmazeutische Unternehmen den für die Krankenkasse bestimmten und von der Apotheke bereits der Krankenkasse gewährten Rabatt nicht ausgleicht.
2. Nach Satz 2 der neuen Regelung vermindern Preissenkungen den Abschlag. Dies soll aber nur dann der Fall sein, wenn die Preissenkung „mindestens drei Kalenderjahre gültig“ ist. Diese Einschränkung ist in der Praxis nicht umsetzbar. Die Gültigkeitsdauer von Preisabsenkungen kann nur im Nachhinein nach Ablauf der drei Jahre festgestellt werden. Im Zeitpunkt der Arzneimittelabgabe steht daher nicht fest, ob die Preisabsenkung den Abschlag im Sinne des Satzes 2 mindert. Eine nachträgliche Gewährung oder Korrektur der Abschlagszahlungen ist aber wegen des komplizierten Inkassovorganges nach drei Jahren faktisch nicht mehr möglich. Wir schlagen deshalb vor, den letzten Halbsatz des Satzes 2 zu streichen.
3. In Satz 1 ist unklar, ob sich die „Höhe des Betrags der Preiserhöhung“ auf die Differenz zwischen altem und neuem Herstellerabgabepreis oder auf die Differenz zwischen den daraus jeweils resultierenden Preiserhöhungen für die Krankenkassen, also die Differenz zwischen altem und neuem Apothekenabgabepreis beziehen. Dieser Punkt bedarf der Klarstellung.

zu Ziffer 7 Buchst. b. (§ 130a Abs. 8 SGB V)

Mit der Ergänzung des § 130a Abs. 8 SGB V soll die Möglichkeit geschaffen werden, Dritte am Abschluss von Rabattverträgen beteiligen oder mit dem Abschluss solcher Verträge beauftragen zu können. Wir halten diese Regelung nicht für sinnvoll.

Mit dem GMG wurde zum 1.1.2004 eine neue Handlungsoption zur Gestaltung der Arzneimittelversorgung geschaffen: besondere Rabattverträge zwischen einzelnen Herstellern und Kostenträgern. Es ist Aufgabe der Krankenkassen (oder ihrer Verbände), die in § 130a Absatz 8 SGB V vorgesehenen Verträge vorzubereiten, abzuschließen und umzusetzen.

Zunächst blieb diese neue vertragspolitische Option des GMG nahezu ungenutzt. Ursache war, dass rein bilaterale Rabattvereinbarungen zwischen Hersteller und Kostenträger weder den rezeptierenden Arzt noch den dispensierenden Apotheker oder den betroffenen Patienten im Fokus haben. Im Jahr 2005 gelang es erstmals, bilaterale Rabattvereinbarungen zwischen Herstellern und einer bedeutenden Krankenkasse nach § 130a Absatz 8 SGB V mit dreiseitigen Vertrag zwischen Hausärzten, Hausapotheken und Kostenträgern zu flankieren. Wir gehen davon aus, dass im Jahr 2006 weitere flankierende Verträge dieser Art, bei denen auch neue Varianten erprobt werden, abgeschlossen werden.

Wie der Gesetzesbegründung zu entnehmen ist, sollen insbesondere kleinere Krankenkassen durch die Hilfe professioneller Dritter Hersteller zu solchen Rabattverträgen bewegen. Doch nicht die Größe einer Krankenkasse ist entscheidend für das Zustandekommen eines Herstellerrabattvertrages, sondern ob er mit einem dreiseitigen Vertrag Hausarzt-Hausapotheke-Krankenkassenvertrag flankiert wird.

Forcierend bezüglich der Verträge nach § 130a SGB ist nicht die Hereinnahme fremder Dritter in die Vertragspolitik, sondern die explizite Beauftragung der Krankenkassen, mit den Ärzte- und Apothekerverbänden dreiseitige Verträge abzuschließen und so versorgungsseitig die Hersteller am Abschluss von Verträgen nach § 130a Absatz 8 SGB V materiell zu interessieren.

