

**Ausschuss für Gesundheit**  
**Wortprotokoll**  
119. Sitzung

**Berlin, den 06.05.2009, 12:00 Uhr**  
**Sitzungsort: Reichstag, CDU/CSU-Fraktionssaal 3 N001**

**Vorsitz: Dr. Martina Bunge, MdB**

**TAGESORDNUNG:**

**Öffentliche Anhörung zum**

**einzigem Tagesordnungspunkt**

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften

BT-Drucksache 16/12256, 16/12677

S. 7

**Anwesenheitsliste\*****Mitglieder des Ausschusses**

## Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

**CDU/CSU**

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

**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.

**FDP**

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

**DIE LINKE.**

Bunge, Martina, Dr.  
 Seifert, Ilja, Dr.  
 Spieth, Frank

**B90/GRUENE**

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

## Stellv. Mitglieder des Ausschusses

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

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

Ackermann, Jens  
 Kauch, Michael  
 Parr, Detlef

Ernst, Klaus  
 Höger, Inge  
 Knoche, Monika

Haßelmann, Britta  
 Koczy, Ute  
 Kurth, Markus

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

**Bundesregierung**

**Bundesrat**

**Fraktionen und Gruppen**

<b>Sprechregister Abgeordnete</b>	<b>Seite/n</b>	<b>Sprechregister Sachverständige</b>	<b>Seite/n</b>
Die <b>Vorsitzende</b> , Abg. <b>Dr. Martina Bunge</b> (DIE LINKE.)	7, 38	<b>SV Dr. Wolfgang Rehmann</b>	7
Abg. <b>Annette Widmann-Mauz</b> (CDU/CSU)	7, 34	<b>SV Dr. Thomas Trümper</b> (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. (PHAGRO))	9, 12
Abg. <b>Dr. Wolf Bauer</b> (CDU/CSU)	10, 31	<b>SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke</b> (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA))	9, 12
Abg. <b>Dr. Carola Reimann</b> (SPD)	12, 38	<b>SV Ulf Zumdick</b> (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI))	10
Abg. <b>Dr. Marlies Volkmer</b> (SPD)	14, 37	<b>SV Heinz-Günter Wolf</b> (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	10, 34
Abg. <b>Eike Hovermann</b> (SPD)	14	<b>SV Dr. Sebastian Schmitz</b> (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände)	11
Abg. <b>Dr. Margrit Spielmann</b> (SPD)	15	<b>SV Peter Eberwein</b> (Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker und Apothekerinnen e.V. (VZA))	11
Abg. <b>Daniel Bahr</b> (Münster) (FDP)	17, 20	<b>SV Dr. Stephan Schmitz</b> (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO))	11
Abg. <b>Dr. Konrad Schily</b> (FDP)	18	<b>SV Wolfgang Kaesbach</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	13, 26, 33
Abg. <b>Heinz Lanfermann</b> (FDP)	19	<b>SV Peter Schmidt</b> (Pro Generika e.V.)	13
Abg. <b>Frank Spieth</b> (DIE LINKE.)	22, 23, 24, 25	<b>SVe Dr. Sibylle Steiner</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	14
Abg. <b>Birgitt Bender</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	26, 27, 28, 29	<b>SVe Prof. Dr. Ursula Gundert-Remy</b> (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ))	14
Abg. <b>Dr. Harald Terpe</b> (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	29	<b>SVe Dr. Doris Pfeiffer</b> (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband))	14, 17, 21, 23, 34, 38
Abg. <b>Jens Spahn</b> (CDU/CSU)	30	<b>SV Dr. Michael Heinisch</b> (Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker und Apothekerinnen e.V. (VZA))	15
Abg. <b>Dr. Hans Georg Faust</b> (CDU/CSU)	33	<b>SV Klaus Meier</b> (Deutsche Gesellschaft für onkologische Pharmazie e.V. (DGOP))	15
Abg. <b>Peter Friedrich</b> (SPD)	34	<b>SV Franz Wagner</b> (Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK))	16
Abg. <b>Christian Kleiminger</b> (SPD)	35	<b>SV Dr. Gert Schomburg</b> (Bundesärztekammer (BÄK))	16, 29, 36
Abg. <b>Mechthild Rawert</b> (SPD)	36	<b>SV Gerd Dielmann</b> (ver.di - Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft e.V.)	16

		SV <b>Georg Baum</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	17, 32, 33
		SV <b>Dr. Joachim Patt</b> (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	18
		SVe <b>Barbara Wais</b> (Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V. (DAMiD))	18
		SVe <b>Andrea Schmitz</b> (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH))	19, 35
		SV <b>Dr. Uwe Peters</b> (Hufelandgesellschaft e.V. Dachverband der Ärztegesellschaften für Naturheilkunde und Komplementärmedizin)	19
		SV <b>Dr. Jürgen Fedderwitz</b> (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV))	19
		SV <b>Ulrich Weigeldt</b> (Deutscher Hausärzteverband e.V.)	21
		SV <b>Rechtsanwalt Peter Scholich</b> (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS))	21
		SV <b>Stefan Gräf</b> (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV))	22, 30, 37
		SV <b>Herbert Weisbrod-Frey</b> (Ver-einte Dienstleistungsgewerkschaft (ver.di))	22, 24
		SV <b>Prof. Dr. Hermann Plage-mann</b> (Deutscher Anwaltverein (DAV))	22
		SV <b>Dr. Timm Genett</b> (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV))	23
		SV <b>Knut Lambertin</b> (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB))	23, 25
		SV <b>Dr. Martin Danner</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBST-HILFE))	24, 25
		SVe <b>Susanne Mauersberg</b> (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv))	25, 35, 37
		SVe <b>Dr. Anne Dohle</b> (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH))	25
		SV <b>Prof. Dr. Jürgen Wasem</b>	26
		SV <b>Ulf Zumdick</b> (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI))	27
		SVe <b>Prof. Dr. Barbara Sickmüller</b> (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI))	27, 34, 36

		<b>SVe Dr. Christa Schaff</b> (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e.V. (BKJPP))	27
		<b>SVe Dr. Elisabeth Fix</b> (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW))	28, 29
		<b>SV Dr. Volker Hansen</b> (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA))	28
		<b>SVe Dr. Iris Juditzki</b> (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG))	29
		<b>SV Dr. Manfred Zipperer</b>	30
		<b>SV Dr. Rainer Daubenbüchel</b>	31
		<b>SVe Sabine Beckmann</b>	32
		<b>SV Holger Henning</b> (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) e.V.)	32
		<b>SVe Dr. Birgit Wehrauch</b> (Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V. (DHPV))	36
		<b>SV Peter Reschke</b>	37, 38

Sitzungsanfang: 12:00 Uhr

Die **Vorsitzende**, Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.): Liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie zur 119. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit. Ich darf ferner die Vertreter der Bundesregierung, insbesondere Herrn PStS Rolf Schwanitz, die Vertreter des Bundesrates sowie Sie als Sachverständige willkommen heißen. Auch die hier anwesenden Gäste möchte ich begrüßen. Unser einziger Tagesordnungspunkt ist die öffentliche Anhörung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften“ auf BT-Drucksachen 16/12256 und 16/12677. Zu diesem Gesetzentwurf liegen Änderungsanträge der Fraktionen der CDU/CSU und SPD auf Ausschussdrucksache 527 sowie Änderungsanträge der Fraktion DIE LINKE. auf Ausschussdrucksachen 523(1) bis 523(3) vor, die Ihnen zugeleitet wurden. Ich möchte Sie bitten, für Ihre Antworten die Mikrofone zu benutzen. Meine Kolleginnen und Kollegen im Ausschuss möchte ich bitten, die Verbände und Institutionen nicht mit der häufig verwendeten Abkürzung, sondern mit der vollständigen Bezeichnung anzusprechen. Die Sachverständigen möchte ich ersuchen, zu Beginn ihrer ersten Antwort ihren Namen zu nennen, sofern ich sie nicht schon namentlich aufgerufen habe. Alle Mobiltelefone sollten von jetzt an ausgeschaltet sein.

Abg. **Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Der erste Fragenkomplex betrifft den Bereich des Großhandelsbelieferungsanspruches. Der Gesetzentwurf sieht hier vor, den Versorgungsauftrag für den vollversorgenden pharmazeutischen Großhandel über einen Belieferungsanspruch sicherzustellen. Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Dr. Rehmann. Halten Sie diesen Belieferungsanspruch des vollversorgenden Großhandels für europarechts- und verfassungskonform? Wie beurteilen Sie die rechtliche Durchsetzbarkeit dieses Belieferungsanspruches und welche Rechtsfolgen hätte ein Verstoß dagegen? Welche Instrumentarien sehen Sie auf europäischer und nationaler Ebene im Kartellrecht, die bei einer Nichtbelieferung durch pharmazeutische Unternehmer vom Großhandel geltend gemacht werden können, und wel-

che Bedeutung hat der Belieferungsanspruch mit Blick auf diese kartellrechtlichen Instrumente? Meine weiteren Fragen richten sich an PHAGRO, VFA, BPI und die ABDA. Ferner würde mich interessieren, welche möglichen Folgen die Veränderungen für die flächendeckende Arzneimittelversorgung haben und wie Sie die Regelungen vor dem Hintergrund des Stichworts Exportabfluss beurteilen. Mich würde außerdem interessieren, wie Sie die Praktikabilität der Ermittlung des Bedarfs für den nationalen Markt anhand von Marktdaten des entsprechenden Vorjahresmonats einschätzen und welche alternativen Maßnahmen Sie vorschlagen würden, um zum Beispiel Problemen wie dem Exportabfluss zu begegnen bzw. um die Deckung des Bedarfs des nationalen Marktes zu gewährleisten.

**SV Dr. Wolfgang Rehmann:** Die Fragestellung ist sehr komplex. Erlauben Sie mir, dass ich zunächst mit dem gemeinschaftsrechtlichen Teil beginne, also mit der Frage, ob der Belieferungsanspruch des Großhandels, so wie er derzeit im Gesetzesentwurf normiert ist, mit dem Gemeinschaftsrecht vereinbar ist. Ausgangspunkt bei der Beantwortung dieser Frage ist Artikel 81 der Richtlinie 2001/83/EG, also des Gemeinschaftskodexes, um dessen Anwendung und Umsetzung es hier geht. Die Frage lautet somit konkret, ob die über die Umsetzung des reinen Wortlautes des Gemeinschaftskodexes hinausgehende Verpflichtung der pharmazeutischen Industrie zu einer angemessenen Bevorratung des vollversorgenden Großhandels gemeinschaftsrechtskonform ist. Hierbei müssen wir uns zunächst die Frage stellen, ob das Gemeinschaftsrecht in Form des Gemeinschaftskodexes eine abschließende Regelung enthält, die es dem deutschen Gesetzgeber verwehrt, eine darüber hinausgehende Regelung zu treffen. Das ist meines Erachtens klar zu verneinen. Es ergibt sich aus Artikel 81 Abs. 3 des Gemeinschaftskodexes selbst, dass die Durchführung der entsprechenden Bestimmung einer Ausformulierung bedarf, die der Gemeinschaftskodex nicht enthält und die das Gemeinschaftsrecht auch an anderer Stelle nicht vorsieht, so dass die nationalen Gesetzgeber ersichtlich aufgerufen sind, hier eine Regelung zu treffen. Des Weiteren ist zu prüfen, ob andere gemeinschaftsrechtliche Grundsätze durch die vorliegende Regelung verletzt wer-

den. Solche Regelungen, die zu beachten sind, nennt Artikel 81 Abs. 3 des Gemeinschaftskodexes, nämlich die Bestimmungen des EG-Vertrages, insbesondere über den freien Warenverkehr und den freien Wettbewerb. Diese Regelungen sehe ich hier nicht verletzt. Die Regelungen über den freien Warenverkehr innerhalb der Europäischen Union sind nicht betroffen, weder mittelbar noch unmittelbar. Durch die im Gesetzentwurf vorgesehenen Regelungen werden keine Beschränkungen dieses Handels bewirkt oder gar vorgesehen. Ebenso wenig sehe ich eine Beeinträchtigung des Wettbewerbs im Bereich der Europäischen Union oder in Deutschland. Hierbei darf man nicht übersehen, dass sich die Regelung natürlich durchaus auf den Wettbewerb auswirken wird, da sie einen Belieferungsanspruch vorsieht. Es ist allerdings dem Gemeinschaftsrecht nicht fremd – so wie wir es auch vom Verfassungsrecht her kennen –, dass die Freiheit des Wettbewerbs nur innerhalb bestimmter Grenzen geschützt ist, und dazu gehören insbesondere Regelungen, die dem Gemeinwohl dienen. Damit bin ich mit meinen gemeinschaftsrechtlichen Ausführungen am Ende. Ich komme nun zu der Frage, ob gegen die Regelungen verfassungsrechtliche Bedenken bestehen. Hierzu muss geprüft werden, in welches Grundrecht in welcher Form eingegriffen wird, insbesondere ob durch die vorliegende Regelung ein Kontrahierungszwang begründet wird, was als ein starker Eingriff in die Grundrechte aus Artikel 12 und 14 des Grundgesetzes zu werten wäre, oder ob wir nur eine allgemeine Belieferungspflicht sehen. In dem Gesetzentwurf selbst ist ein möglicher Anspruch des Großhandels auf Belieferung nicht explizit vorgesehen – dies wäre aber die Voraussetzung für das Vorliegen eines Kontrahierungszwanges. Diese Frage können wir also verneinen. Somit haben wir uns nun mit der Frage zu befassen, inwieweit die Freiheit der Berufsausübung beschränkt wird. Das ist hier zwar grundsätzlich der Fall, allerdings sind solche Beschränkungen aus vernünftigen Gründen des Gemeinwohles zulässig. Im Bereich sozialpolitischer Zielsetzungen hat der Gesetzgeber einen sehr breiten Handlungsspielraum. Die Gründe für die vorliegende Regelung werden im Begründungsteil des Gesetzentwurfs ausdrücklich genannt. Die Regelung dient der Sicherstellung einer angemessenen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Sie korrespondiert mit dem Versorgungsauftrag der Apotheken und mit der komplementären Ver-

pflichtung des Großhandels, die Apotheken entsprechend zu beliefern. Dies ist meines Erachtens zulässig. Wenn man sie allein vom Verfassungsrecht aus betrachtet, ist eine entsprechende Regelung sachlich gerechtfertigt. Wenn man die Regelung im vorliegenden Fall einer weiteren Prüfung unterzieht und fragt, ob sie auch angemessen ist, dann kommt man meines Erachtens grundsätzlich ebenso zu dem Schluss, sie als verfassungsrechtlich zulässig anzusehen. Denn sie ist erstens geeignet, zweitens sachlich erforderlich, sie besteht drittens im Rahmen der zu prüfenden Mittel-Zweck-Relation ohne Weiteres und sie ist viertens im vorliegenden Fall auch zumutbar. Wiederum muss man im Gedächtnis behalten, dass hier kein Kontrahierungszwang vorgesehen wird, sondern nur eine allgemeine Verpflichtung zur Belieferung des vollversorgenden Großhandels, sodass sich aus meiner Sicht verfassungsrechtliche Bedenken ebenfalls nicht ergeben. Ich komme nun zu dem weiteren Fragenkomplex, der sich mit der Durchführung der entsprechenden Regelung und der daran anknüpfenden Frage befasst, ob und wie der Belieferungsanspruch durchgesetzt werden kann. Das Arzneimittelrecht sieht hierzu selbst in der vorliegenden Fassung des Gesetzentwurfs keine Umsetzungsregelungen vor, insbesondere keine Strafbewehrungen oder Sonstiges, sodass sich arzneimittelrechtlich die Frage der Durchsetzung eines solchen Anspruches nicht stellt. Dies belegt wiederum, dass der Gesetzgeber hier, soweit es um die arzneimittelrechtliche Regelung geht, ein relativ mildes Mittel gewählt hat. Was die weitere Frage nach der Gestaltung der Umsetzung angeht, haben wir auf unsere allgemeinen wettbewerbsrechtlichen Regelungen zu verweisen und hierbei in Erinnerung zu rufen, dass die pharmazeutische Industrie, der pharmazeutische Großhandel und alle anderen Marktteilnehmer auch bisher schon unseren wettbewerbsrechtlichen und kartellrechtlichen Regelungen unterworfen sind, sodass die Umsetzung der entsprechenden Regelungen, also eines Belieferungsanspruches, nach meiner Auffassung auch unter kartellrechtlichen Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Wir haben hierzu die Vorschriften des § 20 GWB sowie des Artikels 82 EG-Vertrag zu Rate zu ziehen. Eine unmittelbare Durchsetzung eines Belieferungsanspruches besteht dabei im Rahmen einer marktbeherrschenden Stellung eines pharmazeutischen Unternehmens. Ich möchte mich an dieser Stelle nicht dazu äußern, wann und inwieweit von einer



solchen marktbeherrschenden Stellung auszugehen ist. Denn dies bedarf im Einzelfall einer äußerst komplexen Prüfung, die den Rahmen dieser Anhörung mit Sicherheit sprengen würde. Im Übrigen wird daraus deutlich, dass die Umsetzung des Gesetzes eine im Falle der Durchsetzung des Anspruches vorzunehmende Einzelfallprüfung erforderlich macht, die im Rahmen der Interessen- und Güterabwägung selbstverständlich auch die berechtigten Interessen der pharmazeutischen Industrie zu berücksichtigen hat, welche in diesem Zusammenhang durchaus als schützenswert anzusehen sind. Das heißt, wir bewegen uns hier bei der Umsetzung im Bereich des Kartellrechts. Das ist uns auch nicht fremd. Der Europäische Gerichtshof hat sich im letzten Jahr mit entsprechenden Fragen befasst. Die Frage, ob die vorliegende Gesetzesergänzung in diesem Zusammenhang zu einer Verbesserung führt, kann man bejahen, weil sie eine Abhängigkeit des pharmazeutischen Großhandels von einer kontinuierlichen Belieferung belegt. Es gibt hier im Kartellrecht der Europäischen Gemeinschaft den Begriff des obligatorischen Vertragspartners. Daher wird man das Problem am Ende kartellrechtlich lösen müssen.

**SV Dr. Thomas Trümper** (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. (PHAGRO)): Ich möchte auf die Frage nach den möglichen Folgen für die flächendeckende Versorgung eingehen. Erlauben Sie mir bitte, dass ich als Praktiker ein praktisches Beispiel heranziehe. Wir alle haben in den letzten Tagen viel über die Schweine-Grippe gelesen. Es war der pharmazeutische Großhandel, der es ermöglicht hat, dass die Apotheken innerhalb weniger Stunden mit Antigrippemitteln versorgt wurden. Das könnte eine Direktbelieferung, wie sie teilweise vorgesehen wird, nicht leisten. In solchen Fällen braucht man den pharmazeutischen Großhandel, um die Bevölkerung mit Arzneimitteln zu versorgen. Das ist zwar ein Sonderfall, aber man kann das Beispiel auf viele andere Fälle übertragen. Der pharmazeutische Großhandel kann in seiner Wirkungsweise nur dann weiter funktionieren, wenn die vorgesehene Mischkalkulation funktioniert. Aus diesem Grunde müssen nahezu alle Arzneimittel über den pharmazeutischen Großhandel ausgeliefert werden. Denn die Arzneimittelpreisverordnung impliziert eine Mischkalkulation, die es dem pharmazeutischen Großhandel ermöglichen soll, über alle

Produktgruppen hinweg seine Leistungen zu finanzieren. Ich gehe nun über zur Frage des Exportabflusses. Das ist ein Vorgang, den der pharmazeutische Großhandel kaum beeinflussen kann. Sie müssen berücksichtigen, dass wir in Deutschland auch den Apotheken die Verpflichtung auferlegen, sieben Prozent ihres Umsatzes bei den entsprechenden Arzneimittelgruppen mit Re- und Parallelimporten zu bewerkstelligen. Wenn wir selbst so etwas in unseren eigenen Gesetzen verankern, können wir kaum anderen Ländern die Möglichkeit versagen, entsprechende Arzneimittel zu exportieren. Aber das ist nicht in erster Linie eine Frage des pharmazeutischen Großhandels, sondern eine Frage der unterschiedlichen Preisgefüge, die die Industrie festlegt. Da können wir uns nicht einmischen. Es gibt heute bereits 300 Arzneimittel, die offiziell oder inoffiziell von der Industrie kontingentiert werden. Hierzu wurde die Frage gestellt, ob Marktdaten aus den Vorjahresmonaten ausreichen. Dieses Prinzip funktioniert heute, wenn man eine gewisse Spannbreite zulässt. Man muss aber berücksichtigen, dass die Monate unterschiedlich viele Arbeitstage haben können. Wenn ein Monat einen Arbeitstag mehr als im Vorjahr hat, dann erhöht sich dadurch der Umsatz um fünf Prozent. Wenn man also mit entsprechenden Spannen rechnet, und das tut man heute – denn es können auch Verschiebungen im Bedarf stattfinden, z. B. durch Grippewellen o. ä. –, dann kann man darauf reagieren. Dies funktioniert heute und wird auch in Zukunft funktionieren. Die Versorgung des nationalen Marktes ist heute gewährleistet. Daher sehen wir bei den neuen Vorhaben kein Hindernis, das die Versorgung des nationalen Marktes beeinträchtigen könnte.

**SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke** (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA)): Der VFA befürwortet in vollem Umfang den Versorgungsauftrag des pharmazeutischen Großhandels. Dieser hat eine sehr wichtige Funktion für die Arzneimittelversorgung in Deutschland, die er gut bewältigt. Wir wenden uns aber mit Nachdruck gegen einen Belieferungsanspruch, erst recht gegen einen unbeschränkten Belieferungsanspruch des Großhandels. Hierfür sind im Wesentlichen zwei Gründe maßgebend: Zum einen gibt es Arzneimittel, die sich nicht für eine Lieferung über den Großhandel eignen. Für manche Arzneimittel gelten Auflagen der IMEA, welche zu

einer kontrollierten Distribution verpflichten, die nur im Direktvertrieb zu praktizieren ist. Zum anderen gibt es beispielsweise radioaktive Arzneimittel, die ebenfalls sinnvoller Weise direkt vom Hersteller an die Apotheke geliefert werden. Das ist die eine Einschränkung. Die zweite Einschränkung bezieht sich auf den drohenden Warenabfluss in Richtung USA. Dort konkretisieren sich Pläne, die Schranken des amerikanischen Marktes für Exporte aus der EU zu öffnen. Wir sehen hier die große Gefahr, dass Waren aus Deutschland in die USA abfließen. Die Belieferung und Versorgung des deutschen Marktes, sei es über den Großhandel, sei es über das Direktgeschäft, funktioniert bisher sehr gut. Die Versorgungslage könnte sich jedoch verschlechtern, wenn dieser unbeschränkte, unbedingte Belieferungsanspruch eingeführt würde und die Ware unkontrolliert in Richtung Übersee abfließen könnte. Nun wurden wir gefragt, wie man dieses Problem lösen könnte, ohne grundsätzlich auf den Belieferungsanspruch zu verzichten. Eine Notlösung würde darin bestehen, sich am Monatsbedarf als Messzahl – versehen mit einem entsprechenden Kontrollmechanismus – zu orientieren. Allerdings läge hier aus unserer Sicht die Betonung auf Not, nicht auf Lösung. Die Probleme des pharmazeutischen Großhandels – auf der einen Seite Distribution niedrigpreislicher Arzneimittel, auf der anderen Seite Direktvertrieb hochpreislicher Arzneimittel – sehen wir natürlich auch. Diese Probleme sollten korrekter Weise durch eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung, aber nicht durch einen unbeschränkten Belieferungsanspruch gelöst werden. Das wäre systemgerecht.

**SV Ulf Zumdick** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Zunächst möchte ich betonen, dass der Arzneimittelgroßhandel ein wichtiger Partner für die pharmazeutischen Unternehmer ist. Wir halten es jedoch für verfrüht, die Vertriebsstrukturen jetzt so regeln zu wollen, wie dies in der 15. AMG-Novelle vorgesehen ist. Ich verweise insbesondere auf den 19. Mai, für den wir das Urteil des EuGH zum Fremd- und Mehrbesitzverbot erwarten. Zur Begründung des besonderen öffentlichen Interesses – nämlich der Sicherung der Versorgungsstrukturen –, das der Gesetzgeber im § 52b anführt, ist folgendes zu sagen: Wir sehen kein Versorgungsproblem, denn die Versorgungsstrukturen in Deutschland funktionieren reibungslos. Ferner kann ich

mich dem Vorredner vom VFA dahingehend anschließen, dass auch wir bei einer Anerkennung von Generika durch die neue amerikanische Regierung das Problem eines verstärkten Exportabflusses aufgrund des Großhandelsbelieferungsanspruchs befürchten. Wir regen hier eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung an. Das Mittel des Großhandelsbelieferungsanspruchs sehen wir als nicht notwendig an.

**SV Heinz-Günter Wolf** (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Ich kann es ganz kurz machen. Für uns sind zwei wirtschaftliche Aspekte zu berücksichtigen. Erstens zu der Frage des Parallelhandels: Wir können uns naturgemäß nur über das äußern, was in den Apotheken stattfindet. Ich bin selbst niedergelassener Apotheker und habe in der Vergangenheit feststellen müssen, dass es ab und zu Aufkaufangebote von Arzneimitteln in den Apotheken gegeben hat. Aber in der letzten Zeit habe ich das nicht mehr feststellen können. Es scheint nicht mehr stattzufinden. Zweitens legen wir größten Wert auf eine schnelle Verfügbarkeit von Arzneimitteln. Es liegt in unserem Interesse, die Bevölkerung schnell versorgen zu können und z. B. bei den Grippemitteln voll sortiert zu sein. Über den pharmazeutischen Großhandel ist die Verfügbarkeit innerhalb eines halben Tages sichergestellt. Zudem gibt es Kostenprobleme, wenn Arzneimittel über Einzellieferungen mit Einzelrechnungen und nicht mehr über den pharmazeutischen Großhandel geliefert werden. Dies verursacht manchmal einen Arbeitsaufwand von mehreren Stunden, ohne dass ein Nutzen für die Apotheke erkennbar ist. Drittens legen wir größten Wert darauf, eine vielfältige Großhandelslandschaft im mittelständischen Besitz zu erhalten.

**Abg. Dr. Wolf Bauer** (CDU/CSU): Ich möchte ein anderes Thema anschneiden, und zwar die parenteralen Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln. Mir geht es darum, etwas über die Wettbewerbsbedingungen sowie über die qualitativen und die wirtschaftlichen Aspekte zu erfahren. Dazu richte ich eine Frage an die ABDA, den Verband der klinik- und heimversorgenden Apotheker, den Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker und an die niedergelassenen Onkologen. Wie sieht es mit den Wettbewerbsbedingungen für die verschiede-

nen Lieferanten aus und wie können diese Wettbewerbsbedingung zum Wohle der Patienten verbessert werden?

**SV Dr. Sebastian Schmitz** (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Bei der Frage nach der Gleichheit der Wettbewerbsbedingungen geht es nicht nur um die isolierte Regelung zur Preisfreigabe bei den Einkaufskonditionen, sondern insbesondere auch um die Rahmenbedingungen. Man kann dies nur im Gesamtzusammenhang bewerten. Auch aus unserer Sicht ist es ein vorrangiges Ziel, dafür zu sorgen, dass Krankenhausapotheken und öffentliche Apotheken den gleichen Wettbewerbsbedingungen unterliegen. Dafür ist die Preisfreigabe für die Fertigarzneimittel, die in Rezepturen angewendet werden, durchaus ein geeignetes Mittel, zumindest wenn die übrigen Rahmenbedingungen stimmen. Wir denken allerdings, dass diese Preisfreigabe weiterer Instrumente bedarf; nötig sind insbesondere Absprachen über die Preise, die dann anschließend gelten sollen. Wir schlagen daher vor, die heute bestehende Vertragskompetenz des Deutschen Apothekerverbandes und des GKV-Spitzenverbandes auch für diesen Bereich weiter zu nutzen. Wenn man dies nicht tun würde, hätte dies aus unserer Sicht negative Auswirkungen auf die Versorgung und deren Qualität. Die bloße Preisfreigabe ohne ausgleichende Instrumente würde zumindest mittelfristig dazu führen, dass sich die Herstellung in einigen wenigen Herstellungsbetrieben konzentriert. Wir hätten also keine patientennahe Versorgung mehr, sondern eine über eine Bundesrepublik hinausgreifende Versandversorgung. Wir halten aber gerade im Bereich der Zytostatikarezepturen die patientennahe Versorgung für besonders wichtig. Wir haben hier ein hohes Engagement der spezialisierten zytostatikaherstellenden Apotheken, die in ganz enger Abstimmung mit dem Arzt die Versorgung des Patienten mit diesen Verordnungen vornehmen. Hier findet eine vielfältige Beratung zwischen Apotheken und Arzt statt, und diese kann nur vor Ort erfolgen. Ferner ergibt sich – natürlich je nach Gesundheitszustand des Patienten – oft die Notwendigkeit einer sehr kurzfristigen Anpassung der Rezepturen und der herzustellenden Arzneimittel. Daher muss auch die entsprechende Belieferung innerhalb sehr kurzer Zeiträume erfolgen. Dies alles funktioniert allerdings nicht mehr, wenn die Belieferung nur über einige zentrale

Betriebe erfolgt. Man muss hier ein besonderes Augenmerk auf die flächendeckende Versorgung richten. Dafür brauchen wir die Vertragskompetenz und die Preisverhandlungskompetenz der entsprechenden Verbände.