Wir schlagen deshalb vor, auf den ersten Satz der beabsichtigten Ergänzung des § 130a Abs. 8 SGB V zu verzichten. Auf den vorgesehenen Bericht sollte dagegen nicht verzichtet werden, um überprüfen zu können, ob die im Jahr 2005 begonnene Umsetzung der Rabattverträge durch weitere gesetzgeberische Maßnahmen flankiert werden muss.

zu Ziffer 8 (§ 131 Abs. 4 SGB V)

Die Ausdehnung der Datenübermittlungspflicht auf alle für die Abrechnung erforderlichen Daten einschließlich der Rabattbeträge wird von uns begrüßt, weil sie die korrekte Abrechnung zwischen Apotheken und Krankenkassen unterstützt. Wir weisen jedoch auch an dieser Stelle darauf hin, dass die Folgen fehlerhafter Meldungen zu Rabatten, die die Apotheken für die Krankenkassen bei den Herstellern einziehen, im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Hersteller zu klären sind. Dies sollte auch im Gesetz eindeutig geregelt werden (siehe oben zu § 130a Abs. 3a und zu § 130a Abs. 3b SGB V).

II. Zu Artikel 2 des Gesetzentwurfs (Änderung des Heilmittelwerbegesetzes)

Nach der beabsichtigten neuen Fassung des § 7 HWG wird die Gewährung von Rabatten für apothekenpflichtige Arzneimittel untersagt, falls Preisnachlässe ausserhalb der Preisvorschriften aufgrund des Arzneimittelgesetzes gewährt werden. Diese Bestimmung bedarf einer Klarstellung im Gesetzestext.

Rabatte sind als Teil der Preisbildung grundsätzlich ein übliches und ökonomisch sinnvolles Element im Handel. Generelle Rabattverbote sind daher abzulehnen. Rabattverbote sind vielmehr auf diejenigen Fälle zu beschränken, in denen sie zwingend erforderlich sind, um übergeordnete Rechtsgüter zu schützen. Vor diesem Hintergrund folgen wir der in der Begründung des Gesetzentwurfs dargelegten Intention, die Rabattgewährung zu unterbinden, wenn und soweit sie die Bestimmungen der Arzneimittelpreisverordnung unterläuft. Ein darüber hinausgehendes Rabattverbot wäre dagegen unangemessen. Deshalb ist eine Reglementierung der Rabattgewährung im Bereich der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel abzulehnen.

Entsprechend der im Umfeld des Gesetzgebungsverfahrens zu vernehmenden politischen Zielsetzung wird die Gesetzesänderung so interpretiert, dass die Preisnachlässe bei nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln erlaubt sind. Diese Interpretation wird darauf gestützt, dass diese Arzneimittel ausdrücklich vom Anwendungsbereich der Arzneimittelpreisverordnung ausgenommen sind und deshalb Preisnachlässe den Preisbildungsregeln der Arzneimittelpreisverordnung nicht widersprechen. Dies kommt aber im Gesetzeswortlaut nicht hinreichend deutlich zum Ausdruck.

Eine klare und eindeutige Regelung könnte wie folgt formuliert werden:

„Es ist unzulässig, Zuwendungen und sonstige Werbegaben (Waren oder Leistungen) anzubieten, anzukündigen oder zu gewähren oder als Angehöriger der Fachkreise anzunehmen, es sei denn, dass

1. ...
2. die Zuwendungen oder Werbegaben in
 - a) einem bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Geldbetrag gewährt werden und bei Zuwendungen in Zusammenhang mit der Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneimittel an Apotheken der Geldbetrag den Großhandelszuschlag nach der Arzneimittelpreisverordnung nicht überschreitet oder
 - b) einer bestimmten oder auf bestimmte Art zu berechnenden Menge gleicher Ware gewährt werden und es sich nicht um verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt;

dies gilt für apothekenpflichtige Arzneimittel nur, soweit die Zuwendungen oder Werbegaben zusätzlich zur Lieferung eines pharmazeutischen Unternehmers oder Großhändlers an die in § 47 des Arzneimittelgesetzes genannten Personen, Einrichtungen oder Behörden gewährt werden; ...“