**SV Peter Eberwein** (Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker und Apothekerinnen e.V. (VZA)): Ich kann mich im Wesentlichen dem, was Herr Dr. Schmitz gerade gesagt hat, anschließen. Wir haben heute das Problem, dass Krankenhausapotheken und Herstellerbetriebe – anders als die öffentlichen Apotheken – völlig losgelöst von der Arzneimittelpreisverordnung Einkaufsvorteile generieren können, die uns vorenthalten sind. Wir begrüßen deswegen die Absicht, die Arzneimittelpreisverordnung für diesen Bereich auszuschalten. Aber das ist eben nur ein erster Schritt. Es muss dann wirklich weiter gehen, das heißt, wir müssen in die Lage versetzt werden, mit den Kostenträgern die Preise zu vereinbaren. Damit würde eine ganze Reihe weiterer Vorhaben, die mit diesem Gesetz verfolgt werden, überflüssig. Wir bräuchten uns beispielsweise keine Gedanken darüber zu machen, wie der Herstellerrabatt generiert wird, der in vielen Bereichen zu großen Begehrlichkeiten seitens der Kostenträger geführt hat. Man könnte das alles auf dem Verhandlungswege lösen, und das wäre sicherlich die einfachste Möglichkeit. Zur Frage der Qualität muss ich sagen, dass die niedergelassenen Apotheken teilweise auf einem höheren Standard als einige Krankenhausapotheken arbeiten. Das kann ich auch beweisen. Die unmittelbare Nähe zu den Onkologen versetzt uns in die Lage, die Patienten zu beraten. Wir sehen die Patienten in der Regel, können deren Zustand beurteilen und dem Onkologen auch einmal raten, möglicherweise noch etwas für die Ernährung des Patienten zu tun. Es muss nicht sein, dass in der Onkologie ungefähr 20 Prozent der Patienten nicht an der Krankheit sterben, sondern verhungern. Im Übrigen bin ich wie die ABDA der Meinung, dass die niedergelassenen Apotheken, die Krankenhausapotheken und die Herstellerbetriebe den gleichen Wettbewerbsbedingungen unterliegen sollten.

**SV Dr. Stephan Schmitz** (Berufsverband der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e.V. (BNHO)): Ich möchte zu zwei Fragen kurz Stellung nehmen. Die ers-

te betrifft die Qualität der Versorgung mit Zytostatika. Aus Sicht der Niedergelassenen Onkologen ist auch in Zukunft sicherzustellen, dass diese Versorgung vier Voraussetzungen erfüllt: Sie muss flexibel und sicher sein, das ist ganz klar, sie muss aber auch zeitnah und deswegen ortsnah erfolgen. Ein kurzes Beispiel: Tatsächlich werden heute immer mehr Zytostatika stand-by bestellt. Das heißt, die Apotheke wird abends informiert, dass am nächsten Tag ein Zytostatikakaplan zu machen ist. Dann kommt der Patient morgens in die Praxis. Dort wird ein Blutbild gemacht, der Patient wird natürlich auch klinisch untersucht, und dann erst wird die Zytostatikazubereitung freigegeben. In einem solchen Fall sind wir natürlich darauf angewiesen, dass die Belieferung mit den zubereiteten Zytostatika zeitnah erfolgt. Das dürfen nur 30, maximal 60 Minuten sein. Das sind die Bedingungen, die von einer modernen ambulanten Onkologie erfüllt werden müssen. Der zweite Punkt ist für uns fast noch wichtiger, nämlich die Wettbewerbsverzerrung, die durch den gespaltenen Arzneimittelmarkt im Vergleich zu den Krankenhausapotheken und den öffentlichen Apotheken entstanden ist. Wir beklagen seit Jahren, dass ein Wettbewerb bei der Qualität der Versorgung nicht möglich ist. Da Rabatte und Einkaufsvorteile im Krankenhaus verbleiben, werden hier bis zu siebenstelligen Beträge pro Jahr als Gewinne angehäuft. Dadurch werden die Ambulanzen der Krankenhäuser quersubventioniert. Durch den § 116 werden viele Fehlanreize gesetzt. Es gibt Krankenhäuser, die gar keine onkologische Ambulanz bräuchten, diese aber aus Gründen der Windfall Profits des Zytostatikahandels einrichten. Wir begrüßen daher die vorgesehenen Regelungen im § 129 SGB V, weil sie aus unserer Sicht ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung sind, um endlich Wettbewerbsgleichheit im spezialisierten fachärztlichen ambulanten Sektor, insbesondere in der Onkologie, zu erreichen.

**Abg. Dr. Carola Reimann (SPD):** Ich möchte eine Frage an den PHAGRO, den VFA, den GKV-Spitzenverband und Pro Generika richten. Es geht dabei um die Großhandelsspanne. Der PHAGRO hat vorgeschlagen, einen fixen Zuschlag mit einem prozentualen Zuschlag zu kombinieren. Wie hoch müsste dieser Zuschlag Ihrer Einschätzung nach sein? Ich bitte Sie darum auszuführen, ob es ein Festbetrag oder auch ein Höchstzuschlag sein sollte, wie das

Verhältnis von Fixzuschlag und prozentualen Zuschlag ausgestaltet werden müsste und ob es eine Kappungsgrenze geben sollte?

**SV Dr. Thomas Trümper (Bundesverband des pharmazeutischen Großhandels e.V. (PHAGRO)):** Heute haben wir eine degressive Spanne in der Arzneimittelpreisverordnung, die auf einer Mischkalkulation eines Produktspektrums aus dem Jahre 2003 beruht. Der Markt hat sich seitdem gravierend verändert. Wir haben viel mehr Packungen im niedrigpreisigen Bereich. Wir müssen Packungen ausliefern, die einen so niedrigen Preis haben, dass wir dafür keine Spanne mehr bekommen und sie aus hochpreisigen Bereichen subventionieren müssen. Diese Bereiche verlieren wir durch den zunehmenden Direktvertrieb teurer Arzneimittel. Unser Vorschlag lautet, dieser Veränderung des Produktspektrums mittels einer neuen Arzneimittelpreisverordnung Rechnung zu tragen. Die Fixkosten, die bei einer Auslieferung anfallen und die jeder zu tragen hat – der Großhandel wie auch jeder andere – sollten in einen Fixbetrag umgewandelt werden, der nicht rabattfähig ist. Der rabattfähige variable Teil ergibt sich daraus, dass die Kassen im Rahmen einer neuen Arzneimittelpreisverordnung nicht mehr belastet werden sollen. Die Spanne in Höhe von 6,35 Prozent, die dem Großhandel durch das GMG von 2004 einmal zugestanden worden ist, sollte erreicht werden. Nach dem Vorschlag des Bundesverbandes PHAGRO sollte die Aufteilung im Verhältnis 50 zu 50 erfolgen. Der Betrag ergab sich aus der Ermittlung der Fixkosten. Aktuell liegt er bei 93 Cent. Wenn man ihn auf alle Packungen umrechnet und auf die 6,35 Prozent kommen will, dann ergibt sich ein variabler Betrag von 3 Prozent, der rabattfähig ist. Wir als Händler legen großen Wert darauf, dass man noch einen weiteren Teil für den Wettbewerb hat. Herr Wolf von der ABDA hat vorhin erklärt, dass der Wettbewerb unter den Großhändlern auch im mittelständischen Bereich erhalten bleiben soll. Das kann man aber nicht erreichen, wenn man nur einen Fixbetrag für die Margen ansetzt.

**SV Dr. Ulrich Vorderwülbecke (Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V. (VFA)):** Aus meiner Sicht gibt es nicht den einen richtigen Betrag für eine Großhandelsmarge. Es spielen hier sehr viele Aspekte hinein.

Daher kann man nicht sagen, es müsse ein Fixzuschlag von so und soviel Cent sein und die prozentuale Marge ist Y Prozent. Grundsätzlich habe ich mehr Sympathie für einen festen Logistikzuschlag, weil er transparent und klar ist. Der prozentuale Aufschlag umfasst anderes, was für mich nicht so ganz durchschaubar ist. Wenn man im Extremfall dazu übergehen würde, nur mit einem Festzuschlag zu arbeiten und auf den prozentualen Zuschlag ganz zu verzichten, hätte man auch das Problem der Kappungsgrenze gelöst. Je nach Bemessung des fixen Zuschlags besteht immer noch ein Spielraum für den Großhandel, im Wettbewerb einen Teil seiner Marge an Apotheken weiterzugeben.

**SV Wolfgang Kaesbach** (Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)): Der Großhandel hat die Schwierigkeiten bei der Lieferung von niedrigpreisigen Arzneimitteln, die kostenlos distribuiert werden müssen, bzw. von hochpreisigen, die wegen des Direktgeschäfts der pharmazeutischen Industrie nicht mehr versandt werden, dargestellt. Wir unterstützen den Vorschlag einer Umstellung der Preisvorschriften nachdrücklich. Die Frage ist, ob die Umstellung so, wie sie der PHAGRO-Verband vorgeschlagen hat, also mit einem prozentualen Anteil von 3 Prozent und einem Fixanteil von 93 Cent pro Packung, angemessen erscheint. Die Großhandelsmarge, so haben wir gerade von Herrn Dr. Trümper gehört, beträgt etwa 6,35 Prozent. Aussagen einzelner, auch im PHAGRO organisierter Großhändler zeigen, dass davon nach wie vor etwa 2,5 Prozentpunkte an Rabatten weitergegeben werden. Das entspricht etwa 40 Prozent der Handelsmarge. Wenn man das in Euro umrechnet, kommt man auf etwa 500 Mio. Euro Rabattvolumen. Daher stellt sich die Frage, ob dieser Vergütungsvorschlag angemessen ist. Weiterhin stellt sich die Frage, welchen Anteil man von den zur Disposition stehenden 500 Mio. Euro der GKV zu Gute kommen lassen will, wenn man im Handel noch Rabatte erhalten will. Insofern kann man dann den prozentualen Anteil bzw. den Fixanteil entsprechend dem gewünschten Volumen variieren. Zunächst noch einmal: Wenn wir den Vorschlag des Großhandels mit den bisherigen GAmSi-Daten, also den Verwaltungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung, nachrechnen, dann kommen wir zu einem Ergebnis, nämlich 3 Prozent und 91 Cent,

das nahezu deckungsgleich mit den vorgeschlagenen drei Prozent und 93 Cent ist. Das ist aber, wie gesagt, für uns zu hoch. Vor allem halten wir den Vergütungsanteil von etwa 43 Prozent auf den prozentualen Anteil und von etwa 56 Prozent auf den Fixzuschlag für unangemessen. Deshalb müsste man bei einem prozentualen Anteil auf jeden Fall eine Kappungsgrenze einführen. In diesem Zusammenhang möchten wir auch anmerken, dass es für den dreiprozentigen Anteil bei der Apothekervergütung nach derzeitigem Recht keine Kappungsgrenze gibt und dass insofern auch in diesem Bereich eine Kappung einzuführen wäre. Wir machen weiterhin darauf aufmerksam, dass die Änderung der Preisvorschriften für den Großhandel zu Veränderungen im SGB hinsichtlich der Regelungen zu Festbeträgen, Zuzahlungsfreistellungen und dem Herstellerabschlag nach § 130a Abs. 3b SGB V führt. Nach unserer Auffassung darf die Auslieferung einer Packung über den pharmazeutischen Großhandel nicht mehr als eine Briefmarke kosten.

**SV Peter Schmidt** (Pro Generika e.V.): Wir sind grundsätzlich gegen die vorgesehene Änderung des Großhandelszuschlags, und zwar aus Gründen, die wir in unseren Stellungnahmen im Einzelnen ausgeführt haben. Herr Kaesbach und Herr Vorderwülbecke haben hier ganz wesentliche Argumente vorgetragen, die ich nur in einigen Punkten ergänzen möchte. Die zentrale politische Entscheidung bei der Frage der Aufnahme eines variablen Zuschlags in das sogenannte Kombinationsmodell betrifft meines Erachtens die Festlegung, ob der Großhandel weiterhin die entsprechenden Rabattvolumina an die Apotheke weitergeben darf. Dass diese Rabattvolumina, nach allem was wir wissen, für die eine oder andere Apotheke fast existenzielle Bedeutung haben, will ich hier nicht ungesagt lassen. Entscheidend ist aber, ob diese Regelung letztlich von den Kostenträgern, insbesondere von der GKV, im bisherigen Umfang finanziert werden soll oder nicht. Nach unseren Erkenntnissen liegt das Rabattvolumen bei etwa 450 bis 500 Mio. Euro. Wenn Sie sich dazu entschließen sollten, einen Fixzuschlag beizubehalten, dann wäre aus unserer Sicht eine Kappungsgrenze unerlässlich, und zwar hauptsächlich deshalb, weil der Anteil der teuren bis extrem teuren biologischen Arzneimittel in den nächsten Jahren sehr stark zunehmen wird. Nach allen mir bekann-

ten Prognosen wird er sich bis zum Jahr 2012 in etwa verdoppeln. Bei dieser Marktverschiebung machen sich die drei Prozent natürlich als enormer Ausgabenbeschleuniger bemerkbar. Eine Kappungsgrenze wäre dann aus unserer Sicht unentbehrlich.

**Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD):** Meine Fragen betreffen die Ausnahmen von der Zulassungspflicht und richten sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und den GKV-Spitzenverband. In der Neuregelung zu § 21 Abs. 2 Nummer 1b werden die von Apotheken in Auftrag gegebenen Rezepturen für einzelne Patienten, die von Herstellerbetrieben hergestellt werden dürfen, eingeschränkt. Dadurch wird eine Auftragsherstellung verschiedener patientenindividueller Rezepturarmittel, z. B. Antibiotika zur Behandlung von Mukoviszidose oder Virostatika, begrenzt. Resultieren daraus nach Ihrer Auffassung Versorgungsengpässe? Welche Auswirkungen hätte die Neuregelung auf die Kosten einer Therapie mit Avastin bzw. Lucentis zur Behandlung der altersbedingten feuchten Makuladegeneration und bestanden bei der bisherigen Regelung Sicherheitsbedenken?

**SVe Dr. Sibylle Steiner (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Aus unserer Sicht ist diese Regelung im Vergleich zur Vorgängerregelung zu eng gefasst. Für uns sind auch die Gründe für die Auswahl der zugelassenen Indikationen, nämlich der patientenindividuellen Zytostatikazubereitungen und parenteralen Ernährungslösungen, nicht nachvollziehbar. Wir sehen ebenso einen Versorgungsbedarf mit patientenindividuellen Rezepturarmitteln insbesondere bei der Verordnung oder der Behandlung mit sogenannten Spezialpräparaten. Was das Risiko der Folgekosten einer solchen Regelung in Bezug auf die Behandlung der feuchten Makuladegeneration angeht, kann ich zwar keine konkreten Summen nennen, es besteht aber auf jeden Fall die Gefahr, dass solche Kosten entstehen. Zur Frage eventueller Sicherheitsbedenken kann ich sagen, dass die Herstellerbetriebe mit einem hohem Sicherheitsstandard arbeiten sollten.

**SVe Prof. Dr. Ursula Gundert-Remy (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzte-**

**schaft (AkdÄ)):** Ich kann mich im Wesentlichen den Äußerungen von Frau Dr. Steiner anschließen. In der Tat ist diese Regelung enger gefasst als vorher. Es erschließt sich jedoch nicht, vor welchem Hintergrund dies geschieht. Sicherheitsbedenken können eigentlich nicht geltend gemacht werden. Wir haben jedenfalls diesbezüglich keine Erfahrungen. Es ist in der Tat so, dass damit das therapeutische Spektrum für einzelne Patienten stark eingengt wird. Es ist zwar nur dieses eine Beispiel angeführt worden, das auch in unserer Stellungnahme genannt wird – nämlich die Behandlung der Makuladegeneration –, es gibt aber auch andere Erkrankungen, die Einzelrezepturen erforderlich machen würden. Die derzeitige Regelung ist insofern sehr eng gefasst und würde dies nicht ermöglichen. Insofern würden wir es begrüßen, wenn dies so nicht mehr im Gesetz stehen würde.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer (GKV-Spitzenverband):** Wir haben in unserer Stellungnahme bereits darauf hingewiesen, dass wir eine Novellierung für nicht erforderlich halten. Allerdings sollte noch sehr genau geprüft werden, welche Wirkungen diese hat, insbesondere im Hinblick auf die Medikamente Lucentis bzw. Avastin. Es besteht zumindest die Befürchtung, dass die Auseizelung von Lucentis durch Auftragshersteller nicht mehr möglich sein könnte, und dies hätte erhebliche Konsequenzen für die Kosten. Allerdings liegt hier das eigentliche Problem nicht im AMG, sondern in der Preisfestsetzung durch die Pharmaindustrie, die in diesem Punkt jegliche soziale Verantwortung vermissen lässt. Ich denke, hier sollte der Gesetzgeber tätig werden. Darüber hinaus kann auch für Mukoviszidose- und HIV-Patienten mit speziellen Rezepturen eine Gefahr entstehen. Es muss auf jeden Fall sichergestellt sein, dass es hier nicht zu Versorgungsengpässen kommt. Deswegen bitten wir den Gesetzgeber darum, sehr genau zu beobachten, welche Wirkungen hier entstehen.

**Abg. Eike Hovermann (SPD):** In jeder medizinischen oder gesundheitspolitischen Debatte stellt sich die Frage, welche Ziele erreicht werden sollen und ob die dafür vorgesehenen Instrumente sinnvoll sind. Ich frage den VZA und die DGOP, ob sie das Ziel des Erhalts der Vielfalt der onkologischen Versorgung und das

Ziel der Pharmazentralnummer für kompatibel halten. Die ABDA hat sich bekanntlich gegen einen gespaltenen Arzneimittelmarkt ausgesprochen.

**SV Dr. Michael Heinisch** (Verband der zytostatikaherstellenden Apotheker und Apothekerinnen e.V. (VZA)): Es wurde gefordert, dass wir die Pharmazentralnummern für die in unseren Rezepturen eingesetzten Fertigarzneimittel auf dem Rezept auftragen. Das klingt zwar sinnvoll, hat in der Praxis allerdings eine Vielzahl von Folgen, die nicht ohne weiteres zu sehen sind. Es wurde behauptet, es ginge nur um marginale, technisch leicht umsetzbare Änderungen. In Wirklichkeit führt dies aber zu einer kompletten Änderung der Datenstruktur und der Abrechnungsgrundlage. Beispielsweise werden derzeit für jedes Fertigarzneimittel mit einer bestimmten Pharmazentralnummer ein Herstellerabgabepreis und ein fester Betrag des Herstellerrabattes hinterlegt. Wenn die Arzneimittelpreisverordnung wegfällt und der einheitliche Herstellerabgabepreis untergeht, verliert dieser Herstellerrabatt seinen Sinn und hängt in der Luft. Wenn man diesen Herstellerabatt, basierend auf einem variablen Preis und gegebenenfalls als Teilmenge eines einzelnen Artikels, nun völlig neu definieren müsste, würde dies eine völlige Neustrukturierung sehr vieler Abrechnungsgrundlagen nach sich ziehen. Dies hätte zudem Auswirkungen auf die Softwareumsetzung, und zwar für die Krankenkassen, die Rechenzentren und auch für uns in den Apotheken, was die Warenwirtschaft und die Spezialsoftware in der Herstellung angeht. Die Firmen, die diese Spezialsoftware programmieren, haben zwischen 10 und 80 Kunden. Man müsste sich wirklich überlegen, ob dieser Aufwand für unsere 300 Apotheken gerechtfertigt ist. Der Gesetzentwurf sieht vor, dass in bestimmten Fällen auf eine Datenübertragung verzichtet werden kann, wenn entweder zu viele Fertigarzneimittel enthalten sind oder Aufwand und Kosten außer Verhältnis stehen. Das legt aus unserer Sicht den Keim für Streitigkeiten aller Art. Deswegen haben wir alternative Methoden ausgearbeitet, um diesen Herstellerrabatt zu heben, und zwar ohne eine PZN-Auftragung. Denn diese würde in unserer Praxis wirklich ein Chaos verursachen.

**SV Klaus Meier** (Deutsche Gesellschaft für onkologische Pharmazie e.V. (DGOP)): Viel-

leicht sollte man erläutern, was es mit der PZN auf sich hat. Es handelt sich um eine Nummer, die auf einer Arzneimittelpackung aufgedruckt ist und das Medikament sowie die Firma identifiziert. Ich möchte unsere Auffassung zu der in diesem Zusammenhang geführten Rabattdiskussion an einem Beispiel erläutern. Wenn Sie in eine öffentliche Apotheke gehen und dort ein bestimmtes Medikament verlangen, das von einer bestimmten Firma für einen bestimmten Vertragspartner generiert wird – Ramipril wird beispielsweise von etwa 20 Firmen für mindestens 20 verschiedene Krankenkassen angeboten –, dann wird es Ihnen, wenn vorhanden, ausgehändigt. Stellen Sie sich nun demgegenüber sechs Patienten mit sechs unterschiedlichen Krankenkassen vor, die zur selben Zeit zur Krebsnachbehandlung in die Ambulanz unserer Klinik gekommen sind, und dort vier verschiedene Medikamente verabreicht bekommen. Sie können sich ausmalen, wie das in der Sterilabteilung dann aussehen wird, denn wir haben darüber einen Film gedreht, der Ihnen zugesandt wurde. Kurz gesagt, es ist völlig falsch, so zu verfahren. Sie haben sich im § 129 (Vertragsgestaltung) ein Instrument geschaffen, das alles andere möglich macht. Warum wollen Sie dieses Problem in den sterilen Bereich sowohl der Apotheken in Krankenhäusern als auch der öffentlichen Apotheken hineinverlagern, einen Bereich, der hoch gefährlich für die Mitarbeiter ist und der deshalb entsprechende Sicherheitsbedingungen erforderlich macht und darüber hinaus Anforderungen zu erfüllen hat, die gewährleisten, dass der Patient mit einer hochwertigen Ware versorgt wird? Dies ist für uns inakzeptabel, und ich bitte Sie wirklich dringend: Ersparen Sie uns diesen Unsinn!

**Abg. Dr. Margrit Spielmann** (SPD): Ich möchte den Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband, die Bundesärztekammer, die Gewerkschaft ver.di und die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu einem anderen Thema befragen. Wir wissen, dass die Ausbildung einer ausreichenden Anzahl qualifizierter Krankenpflegekräfte in Deutschland – wir planen 17.000 zusätzliche Pflegekräfte in Krankenhäusern in den kommenden Jahren – aus Gründen der Demographie und der Qualität der Pflege und Betreuung wichtig ist. Halten Sie vor diesem Hintergrund die geplante generelle Öffnung der Krankenhauspflgeausbildung für Bewerber mit Hauptschulabschlüs-

sen für sinnvoll? Mit welcher Zunahme an Krankenpflegekräften rechnen Sie nach einer solchen Öffnung?

**SV Franz Wagner** (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe Bundesverband e.V. (DBfK)): Der DBfK hält diese Regelung im Hinblick auf die Vorbereitung auf die zukünftige ausreichende personelle Ausstattung mit Pflegefachkräften für nicht geeignet. Wir glauben, dass eine solche Regelung einen Beitrag zur Deprofessionalisierung der Pflegeberufe leisten würde und dem zukünftigen Qualifizierungs- und Kompetenzbedarf diametral entgegengesetzt wäre. Die Pflege kranker, alter, pflegebedürftiger oder behinderter Menschen jeder Altersstufe erfordert eine hohe Kompetenz. Pflegefachkräfte erkennen den Versorgungs- bzw. Betreuungsbedarf bei Menschen in schwierigen Lebenssituationen. Das sind häufig existenzielle Lebenssituationen, daher brauchen die Pflegekräfte ein entsprechendes Kompetenzprofil, das über die Ausbildung geschaffen wird. Die gesetzlichen Anforderungen an alle Gesundheitsberufe steigen ständig, und wir haben aus verschiedenen Richtungen Aussagen, z. B. im Koalitionsvertrag der Bundesregierung, aber auch im Gutachten des Sachverständigenrates, wonach die Pflege und die Qualifikation sowie die Aufgaben der Pflegenden ausgeweitet werden sollen. Es gibt auch viele Initiativen für mehr Patientensicherheit und Qualität. Wir befürchten, dass bei einer Absenkung des Bildungsniveaus in den Pflegeberufen eben diese Sicherheit und Qualität der Versorgung gefährdet werden. Wir meinen zudem, dass der Betreuungsbedarf in Deutschland sich nicht wesentlich anders als in andern Ländern der EU entwickeln wird. In diesen Ländern hat man jedoch, was die Ausbildung angeht, eine völlig andere Richtung eingeschlagen. Die Absenkung der Zugangsvoraussetzungen würde aus unserer Sicht erneut eine gesellschaftliche und fachpolitische Diskussion über den Stellenwert und das Image des Berufsfeldes Pflege entfachen. Wir sind derzeit aber mit vereinten Kräften gerade dabei, hier eine Aufwertung zu erreichen. Wir glauben, dass für die Regelung der Ausbildung und der Zulassung zu den Pflegeberufen die perspektivischen und die aktuellen qualitativen Versorgungsbedarfe leitend sein müssen. Was Ihre Frage nach einer eventuellen Zunahme der Zahl von Pflegekräften anbetrifft, rechnen wir damit, dass es vor allem zu einer Ausweitung des Bewerberpools

kommen wird. Wir gehen aber nicht davon aus, dass es tatsächlich zu einem Anstieg der Zahl der Absolventen kommen wird. Wir halten es für fraglich, dass man tatsächlich genug geeignete Kandidaten für die Ausbildung findet. Es gibt schon heute Rückmeldungen aus den Schulen, denen zufolge Schüler mit mittlerem Bildungsabschluss häufig Schwierigkeiten in der Ausbildung haben. Die Regelung wird vielmehr bewirken, dass die Abiturienten – an manchen Schulen machen diese 30 Prozent, an anderen 50 Prozent der Auszubildenden in der Krankenpflege aus – sich dann eher für einen anderen Beruf entscheiden, weil – das mag man mögen oder nicht – natürlich auch Statusfragen bei der Berufswahl eine Rolle spielen. Ein Beruf, für den ein Hauptschulzugang Voraussetzung ist, wird von Abiturienten eventuell seltener gewählt. Wir sind daher der Ansicht, dass dies eher ein Nullsummenspiel sein wird.

**SV Dr. Gert Schomburg** (Bundesärztekammer (BÄK)): Vor dem Hintergrund der Diskussion über den generellen Stellenwert der Pflege, in der man sich derzeit vermehrt für eine Aufwertung und Akademisierung dieses Berufsfeldes ausspricht, erscheint uns eine Absenkung der Zugangsvoraussetzung als Einzelmaßnahme eher ungeeignet. Bezüglich der Zunahme der Zahl der Krankenpflegekräfte liegen uns keine Erkenntnisse vor.

**SV Gerd Dielmann** (ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft): Die Gewerkschaft ver.di ist prinzipiell gegen Zugangshürden innerhalb des Berufsbildungssystems. Wir haben in diesem speziellen Fall aber das Problem, dass das EU-Recht gegen die vorgesehene Änderung spricht, weil sie eine zehnjährige allgemeine Schulbildung vorschreibt. Daran haben wir uns in der Bundesrepublik zu halten. Das ist auch eine Zugangsvoraussetzung, die sich in der Vergangenheit bewährt hat. Wir lösen das Problem nicht dadurch, dass wir die Zugangshürden in diesem Falle absenken. Denn der Fachkräftemangel ist eher durch die unattraktiven Arbeitsbedingungen bedingt und – was die Ausbildung angeht – durch die Schwierigkeit, Bewerber oder Auszubildende erfolgreich durch die Ausbildung zu führen. Deswegen wäre es sinnvoller, die Ausbildungsbedingungen zu verbessern. Wir haben keinen Mangel an Bewerbern, jedenfalls zurzeit noch nicht. Stichproben zufolge kommen



etwa drei bis zehn Bewerbungen auf jeden Ausbildungsplatz in der Krankenpflege. Allerdings klagen die Schulen in der Tat darüber, dass die Zugangsvoraussetzungen, was die Noten oder sonstigen persönlichen Voraussetzungen angeht, zunehmend schlechter erfüllt werden als in der Vergangenheit. Man müsste also eher dafür Sorge tragen, dass es den Auszubildenden mit weniger guten Zugangsvoraussetzungen ermöglicht wird, die Ausbildung erfolgreich zu beenden, denn wir haben dort auch Probleme auf Grund hoher Abbrecherquoten. In den Prüfungen zeigt sich ebenfalls, dass die Situation schwierig ist. Man müsste also eher dafür sorgen, dass die Auszubildenden ihre Ausbildung mit dem vorhandenen Potenzial bestehen können. Zudem müssten die vorhandenen Durchlässigkeiten besser genutzt werden können. Hauptschulabsolventen, die über einen Berufsabschluss in einem Krankenpflegehilfsberuf verfügen, können bereits jetzt in die Ausbildung zum Krankenpfleger eintreten. Diese Möglichkeiten sollte man auch nutzen. Stattdessen wird z. B. in einem Rundschreiben des BMG festgelegt, dass eine Verkürzung der Ausbildung für Krankenpflegehelferinnen nur dann möglich sein soll, wenn sie zugleich über die mittlere Reife verfügen. Es wäre somit schon nach geltendem Recht möglich, den Kreis der potenziellen Bewerberinnen oder Auszubildenden zu erweitern. Zahlenmäßige Veränderungen in Bezug auf die Pflegekräfte erwarten wir nicht, denn es gibt schon heute mehr Bewerbungen als Ausbildungsplätze. Es wird vielleicht die eine oder andere Bewerbung zusätzlich geben, aber die Entscheidung darüber, wer in die Ausbildung eintritt, wird vom Ausbildungsträger getroffen. Ob diese Entscheidung dann im Einzelfall die Hauptschulabsolventen erreicht, ist durch die gesetzliche Vorgabe nicht zu beeinflussen.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Wir sehen es nicht ganz so problematisch. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass schon heute die Möglichkeit für Hauptschulabsolventen mit Berufsausbildung besteht, weiter zu machen. Dies steht in einem gewissen Widerspruch zur Weiterentwicklung des Ausbildungsgesetzes, in dem höhere theoretische Anteile gefordert werden. Man kann beobachten, dass Durchsteiger am Ende größere Schwierigkeiten haben, die Prüfungen zu bestehen. Aber die Krankenhäuser haben die Möglichkeit, nach einer sechsmona-

tigen Probezeit festzustellen, ob die Bewerber tatsächlich geeignet sind. Deshalb muss nicht generell abgelehnt werden, den Kreis der potenziellen Bewerber zu erweitern. Derzeit besteht ein zusätzlicher Bedarf von mehreren tausend Stellen, dafür brauchen wir eher die Ausgebildeten und die stille Reserve, die motiviert werden muss, auf den Arbeitsmarkt zurückzukehren. Die Frage, ob in Zukunft mehrere tausend zusätzliche Stellen entstehen werden, ist damit beantwortet. Im Moment jedenfalls sind die 70.000 Ausbildungsplätze in den Krankenhäusern besetzt. Es gibt keine deutschlandweite Suche nach Ausbildungskräften, allenfalls in einigen Regionen.

**Abg. Daniel Bahr** (Münster) (FDP): In dem Gesetz sind mehrere Regelungen des GKV-WSG korrigiert worden. Meine erste Frage möchte ich deshalb zum Thema Krankengeld an den GKV-Spitzenverband und den PKV-Verband stellen. Beim Krankengeld sollen Selbständige zukünftig die Möglichkeit haben, sich auf vier Arten zu versichern oder eben nicht zu versichern, das heißt erstens gar nicht, zweitens privat, drittens über einen Wahltarif ohne Alters- und Risikodifferenzierung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung oder viertens über einen entsprechenden Beitragsatz in der gesetzlichen Krankenversicherung. Meine Sorge ist, dass es damit zu einer Risiko-selektion kommt, durch die die schlechten Risiken in die gesetzliche Krankenversicherung und die guten Risiken in die private Krankenversicherung gelenkt werden. Teilen Sie diese Sorge? Und wäre es nicht besser, eine grundsätzliche Entscheidung zu treffen, ob man das Krankengeld im Leistungskatalog der GKV lassen oder es komplett herausnehmen will.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Sie haben darauf verwiesen, dass die Regelung im GKV-WSG geändert wurde. Das Angebot von Wahlтарифen durch die Kassen wird durch diese Regelung wiederum korrigiert und durch die von Ihnen genannten Wahlmöglichkeiten ersetzt. Wir sehen darin ein Problem, weil in der Tat eine Risiko-selektion auftreten kann. Diese kann auch aus der Entscheidung der einzelnen Versicherten resultieren, die aus eigenem Interesse einen Tarif auswählen, der für sie besonders günstig ist. Deshalb haben wir in unserer Stellungnahme darum gebeten, dass hier eine eindeutige

Regelung gefunden werden sollte, also entweder gesetzlicher Versicherungsschutz oder Wahltarif. Die Kombination von bzw. Wahlmöglichkeit zwischen beiden Varianten ist nach unserer Einschätzung für die GKV problematisch, weil keine Differenzierung erfolgen kann. Sie kann nicht konkurrenzfähig gegenüber der privaten Krankenversicherung sein. Viele Kassen haben solche Wahltarife angeboten, auch mit guter Nachfrage. Daher gab es eine Lösung, die zielgerichtet war. Die Änderung ist problematisch, weil sie diese Wahlmöglichkeiten bietet.

**SV Dr. Joachim Patt** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Für uns stellt sich das Problem natürlich aus einer anderen Perspektive dar. Wettbewerbsnachteile entstehen der PKV dadurch, dass sie eine andere Kalkulationsmethodik zu Grunde legen muss. Das ist auch ein Problem, das sich letztlich bei den Wahltarifversicherten der GKV niederschlagen wird. Denn diese Versicherten nehmen Wahltarife in Anspruch, die eben nicht nachhaltig kalkuliert sind. Sie bilden keine Alterungsrückstellungen, so dass die Nachhaltigkeit grundsätzlich in Frage gestellt ist. Daher muss die Kalkulation der PKV zu höheren Beiträgen führen. Dadurch kann ein Wettbewerbsnachteil für die gesamte Branche PKV eintreten. Grundsätzlich plädieren wir dafür, eine Entscheidung zu treffen, wo das Krankengeld hingehören soll, zur GKV oder zur PKV. Unserer Auffassung nach ist eine saubere Zuordnung zu wählen. Das Krankengeld ist eine Leistung, die in der PKV versichert sein sollte. Dafür spricht ein ganzes Bündel von Gründen, die schon bekannt sein dürften.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine erste Frage richtet sich an den Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V. (DAMiD). Halten Sie die geplante Definition eines anthroposophischen Arzneimittels in § 4 Abs. 33 neu AMG für sachgerecht, insbesondere im Hinblick auf die in die Legaldefinition aufgenommenen Anwendungsbestimmungen?

**SVe Barbara Wais** (Dachverband Anthroposophische Medizin in Deutschland e.V. (DAMiD)): Der große Nachteil der vorgeschlagenen Definition ist die Bezugnahme auf die Anwendung der Arzneimittel. Wenn diese, wie

vorgesehen, bestimmungsgemäß nach der anthroposophischen Medizin und Menschennaturerkenntnis erfolgen soll, liegt es nahe, darunter nur die Anwendung durch anthroposophische Ärzte zu verstehen. Das entspricht aber überhaupt nicht der Realität, da diese Arzneimittel derzeit von Schulmedizinern, naturheilkundlich orientierten Ärzten, homöopathischen Ärzten und anthroposophischen Ärzten verordnet werden und auch einen festen Platz in der Selbstmedikation haben. Eine solche Zweckbestimmung wird anhand objektiver Merkmale bestimmt und hat daher auch eine Außenwirkung. Deshalb können sich auch Rechtsfolgen im Hinblick auf den Kreis der Verschreibungsberechtigten und auf die Erstattungsfähigkeit ergeben. Wir befürchten, dass es durch die gewählte Formulierung zu entsprechenden Auflagen kommt, durch die der Anwenderkreis auf die anthroposophischen Ärzte und Ärztinnen reduziert wird. Damit wären die Arzneimittel für die breite Bevölkerung nicht mehr zugänglich. Die Eignung wäre dagegen ein lediglich intern von den Zulassungsbehörden zu prüfendes Tatbestandsmerkmal, das die Frage des Anwenderkreises der Arzneimittel nicht berührt. Diese Lösung passt in die Systematik der Arzneimittelzulassung, insbesondere weil die Wirksamkeit der anthroposophischen Arzneimittel vom BfArM bereits auf der Grundlage der für diese Therapierichtung spezifischen Anforderungen geprüft wird. Auch die Frage, ob die Abgrenzung gewährleistet sein kann, ist eindeutig zu bejahen, weil anthroposophische Arzneimittel nach spezifischen Verfahren hergestellt werden. In der Schweiz wurde der Anthroposophic-Pharmaceutical-Codex bereits anerkannt. Das bietet zusammen mit der spezifischen Entwicklung objektiv nachprüfbar Kriterien für die Zulassungsentscheidung.

**Abg. Dr. Konrad Schily** (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller und an die Hufelandgesellschaft. Das Änderungsregime für registrierte homöopathische Arzneimittel wurde komplett in das Arzneimittelgesetz überführt. Wie ist es zu beurteilen, dass Änderungen des Herstellungs- und Prüfverfahrens nun zustimmungspflichtig sein sollen? Gibt es dafür aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit? Ist die vorgesehene Regelung, wonach bei einer Änderung der Potenzstufe eine Neuregistrierung zu erfolgen hat, sachgerecht?

SVe **Andrea Schmitz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)): Grundsätzlich befürworten wir die Integrierung der Änderungsregelungen etc., die sich derzeit in der entsprechenden Verordnung befinden, in das Arzneimittelgesetz: Das ist sicherlich systemgerecht, weil sich die entsprechenden Regelungen zu den anderen Arzneimitteln auch im AMG befinden. Wir befürworten sie jedoch nur dann, wenn die neue Regelung sozusagen eins zu eins der alten Regelung in der Verordnung entspricht und nicht mit einer Verschärfung verbunden wird, so wie es jetzt im Zusammenhang mit der Anzeige von Änderungen des Herstellungs- und Prüfverfahrens bei registrierten homöopathischen Arzneimitteln vorgesehen ist. Während es bisher nur eine Anzeigepflicht gibt, ist nun eine zustimmungspflichtige Anzeigepflicht vorgesehen. Für diese Verschärfung gibt es aus unserer Sicht keine sachlichen Gründe. Es wird damit argumentiert, dass sich homöopathische Arzneimittel im Wesentlichen über das Herstellungsverfahren definieren. Das ist grundsätzlich richtig. Aber man muss bedenken, dass die Herstellungsregeln im homöopathischen Arzneibuch sehr genau beschrieben sind, so dass also die Möglichkeiten, davon abzuweichen, fast gegen Null tendieren. Aus unserer Sicht ist also kein sachlicher Grund für diese Verschärfung gegeben. Das Gleiche gilt im Prinzip für die Prüfung der Herstellungsverfahren. Dadurch ist die Qualität nicht gefährdet. Zur Änderung von Potenzstufen im Bereich der homöopathischen Arzneimittel ist Folgendes zu sagen: Es ist jetzt vorgesehen, dass Änderungen der Potenzstufen eine Neuregistrierung erforderlich machen. Im § 39 Abs. 1 Satz 3 AMG ist derzeit geregelt, dass bei der Registrierung das im Bescheid aufgeführte Arzneimittel und seine Verdünnungsgrade gemeint sind. Die Verdünnungsgrade sind daher im Prinzip schon von der Registrierung erfasst. Aus dem neuen Wortlaut ergibt sich dies jedoch nicht. Aus unserer Sicht sollten Herabsetzungen der Potenzstufen jedoch keine Neuregistrierung zur Folge haben, sondern zustimmungspflichtige Änderungsanzeigen sein, um den Unternehmen die Möglichkeit zu Anpassungen im Sinne einer Aktualisierung zu geben.

SV **Dr. Uwe Peters** (Hufelandgesellschaft e.V. Dachverband der Ärztesellschaften für Naturheilkunde und Komplementärmedizin): Ich

möchte mich den Ausführungen der Vorrednerin anschließen und ergänzen, dass diese Regelungen, wenn sie tatsächlich wie geplant kämen, größere Auswirkungen auf die Vielfalt der Arzneimittel haben würden. Es wurde schon deutlich gemacht, dass insbesondere Weiterentwicklungen in der Homöopathie erschwert werden könnten, wenn solche zustimmungspflichtigen Prozesse durchgeführt würden. Hingegen trägt die derzeit bestehende Regelung dazu bei, Neuentwicklungen im homöopathischen Bereich zu unterstützen. Diese Regelung sollte daher beibehalten und eben nicht in der vorgeschlagenen Form verändert werden.

Abg. **Heinz Lanfermann** (FDP): Ich habe eine Frage an die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV). Ich beziehe mich auf den in seiner Stellungnahme unterbreiteten Vorschlag des Bundesrates, wie bereits im privaten Bereich geschehen, nun auch in der vertragszahnärztlichen Vergütung eine Ost-West-Angleichung herbeizuführen. Dies lehnt die Bundesregierung mit Hinweis auf die Versorgungssituation, die Zahnärztdichte und das Niveau der GKV-Ausgaben im zahnärztlichen Bereich ab. Deswegen möchte ich wissen, wie sich die Situation aus Ihrer Sicht darstellt und wie Sie sich gegebenenfalls eine solche Angleichung vorstellen, ohne die regionalen Unterschiede einzuebrennen. Bitte führen Sie auch aus, welche finanziellen Belastungen aus einer Angleichung für die gesetzliche Krankenversicherung resultieren würden.

SV **Dr. Jürgen Fedderwitz** (Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV)): In der Tat sehen wir im Zusammenhang mit der AMG-Novelle eine gute Gelegenheit, um überfällige Strukturveränderungen vorzunehmen. Was ist derzeit das Problem? Es gibt das gesellschaftspolitische Ziel, in allen Bereichen der Gesellschaft das Ostniveau auf das Westniveau anzuheben. Dies ist auch in Bezug auf die Ärzte nicht nur von der Politik angestrebt, sondern im letzten Jahr auch weitgehend erreicht worden. Wie sieht der Versorgungsalltag mittlerweile in den neuen Bundesländern aus? Wir leiden in den Praxen zunehmend unter einem Verlust von Mitarbeitern, weil die unterschiedlichen Gehaltsstrukturen dazu führen, dass viele – und oft die kompetenten – Mitarbeiter wegen der höheren Gehaltschancen in die alten

Bundesländer abwandern. Die niedrigen Gehälter in den neuen Bundesländern führen in manchen Bereichen dazu, dass zusätzlich steuerfinanzierte, über die Sozialämter auszuschießende Leistungen wie Wohngeld und dergleichen anfallen. Das führt natürlich zu massiven Verwerfungen bei der Versorgung der Patienten. Im Durchschnitt gibt es in den alten Bundesländern mehr als drei Mitarbeiter pro Praxis. In den neuen Bundesländern sind es gerade mal zwei. Die modernen präventionsorientierten Strukturen erfordern jedoch eigentlich mehr Personal. In Ostdeutschland sind Versorgungsmängel, wie sie ja auch die Mundgesundheitsstudie IV nachgewiesen hat, in allen Bereichen offenkundig. Man hat zwar bei den Jugendlichen in den neuen Bundesländern in den letzten Jahren vieles aufgeholt, es gibt aber, gerade bei den Risikokindern, nach wie vor große Defizite, das heißt, ein sehr viel schlechteres Versorgungsbild und einen größeren Versorgungsbedarf. Wir haben im Bereich der Parodontalerkrankungen sowohl bei den Erwachsenen, das sind die 35- bis 44-Jährigen, als auch bei den Senioren deutlich schwerere Krankheitsbilder. Wir haben auch bei der Versorgung noch deutliche Unterschiede. Während in den alten Bundesländern feststehender Zahnersatz mehr und mehr den Versorgungsalltag prägt, dominiert in den neuen Bundesländern nach wie vor der herausnehmbare Zahnersatz. Und während mittlerweile in den alten Bundesländern über drei Prozent der Patienten mit Implantaten versorgt werden, liegt der entsprechende Anteil in den neuen Bundesländern bei 0,2 Prozent. Das zeigt, dass es dringend einer Korrektur in den Strukturen bedarf. In dieser Hinsicht enthält die AMG-Novelle eine vernünftige Regelung. Wir würden damit, um auf den zweiten Teil der Frage von Herrn Lanfermann, zurückzukommen, auch keine neue Ordnung der Gebührenstrukturen in der Bundesrepublik schaffen, sondern wir würden ungeachtet dieser Anpassung die auch in den neuen Bundesländern historisch gewachsenen Unterschiede beibehalten. Solche Unterschiede haben wir auch in den alten Bundesländern. Die Punktwerte unterscheiden sich auch von Schleswig-Holstein über das Saarland bis nach Baden-Württemberg. Es würde sich hier die Struktur der neuen Bundesländer nur etwas anders einfinden. Dieses Ansinnen ist ja nicht nur vom Bundesrat mit großer Mehrheit getragen worden. Es wird auch von allen Kassenzahnärztlichen Vereinigungen getragen, so dass man auch sagen kann, es geht

hier nicht nur um ein Anliegen der neuen Bundesländer und der dortigen Zahnärzte, sondern es handelt sich um ein Anliegen des gesamten Berufsstandes. Dieses Anliegen kostet rund 165 Mio. Euro, das sind 0,0165 Beitragssatzpunkte. Ich meine, das ist zu bewältigen. Und gestatten Sie mir noch ein Schlusswort. Von einer Neuregelung sind nicht nur die Ärzte oder die Zahnärzte und ihre Mitarbeiter betroffen. Auch die Patienten profitieren davon. Wir haben in einigen Bereichen sogenannte Mehrkostenregelungen, bei denen die Gebührenordnung für Zahnärzte die Honorarrichtschnur darstellt. Zum 1. Januar 2007 ist diese GOZ angeglichen worden, das bedeutet, der Ostabschlag wurde abgeschafft. Die Preise sind nun also in der gesamten Bundesrepublik gleich. Die Erstattungsbeträge der Krankenkassen sind dort hoch, wo die Punktwerte hoch sind. Das ist in den neuen Bundesländern nicht der Fall. Deshalb zahlen manche Patienten für einzelne Leistungen bis zu 30 Prozent mehr als die Patienten beispielsweise in den Bundesländern Bayern oder Baden-Württemberg, wo ganz andere Zahlen abgeschlossen worden sind.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Meine nächste Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband, den Einzelsachverständigen Herrn Weigeldt, die PVS und die KBV. Es geht um das Urteil des Bundessozialgerichts von Dezember 2008, das etwas zur Datenübermittlung an private Dienstleistungsunternehmen ausgesagt hat und auf Grund dessen Handlungsbedarf besteht, wenn man zulassen will, dass private Abrechnungsstellen bei der Abrechnung an die Stelle der KVen treten können. Wenn man neben den bisherigen Strukturen auch integrierte Versorgungsverträge, Haus- und Facharztverträge und weitere Selektivverträge zulässt, dann muss man natürlich auch prüfen, wie eine Abrechnung ohne großen Mehraufwand möglich ist. Deswegen möchte ich vor dem Hintergrund des Aspektes des Datenschutzes in diesem ganz besonders sensiblen Bereich fragen, wie eine Datenübermittlung an externe Abrechnungsstellen so geregelt werden kann, dass die gleichen datenschutzrechtlichen Bestimmungen beachtet werden, wie wir sie bei Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen heute schon haben. Dort gibt es sehr detaillierte datenschutzrechtliche Regelungen. Halten Sie eine solche Übertragung des Datenschutzes auf den

Bereich der privaten Abrechnungsstellen für möglich? Und wie müsste sie aussehen?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Bekanntermaßen unterstützen wir grundsätzlich die Umsetzung von Selektivverträgen. Das, was hier in Rede steht, nämlich die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b, wird von uns jedoch nicht als Selektivvertrag angesehen. Wir lehnen die hausarztzentrierte Versorgung grundsätzlich ab, weil hier ein neues Monopol geschaffen wird. Im Übrigen geht es hier um eine Frage des Sozialdatenschutzes, an den sehr hohe Anforderungen gestellt werden müssen. Es gibt hier ein hohes Schutzniveau, das in vielen Einzelregelungen zum Ausdruck kommt, die auch für die Vertragspartner im Gesundheitswesen gelten. An diesen hohen Anforderungen dürfen wir nicht rütteln. Sie müssen auch für alle anderen Beteiligten gelten. Wenn eine solche Übertragung ermöglicht wird, müssen die gleichen Anforderungen gestellt und entsprechende Regelungen vorgesehen werden. All dies muss in einen gesetzlichen Rahmen gegossen werden, der auch Vorgaben für die Vereinbarungspartner enthält. Wir haben eine ähnliche Situation bei den Apothekenrechenzentren, bei denen auf Bundesebene Anforderungen an solche Vereinbarungen gestellt werden. Etwas Ähnliches könnte man sich hier auch vorstellen, damit die Anforderungen des Datenschutzes erfüllt und gleichzeitig Selektivverträge ermöglicht werden.

**SV Ulrich Weigeldt:** Ich will mich in Anbetracht der knappen Zeit nicht auf eine Diskussion über Selektivverträge einlassen. Es geht im Prinzip um den Regelungsbereich der § 73b, 73c (spezielle fachärztliche Versorgung) und auch um § 140 a. Hier geht es darum, wie sichergestellt werden kann, dass diese gesetzlichen Vorschriften zur Vertragsgestaltung auch umgesetzt werden und welche Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssen. Das BSG-Urteil hat eine Gesetzeslücke offen gelegt, die nun geschlossen werden soll. Für die Bereiche der §§ 73 b, c und 140 a müssen in der Tat datenschutzrechtliche Bestimmungen aufgenommen werden. Ich halte es für selbstverständlich, dass hier der Datenschutz in der gleichen Weise gewährleistet werden muss und auch gewährleistet werden kann wie in anderen Bereichen. Der Verweis auf die Apothekenrechenzentren und auf die Abrechnung privater Krankenversicherungen zeigt, dass es diese da-

tenschutzrechtlichen Möglichkeiten gibt und dass diese Einrichtungen die Abrechnungen bis jetzt auch unbeanstandet durchgeführt haben. Die Abrechnung von Verträgen nach § 73b geschieht beispielsweise über ein Apothekenrechenzentrum. Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung darf in solchen Verträgen nicht berührt werden. Das ist der Kern des BSG-Urteils. Es besagt, dass es nicht ausreicht, wenn ein Versicherter oder ein Patient einer anderen Datenstruktur zustimmt, sondern dass dies nur auf der Grundlage eines Gesetzes erfolgen darf. Das Problem ist, dass die Umsetzung dieser Verträge, und zwar in allen drei Bereichen, andernfalls nicht durchgeführt werden kann, weil es keine anderen Abrechnungsstellen gibt. Die Kassen als solche sind hierzu nicht in der Lage. Sie müssten sich sonst privatrechtlicher Tochtergesellschaften bedienen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind auf Grund ihres gesetzlichen Auftrages nicht in der Lage, solche Dienstleistungen zu übernehmen, zumal das auch steuerrechtliche Probleme aufwerfen würde. Sie sind von ihrem Aufbau her selbst als Wettbewerber im Vertragsgeschäft zu bezeichnen.

**SV Rechtsanwalt Peter Scholich** (Verband der Privatärztlichen Verrechnungsstellen e.V. (PVS)): Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass an alle Beteiligten, an welcher Stelle auch immer, die gleichen Anforderungen zur Wahrung des Datenschutzes gestellt werden müssen. Das Bundessozialgericht hat in der Entscheidung vom 10. Dezember lediglich ein rechtliches Problem aufgezeigt. Bis dahin wurde allgemein die Auffassung vertreten, dass die strengen Anforderungen des Bundesdatenschutzgesetzes für den Bereich der Sozialdaten gleichermaßen Anwendung finden. Daher bestand Übereinstimmung, dass die Einwilligung des Patienten in Anbetracht seines verfassungsrechtlich garantierten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung ausreichend sei. Das Bundessozialgericht hat lediglich ausgeführt, dass es im Sozialgesetzbuch eine Spezialnorm gebe und dass die Regelungen des Datenschutzes im Sozialgesetzbuch vor dem Hintergrund des Bundesdatenschutzgesetzes lückenhaft seien. Diese Lücken sind zu schließen. Der Gesetzgeber muss sich auch fragen, inwieweit die Intentionen, die man zum Beispiel mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz verfolgt hat, gefährdet sind. Zudem muss man sich auch mit den Inkonsistenzen auseinander-

setzen, die das SGB selbst beinhaltet. So gibt es die merkwürdige Situation, dass ein Pflegedienst zwar gemäß § 302 ohne Einwilligung des Patienten die Heil- und Hilfsmittel abrechnen kann, die eigentlichen Pflegeleistungen über das SGB XI selbst bei vorliegender Einwilligung des Patienten aber nicht.

**SV Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir interpretieren die Entscheidung des Bundessozialgerichtes anders. Wir glauben, dass die Abrechnung über Private ganz erhebliche datenschutzrechtliche Auswirkungen auf den Versicherten-Datenschutz und den Patientendatenschutz haben wird. Es geht hier um besonders sensible Patientendaten, die das Bundessozialgericht im Regelungsregime des SGB V – und zwar bei den Informationsgrundlagen – gerade durch die öffentlich-rechtlichen Strukturen und die körperschaftsrechtlichen Formen gewährleistet sieht. Das Bundessozialgericht hat dem Grunde nach gesagt, dass ein Datenschutz unterhalb dieses Niveaus praktisch nicht in Frage kommt. Das Bundessozialgericht sagt: „Ich kann nicht Menschen einer Versicherungspflicht unterwerfen und zugleich zulassen, dass zwangsweise erhobene Daten an Private weitergeleitet werden.“ Man muss also auch den Datenschutz öffentlich-rechtlich organisieren. Die Vorschriften sollten dies gewährleisten. Das ist jedoch bisher nicht erkennbar; insofern sehen wir im Rahmen des § 120 oder bei allen selektivvertraglichen Gestaltungen eine systematische Abrechnung über private Dritte als nicht zulässig an.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an die Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft ver.di. Wir hatten vorhin schon einmal etwas zum Thema Krankengeld-Wahltarif gehört. Sie haben gemeinsam mit dem Deutschen Journalistenverband eine sehr heftige Kritik an dem Gesetzesvorhaben geübt. Könnten Sie noch einmal kurz begründen, wo aus Ihrer Sicht Regelungslücken bestehen und wo Änderungen vorgenommen werden müssten?

**SV Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Eine Regelungslücke ist entstanden, weil zum 1. Januar 2009 eine Änderung in Kraft getreten ist, die

es vielen Selbständigen erheblichen erschwert, Krankengeld zu erhalten. Wir erkennen das Bemühen, hier einiges zu korrigieren. Es kann aber nicht darum gehen, eine ganze Reihe von völlig neuen Regelungen einzuführen. Wir würden es vielmehr begrüßen, wenn man zu der bewährten Regelung zurückkommen würde. Wir haben selbständige Erwerbstätige mit Entgeltfortzahlungsanspruch. Für diese würde dann eine Neuregelung mit der Möglichkeit, nach sechs Wochen Krankheit Krankengeld zu beziehen, gelten. Wir haben aber auch eine ganze Reihe von Selbständigen oder von freien Mitarbeitern, die keinen Anspruch auf Lohnfortzahlung haben. Für diese freien Mitarbeiter benötigt man eine Regelung mit dem Anspruch, ab dem ersten Tag Krankengeld zu erhalten. Wir halten es für die beste Lösung, zu dem alten Gesetzestext zurückzukehren. Dieser hat sich über Jahre bewährt.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine ergänzende Frage an den Deutschen Anwaltsverein. Sehen Sie diese Lösung ebenfalls als ausreichend an? Handelt es sich hier nur um ein relativ kleines Problem der gesetzlichen Krankenversicherung oder geht es hier um einen größeren Kreis von Betroffenen?

**SV Prof. Dr. Hermann Plagemann** (Deutscher Anwaltverein DAV): Zur Zahl der Betroffenen kann ich leider keine Aussage machen. Nach unserer Wahrnehmung hat die Einführung des Wahltarifs nicht das gehalten, was sie versprochen hat. Der Tarif hat keine höhere Transparenz geschaffen. Er hat im Gegenteil eher zur Verwirrung und auch zu einer Verteuerung beigetragen, die von der Sache her nicht gerechtfertigt ist. Wir sind deshalb ebenfalls der Auffassung, dass es sinnvoll ist, das Krankengeld für die Personen, die als Selbständige GKV-versichert sind, wieder als Regelleistung aufzunehmen, weil diese Selbständigen das gleiche Risiko wie die abhängig Beschäftigten und damit auch den gleichen Bedarf an Krankengeld haben. Wir meinen, dass die jetzt noch im Gesetzentwurf enthaltene Wahlmöglichkeit keinen rechten Sinn macht. Der Bundesrat hat die Aufnahme der Regelung in den § 44 – wie bisher – vorgeschlagen. Ich sehe keinerlei Sinn darin, einen Wahltarif für Selbständige mit einem Einkommen jenseits der Jahresarbeitsentgeltgrenze zu schaffen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an den PKV-Verband. Wir haben hier einen Änderungsantrag vorliegen, mit dem die Leistungsansprüche säumiger Beitragszahler geregelt werden, ohne die Frage zu beantworten, wer die finanziellen Folgen der Regelung zu tragen hat. Sie haben sich hierzu geäußert. Könnten Sie bitte darstellen, welche unterschiedlichen Regelungsmöglichkeiten Sie für denkbar halten und welche Folgen die hier vorgesehenen Änderungen für den PKV-Bereich hätten?

SV **Dr. Timm Genett** (Verband der privaten Krankenversicherung e.V. (PKV)): Man muss zunächst die grundsätzliche Frage stellen, wer das Existenzminimum von Hilfsbedürftigen sichern soll. Nach unserer Auffassung ist dies die Aufgabe des Sozialstaates und nicht die Aufgabe der Gemeinschaft der Beitragszahler. Wenn die Beitragszahler dafür aufkommen sollen, wird es immer zu ungerechten Belastungswirkungen kommen. Der Staat wird in Deutschland hier nur einem Teil seiner Verantwortung gerecht. Wir wissen, dass der Zuschuss für Arbeitslosengeld II-Empfänger in der gesetzlichen Krankenversicherung absolut nicht kostendeckend ist. In der Privaten Krankenversicherung ist es genauso. Kommen wir nun zum Detailfall Basistarif. Die Aufgaben dieses Sozialtarifs, der eine Überforderungsklausel und auch einen Halbierungsanspruch enthält, werden von den Beitragszahlern, nicht aber von der Gemeinschaft der Steuerzahler finanziert. Ich meine die Kappung des Betrags im Basistarif auf den Höchstbetrag der GKV und die dann folgende Halbierung, wenn Hilfebedürftigkeit vorliegt. Wir kommen jetzt zu einem Kuriosum, nämlich der Tatsache, dass im Gesetz zwei Gruppen von Hilfebedürftigen unterschieden werden. Hilfebedürftige im Basistarif haben grundsätzlich immer den Anspruch auf Halbierung ihres Beitrags. Sofern jedoch dieser halbierte Beitrag Hilfebedürftigkeit entstehen lässt, beteiligt sich der Sozialstaat in dem erforderlichen Umfang. Anders dagegen bei den Menschen, die schon vor Zahlung des Beitrages hilfebedürftig waren. Man könnte sagen, das sind die noch Ärmeren. Hier beteiligt sich der Staat nur mit 130 Euro analog zur GKV. Das heißt, hier entsteht eine Finanzierungslücke von etwa 155 Euro, auf denen der Gesetzgeber die Betroffenen zurzeit sozusagen sitzen lässt. Es gibt zwei Möglichkeiten, dies

zu ändern. Wir können auch diese Finanzierungslücke auf die Beitragszahlergemeinschaft abwälzen, oder wir können sie als Aufgabe des Sozialstaates von denen, die dafür zuständig sind, nämlich von den Sozialhilfeträgern und damit letztlich durch die Steuerzahler, finanzieren lassen.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Frage richtet sich an den Spitzenverband Bund. Beurteilen Sie dies ähnlich? Halten auch Sie es für erforderlich, für die Finanzierung eine sozialstaatliche Lösung vorzusehen?

SVe **Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben an verschiedenen Stellen ähnliche Probleme. In solchen Fällen sollte der Steuerzahler bzw. die Gesamtgesellschaft haften und entsprechende Zuschüsse leisten. Das gilt auch für Beitragsrückstände, wie sie in der gesetzlichen Krankenversicherung auftreten. Solche Beitragsrückstände müssen hier nicht von den Versicherten selbst finanziert werden. Wir sind der Auffassung, dass die Sozialhilfeträger auch für Beitragsrückstände der säumigen Beitragszahler aufkommen sollten.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): An den Deutschen Gewerkschaftsbund habe ich folgende Frage: Sie haben in Ihrer Stellungnahme darauf aufmerksam gemacht, dass alle Menschen einen Anspruch darauf haben, in Würde zu leben. Vor diesem Hintergrund haben Sie die Krankenversorgung der Asylbewerber kritisch bewertet. Sie stellen fest, dass der Anspruch im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht in einem umfassenden Sinne erfüllt wird. Könnten Sie noch einmal kurz ausführen, welche Regelungen Sie hier für erforderlich halten?

SV **Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Wir haben dieses Artikelgesetz, das auch Regelungen für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerber enthält, zum Anlass genommen, darauf hinzuweisen, dass die Sozialhilfe eine Lebensführung ermöglichen soll, die der Würde des Menschen entspricht. Dies ist der Inhalt des Grundsatzes in § 1 SGB XII (Sozialhilfe). Die gesundheitliche Absicherung

von Asylbewerbern liegt in den ersten 36 Monaten unterhalb dieses Versorgungsniveaus. Deswegen möchten wir noch einmal auf unsere Forderung hinweisen, dass die Regelung des SGB XII auch für den Personenkreis der Asylbewerberinnen und Asylbewerber innerhalb der ersten 36 Monate gelten sollte.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Die Fraktion DIE LINKE. hat einen Änderungsantrag eingebracht, der das Ziel hat, den Infektionsschutz in stationären Einrichtungen, insbesondere in Krankenhäusern, zu verbessern. Wir haben dazu auch konkrete Vorschläge gemacht. Ich richte hierzu eine Frage an ver.di. Wie beurteilen Sie unseren Antrag? Könnten Sie dazu einige Ausführungen machen?

SV **Herbert Weisbrod-Frey** (ver.di – Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft): Wir haben schon bei einer früheren Anhörung die Möglichkeit gehabt, über dieses Thema zu diskutieren, und ich bin sehr dankbar dafür, dass dieses Thema hier noch einmal mit aufgenommen worden ist. Es liegt zwar Vieles in der Gesetzgebungskompetenz der Länder und dort besteht auch ein dringender Handlungsbedarf, ich glaube aber, dass es sehr wohl notwendig ist, auch in diesem Rahmen darüber zu debattieren, wie Krankenhausinfektionen zu verhindern sind. Unserer Ansicht nach wird in den Krankenhäusern die Ausbreitung von Infektionen dadurch begünstigt, dass ein starker Personalabbau stattgefunden hat, während gleichzeitig die Arbeitsmenge kontinuierlich zugenommen hat. Vor allem im vergangenen Jahr hat in den Krankenhäusern eine enorme Leistungsausweitung stattgefunden. Während die Ausgaben tatsächlich um 3,5 Prozent gestiegen sind, hat die Veränderungsrate nur 0,64 Prozent betragen. Die Ausgabensteigerungen sind vor allem darauf zurückzuführen, dass diejenigen Häuser begünstigt waren, die mehr und schwerere Fälle bei verringertem Personalbestand behandelt haben. Aus diesem Grund sehen wir die Notwendigkeit eines verbesserten Schutzes und eines Eingriffs des Gesetzgebers. In der Zukunft sollten Infektionen dadurch vermieden werden, dass Schutzvorschriften strenger eingehalten werden. Häufig besteht das Problem nicht in einem Fehlen gesetzlicher Vorschriften, sondern in deren mangelnder Umsetzung. Diese Probleme müssen angegangen werden. Weitere wichtige Themen, die

aufgegriffen werden müssen, sind Organisation des Infektionsschutzes und Schulung in den Krankenhäusern. Wir begrüßen daher den Antrag DER LINKEN.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Wir haben einen Änderungsantrag zur Wiederherstellung der vollständigen Kostenübernahme bei künstlicher Befruchtung eingebracht. Wir beziehen uns dabei auf den Beschluss des Bundesrates, der leider nicht Eingang in das Gesetzesvorhaben gefunden hat. Wie beurteilen Sie den Änderungsantrag und den von uns unterstützten Ansatz des Bundesrates?

SV **Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Wir unterstützen sowohl die Empfehlung des Bundesrates vom 3. April dieses Jahres als auch den von der Fraktion DIE LINKE. eingebrachten Änderungsantrag. Der Kinderwunsch stellt eines der elementarsten Anliegen von Menschen dar. Daher ist es aus unserer Sicht nicht nachzuvollziehen, warum bei künstlicher Befruchtung ein 50-prozentiger Eigenanteil bei den Versicherten verbleiben soll. Ich verweise hier zum einen auf die gesellschaftspolitische Debatte über die niedrige Geburtenzahl in Deutschland und stelle zum anderen die Frage, ob durch eine Wiederherstellung der alten Regelung überhaupt eine relevante Beitragsbelastung entstünde. Aus unserer Sicht ist es erforderlich, dass der Empfehlung des Bundesrates gefolgt wird.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an den Deutschen Gewerkschaftsbund. Es ist in den Änderungsanträgen vorgesehen, dass weitergereichtes Pflegegeld für die pflegenden Angehörigen zwar eine finanzielle Anerkennung darstellen, beitragsrechtlich aber nicht mit Einkommen für freiwillig Versicherte der GKV gleichgestellt werden soll. Ist eine solche Regelung nur für diesen begrenzten Personenkreis aus Ihrer Sicht sinnvoll oder müsste sie nicht gleichermaßen für alle ALG II-Empfänger oder Sozialhilfeempfänger gelten?



**SV Knut Lambertin** (Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)): Unserer Meinung nach dienen die entsprechenden Regelungen der Nichtanrechnung als Einkommen nach SGB II. Andernfalls gäbe es zwei Gruppen von Angehörigen, nämlich diejenigen, die SGB II-Leistungen erhalten und diejenigen, die sie nicht erhalten. Diejenigen, die Leistungen nach SGB II erhalten, würden dann im Sinne der Begründung des Änderungsantrages nicht davon profitieren.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine nächste Frage richtet sich an die Verbraucherzentrale Bundesverband. Es wird in den Änderungsanträgen der Koalitionsfraktionen zu Artikel 15 ausgeführt, dass eine unzulässige Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern untersagt ist. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

**SVe Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Finanzielle Anreize für Ärzte, im Rahmen von Selektivverträgen kostengünstigere Medikamente zu verordnen, lehnt der Verbraucherzentrale Bundesverband grundsätzlich ab. Eine solche Verkopplung mit dem wirtschaftlichen Interesse der Ärzte ist nicht sinnvoll. Der Arzt gerät dadurch in einen Zielkonflikt. Im Übrigen gilt das Wirtschaftlichkeitsgebot unabhängig davon.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Meine Nachfolgefrage richtet sich an den Zentralverband des Deutschen Handwerks. Sehen Sie das ähnlich wie die Verbraucherzentrale? Ich denke da beispielsweise an die Versorgung mit Hörgeräten.

**SVe Dr. Anne Dohle** (Zentralverband des Deutschen Handwerks e.V. (ZDH)): Wir sehen das ähnlich wie die Verbraucherzentrale. Wir haben die in § 128 vorgenommene Klarstellung grundsätzlich begrüßt, wonach Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich den Ärzten für die Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln keine finanziellen oder sonstigen wirtschaftlichen Vorteile gewähren dürfen. Wir begrüßen es auch, dass die Abgabe von Hilfsmitteln aus Depots der Fachärzte verboten ist.

Denn damit wird endlich die klare Trennung zwischen ärztlicher und gewerblicher Tätigkeit vollzogen, die wir schon lange gefordert haben. Völlig unbefriedigend finden wir aber, dass mit dem Absatz 4 des § 128 der sogenannte verkürzte Versorgungsweg immer noch offen ist. Dort werden Inhalt und Umfang des verkürzten Versorgungsweges nicht näher geregelt. Wie wir in den vorliegenden Verträgen einiger AOKs und anderer Kassen zum verkürzten Versorgungsweg bei Hörgeräten sehen, wird durch die Vertragsgestaltung der Beruf des Hörgeräteakustikers praktisch ausgehebelt. Die Verträge sehen vor, dass Teile des gefahrgeneigten Aufgabengebiets der Hörgeräteakustiker an HNO-Ärzte und sogar an deren Mitarbeiter delegiert werden. Das finden wir unakzeptabel. Weder HNO-Ärzte noch ihre Mitarbeiter sind dafür qualifiziert. Es ist auch nicht in Ordnung, dass HNO-Ärzte doppelt verdienen. Sie verkaufen praktisch die Leistung, die sie selbst verordnet haben. Wir sehen die Gefahr, dass der Patient nicht mehr neutral beraten wird und dass der Arzt unter Umständen zu teure Verordnungen ausstellt, wenn er an diesen Verordnungen verdient. Unserer Ansicht nach muss der verkürzte Versorgungsweg unbedingt unterbunden werden. Es sollte gesetzlich klargestellt werden, dass Ärzte nicht über die ärztlichen Leistungen hinaus an der Versorgung mit Hilfsmitteln beteiligt werden. Wir sind auch der Ansicht, dass mittelbare Vorteile für Fachärzte, zum Beispiel durch die Beteiligung an Hörgeräteakustikerfachgeschäften in Form von Aktiengesellschaften oder GmbH's, verboten werden sollten.

Abg. **Frank Spieth** (DIE LINKE.): Ich habe eine Anschlussfrage an die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe. Beurteilen Sie das ähnlich wie die Verbraucherzentralen und der ZDH?

**SV Dr. Martin Danner** (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e.V. (BAG SELBSTHILFE)): Auch nach unserer Auffassung sollten Therapieentscheidungen im Arzt-Patienten-Verhältnis nicht mit finanziellen Anreizen verquickt werden. Dies kann zum einen zu Lasten der Qualität gehen. Zum anderen können dadurch bei den Ärzten fachfremde Motive gera-

dezu geweckt werden. Insofern ist diese Verquickung aus unserer Sicht zu vermeiden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an den Einzelsachverständigen Prof. Wasem. Ich möchte zurückkommen auf den Sicherstellungsauftrag für den Großhandel und die Lieferverpflichtung der pharmazeutischen Industrie. Wie schätzen Sie die einschlägigen Neuregelungen ordnungspolitisch ein?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Die Diskussion heute Morgen hat schon gezeigt, dass die Regelung möglicherweise EU-rechtlich unproblematisch sein könnte, wobei auch das nicht unumstritten ist, und dass sie verfassungsrechtlich wohl gerade noch zulässig ist. Unabhängig davon stellt sich die Frage, ob diese Regelung ordnungspolitisch sinnvoll ist. Da habe ich ganz erhebliche Zweifel. Wenn man sich die Argumente, die heute Morgen zugunsten der Belieferungspflicht angeführt worden sind, anschaut, dann laufen sie letztlich auf ein einziges Argument hinaus: „Wir brauchen aufgrund unserer Mischkalkulation eine hinreichende Gewähr dafür, dass wir auch im hochpreisigen Segment ausreichende Möglichkeiten zur Belieferung haben und dass uns diese Möglichkeiten nicht durch die Direktlieferungen genommen werden.“ Mir scheint, das besser geeignete, auf jeden Fall aber weniger einschneidende Mittel, um dies zu gewährleisten, wäre eine entsprechende Änderung der Zuschläge. Und darüber, wie diese genau aussehen könnten, haben wir ja bereits eine ganz fruchtbare Diskussion geführt. Die Frage ist, wie man das Verhältnis zwischen festem und prozentualem Zuschlag gestaltet, ob man eine Kappungsgrenze zieht etc. Wenn man das vernünftig gestaltet, besteht nach meinem Dafürhalten eigentlich keine Notwendigkeit für diese 52b-Reglung. Daher plädiere ich dafür, die Zuschläge für den Großhandel sachgerecht auszugestalten und diese Vorschrift nicht in das Gesetz aufzunehmen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an Prof. Wasem. Wie bewerten Sie bei der Neuregelung der Apothekenzuschläge die Forderung, dass die bestehenden Rabatte gegenüber den Apotheken ausgeschlossen sein sollten? Und wie sehen Sie hier den Zusammenhang zu

dem erwarteten Urteil des EuGH zum Fremdbesitz von Apotheken?

SV **Prof. Dr. Jürgen Wasem**: Ich würde denjenigen zustimmen, die heute Morgen schon gesagt haben, es spräche eigentlich Einiges dafür, erst einmal das Urteil des EuGH abzuwarten und dann diese Entscheidung noch einmal zu diskutieren. Es wird sicher nicht die Welt zusammenbrechen, wenn wir das heute bzw. in diesem Gesetzesvorhaben noch nicht regeln. Ich denke, es spräche vieles dafür, das Urteil abzuwarten.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Sowohl vom Bundesverband der Verbraucherzentralen als auch von den Generikaherstellern wird darauf hingewiesen, dass bei einer Veränderung der Großhandelszuschläge zugleich eine Umstellung der Festbeträge erfolgen müsse. Sie haben dazu einen Vorschlag gemacht. Wie sieht der aus?

SV **Wolfgang Kaesbach** (GKV-Spitzenverband): Die Lage bei der vorgesehenen Umstellung der Vergütungen für den pharmazeutischen Großhandel ist ähnlich wie die im Jahre 2004, als die Vergütungen für den pharmazeutischen Einzelhandel geändert wurden. Die Berechnungsbasis ist damals vom Apothekenverkaufspreis – der Festbetrag richtet sich ja an den Versicherten, ist also auf der Basis des Apothekenverkaufspreises festzusetzen – auf den Apothekeneinkaufspreis umgestellt worden und müsste jetzt konsequenterweise auf den Herstellerabgabepreis umgestellt werden. De facto müsste man dann – ausgehend vom Herstellerabgabepreis als Berechnungsbasis – auf Grundlage der Preisvorschriften auf den Apothekenverkaufspreis hochrechnen. Das Ergebnis wäre dann bekannt zu machen. Das wäre dann de facto eine Neufestsetzung der Festbeträge, die weitere Anhörungsverfahren etc. zur Folge hätte. Daher plädieren wir dafür – ähnlich wie 2004 die Spitzenverbände der Krankenkassen –, nun den GKV-Spitzenverband zu ermächtigen, die rein mathematische Umrechnung vorzunehmen. Dazu bedarf es einer Anpassung in § 35 Abs. 8 Satz 2. Denn die alte Regelung, die im Jahre 2004 eingeführt worden ist, müsste jetzt auf den Spitzenverband und den Herstellerabgabepreis umgestellt werden. Wir benötigen dafür natür-

lich eine gewisse Zeit, etwa für die Bekannthemachung und auch für die pharmazeutische Industrie, die auf die neuen Festbeträge reagieren können muss. Parallel dazu müssten – darauf habe ich heute schon einmal hingewiesen – die SGB-Vorschriften im Bereich des § 31 Abs. 3 (Zuzahlungsfreistellung) und des § 130a Abs. 3b (Herstellerabschlag für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel) geändert werden. Während bis jetzt der Preisabstand zum Apothekeneinkaufspreis die Bezugsbasis darstellte, müsste nunmehr auf den Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmens abgestellt werden.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich an den BPI und betrifft den § 21. Sie wenden sich gegen die Zulassungserfordernis für die Herstellung von Stoffen mikrobieller Herkunft, die zur autologen Anwendung bestimmt sind. Das entspricht einem Vorschlag des Bundesrates. Welche Auswirkungen hätte es in der Praxis, wenn der Verzicht auf die Zulassung nicht aufgenommen wird?

SV **Ulf Zumdick** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Die sogenannten autologen Vaccine kommen bei Patienten, die an antibiotikaresistenten bakteriellen Infektionen leiden, zum Einsatz. Würden sie der Zulassungspflicht unterstellt, hätte dies wegen der mangelnden Standardisierbarkeit und der Unerfüllbarkeit bestimmter Zulassungskriterien erhebliche Probleme zur Folge. Eine patientenindividuelle Zulassung ist grundsätzlich nicht möglich. Den Patienten, die an antibiotikaresistenten bakteriellen Infektionen leiden, würde eine zukunftssträchtige und vielversprechende Therapieoption genommen, und sie würden einem hohen Leidensdruck ausgesetzt. Des Weiteren wird in der Gegenäußerung der Bundesregierung die Auffassung vertreten, dass es sich hier um Impfstoffe handelt. Diese Auffassung teilt der BPI nicht. Es handelt sich eben nicht um Impfstoffe. Das geht eindeutig aus zwei Schreiben, zum einen des Paul-Ehrlich-Instituts und zum anderen des Bundesgesundheitsministeriums, hervor. Wir sind gern bereit, diese Schreiben vorzulegen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine weitere Frage an den BPI. Bei einer bereits bestehenden Übergangsregelung wird nachträglich eine Ergänzung vorgenommen, die aus Ihrer Sicht Nachteile für die Hersteller und Anwender von traditionellen pflanzlichen Arzneimitteln hat und die Sie für rechtlich bedenklich halten. Worin besteht hier das Problem und wie ließe es sich lösen?

SVe **Prof. Dr. Barbara Sickmüller** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Es geht hier um die traditionellen pflanzlichen Arzneimittel und um die Frage, was geschieht, wenn auf entsprechenden Antrag hin die Registrierung für ein solches traditionelles Arzneimittel erteilt wird. Die bisherige Zulassung würde damit automatisch entfallen, und der pharmazeutische Unternehmer dürfte das alte Arzneimittel nicht mehr in Verkehr bringen. Zugleich muss er sich aber auf die Vermarktung des neu zugelassenen Arzneimittels vorbereiten. Das bedeutet, er benötigt etwa ein Jahr, um das alte Mittel aus dem Markt herauszunehmen und das neue herzustellen und auf dem Markt zu platzieren. Daher halten wir es für erforderlich, eine entsprechende Übergangsregelung zu schaffen.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an den Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Sie begrüßen die Aufnahme der Sozialpsychiatrievereinbarung in den Bundesmantelvertrag, sprechen sich aber zusätzlich für eine Änderung des § 43a SGB V aus. Warum ist dies aus Ihrer Sicht notwendig?

SVe **Dr. Christa Schaff** (Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (BKJPP)): Ich bedanke mich erst einmal ganz herzlich dafür, dass die Regelung des § 85 2.4 in den Gesetzentwurf aufgenommen worden ist. Sie soll dazu beitragen, die sozialpsychiatrische Versorgung und die entsprechenden Strukturen in Deutschland zu sichern. Die konkrete Ausgestaltung erfolgt aber erst im Rahmen des Bundesmantelvertrags. Und da haben wir als Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie aufgrund der Erfahrungen aus den

letzten Monaten und Jahren große Zweifel, dass diese Umsetzung gelingen wird. Diese Versorgungsstrukturen, die wir in den letzten 15 Jahren in Deutschland aufgebaut haben – und das ist europaweit einmalig –, bergen ein Problem, das vor allem in Baden-Württemberg zu Tage tritt. Der § 85 2.4 bezieht sich leistungsrechtlich auf den § 43a. Dieser sieht vor, dass sowohl Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung von psychischen Störungen bei Kindern als auch die Aufstellung eines Behandlungsplanes finanziert werden sollen. In Baden-Württemberg haben sich die Primärkassen deshalb seit über zehn Jahren darauf festgelegt, in der Sozialpsychiatrievereinbarung nur diagnostische Leistungen vorzusehen. Wir sind daher in unseren sozialpsychiatrischen Praxen dazu gezwungen, den Kindern die Behandlung, die aufgrund unserer Diagnose indiziert wäre, zu verweigern. Es kommt hinzu, dass es derzeit bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, trotz eines Auslastungsgrades von über 20 Prozent in Baden-Württemberg, mehr als ein Jahr Wartezeit gibt. Die Kinder sind daher auch im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie oft einfach nicht unterzubringen. Bei den Ergotherapeuten ist die Lage nicht ganz so dramatisch, aber letztlich ähnlich. Allerdings sind die Kosten für eine Ergotherapie wesentlich höher als die für unsere sozialpsychiatrischen Maßnahmen. Wir haben diese Maßnahmen, auch die therapeutischen, extern evaluieren lassen. Wir haben zur Effektivität solcher Maßnahmen eine Studie mit über 1000 Patienten durchgeführt, deren Ergebnisse jetzt auch im amerikanischen Sprachraum veröffentlicht werden. Wir haben zudem – und das ist, soweit ich weiß, einmalig für eine ärztliche Berufsgruppe in Deutschland – einen Leitfaden für einen Behandlungspfad in kinderpsychiatrischen Praxen vorgelegt. Das heißt, wir haben für Transparenz und Qualität gesorgt und sehen daher im Moment keinerlei Berechtigung, die therapeutischen Leistungen für Kinder und Jugendliche nicht geltend zu machen.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die freie Wohlfahrtspflege. Sie begrüßen die Regelung zur Finanzierung der ambulanten und stationären Hospize. Sie gehen aber davon aus, dass die Regelungen für die stationären Hospize nicht ausreichend sind. Was schlagen Sie vor?

**Sve Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Es besteht gegenwärtig das Problem, dass die stationären Hospize bei der Finanzierung einen Eigenanteil von ca. 30 Prozent tragen müssen. Vorgesehen war aber eigentlich nur ein Anteil von 10 Prozent. Die Ursache für die Differenz liegt darin, dass in § 18 Abs. 1 SGB IV nur ein Mindestzuschuss in Höhe von sechs vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße vorgesehen ist. Die Höhe dieses Mindestzuschusses wird auch in dem vorliegenden Gesetzesentwurf nicht verändert. Aus unserer Sicht müsste der Mindestzuschuss jedoch auf sieben vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV angehoben werden. Außerdem müssten die 90 bzw. 95 Prozent der zuschussfähigen Kosten hinsichtlich des Tagesbedarfssatzes konkretisiert werden. Andernfalls bestünde die Gefahr, dass die Krankenkassen den Tagesbedarfssatz möglichst niedrig halten. Damit bliebe aber das Problem weiterhin bestehen, dass die stationären Hospize nicht ausreichend finanziert sind.

**Abg. Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum Krankengeld sind die Gewerkschaften bereits angesprochen worden. Ich richte meine Frage daher an die BDA. Wie beurteilen Sie die Lösung, die jetzt im AMG vorgesehen ist?

**SV Dr. Volker Hansen** (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. (BDA)): Ich glaube, es besteht eine generelle Tendenz – auch in der Politik –, sich das Leben schwerer zu machen, als man es sich machen müsste. Beim Krankengeld muss man zunächst die Grundentscheidung treffen, ob man es in der PKV oder in der GKV ansiedeln will. Wenn Sie entscheiden, es in der gesetzlichen Krankenversicherung zu belassen, dann sind alle weiteren Fragen ganz einfach zu beantworten. Wer den allgemeinen Beitrag zahlt, der bekommt die ganz normalen Leistungen, also auch das Krankengeld ab der siebten Woche. Wer das Krankengeld schon vorher beziehen oder einen höheren Zahlbetrag haben will, der muss auch einen entsprechend höheren Beitrag zahlen. Umgekehrt zahlt, wer keine entsprechende Leistung haben will, einen ermäßigten Beitrag. Das heißt, aus meiner Sicht wäre es die beste Lösung, wenn man zum alten Recht,

wie es vor dem GKV-WSG gegolten hat, zurückkehren würde.

Abg. **Birgitt Bender** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die freie Wohlfahrtspflege zum Thema Beitragslücke bei PKV-Versicherten, die hilfebedürftig nach dem SGB XII sind. Wie beurteilen Sie hier die vorgesehene Lösung?

SVe **Dr. Elisabeth Fix** (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW)): Derzeit besteht eine Beitragslücke in Höhe von 155 Euro. Falls diese nicht gedeckt wird, besteht die Gefahr, dass die betroffenen Versicherten sich entweder verschulden oder den Fehlbetrag aus dem Regelsatz bezahlen müssen. Das ist aus unserer Sicht nicht hinnehmbar. Wir schlagen daher vor, dass die PKV die Prämie auf den Betrag begrenzen sollte, den der Träger der Grundsicherung auch in der GKV bezahlt. Das sind gegenwärtig 129,54 Euro. Sollte dieser Vorschlag nicht durchsetzbar sein, müsste aus unserer Sicht der gesamte Beitrag, also die halbierte Prämie des Basissatzes, durch den Träger der Grundsicherung für Arbeitssuchende finanziert werden.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Zum Thema Gewebemedizin sind bis jetzt noch keine Fragen gestellt worden. Hierzu richte ich eine erste Frage an die Bundesärztekammer. Aufgrund der EU-Verordnung für neuartige Therapien fallen Zellen, die manipuliert und biotechnologisch bearbeitet werden, nunmehr unter das Arzneimittelrecht. Um widersprüchliche Regelungen im geltenden Transplantationsrecht zu vermeiden, schlägt die Bundesregierung vor, nunmehr alle Zellen aus dem Oberbegriff des Transplantationsgesetzes herauszunehmen. Halten Sie diese Änderung für sinnvoll?

SV **Dr. Gert Schomburg** (Bundesärztekammer (BÄK)): Die korrespondierende Regelung ist zweifellos aufgrund des EU-Rechts notwendig, und wir begrüßen sie auch, so wie sie im Arzneimittelrecht vorgesehen ist. Es handelt sich hier um den § 4 Abs. 9 AMG-E. Damit wird eine enge Beziehung zwischen EU-Recht und dem deutschen Recht hergestellt. Korrespondierend dazu soll jetzt mit Artikel 3

bei der Definition des Organbegriffs im TPG das Wort „Zellen“ gestrichen werden. Man kommt damit aber nicht an der Tatsache vorbei, dass Organe sich nun einmal aus Gewebe und Zellen zusammensetzen. Die Definition des Gewebes umfasst auch nach dem TPG eindeutig einzelne Zellen. Sie sind damit an dieser Stelle letztlich nicht aus dem Organbegriff herausgenommen. Wir müssen also feststellen, dass – bedingt durch die unterschiedliche Systematik der Regelungsansätze – die EU-rechtliche Anknüpfung an den Ver- und Bearbeitungszustand von Geweben und Zellen nicht ganz mit dem grundsätzlichen Ansatz im TPG übereinstimmt. Oder positiv ausgedrückt: Wenn wir schon nicht am Organbegriff des TPG anknüpfen, dann bewegen wir uns doch wenigstens im Bereich des deutschen oder des EU-Arzneimittelrechts konsequent bzw. dann stehen wir vor der Frage der Vermittlungspflicht z. B. für Inselzellen aus postmortal gespendeten Pankreata. Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass auch hier noch – ebenso wie bei den Definitionen – eine Folgeregelung notwendig wäre. Denn auch aus Sicht der Transplantationsmedizin – das ist bei den Diskussionen im Eurotransplant-Verbund und somit mit anderen EU-Mitgliedstaaten deutlich geworden – wird die Vermittlungspflicht für notwendig gehalten.

Abg. **Dr. Harald Terpe** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich habe eine Frage an die Deutsche Krankenhausgesellschaft. Bislang war der Fall, bei dem einem Menschen während einer Behandlung Gewebe entnommen und später wieder zugeführt wird, nicht im Arzneimittelrecht geregelt. Das galt beispielsweise für die Entnahme der Schädeldecke bei Hirnschwellungen. Die Bundesregierung schlägt nun vor, diese Ausnahme auf Gewebe zu beschränken, die unbearbeitet sind. Welche Probleme ergeben sich Ihrer Ansicht nach aus einer solchen Einschränkung für die medizinische Versorgung von Patienten?

SVe **Dr. Iris Juditzki** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Aus unserer Sicht wird durch die vorgesehene Hinzufügung des Wortes „unbearbeitet“ die Ausnahmeregelung praktisch aufgehoben, da das entnommene Gewebe eigentlich immer auf die eine oder andere Art behandelt werden muss. In der Begründung wird zwar ausgeführt, dass geringfü-

gige Arbeitsschritte erlaubt sind, aber das ist unserer Meinung nach nicht weitreichend genug, weil man gelegentlich ein ganzes Knochenstück zerschneiden oder zerkleinern muss, um es an anderer Stelle als Füllmaterial wieder einsetzen zu können. Dieser Fall wird weder von den Ausführungen in der Begründung noch vom Gesetzestext selbst erfasst. Außerdem geht die Änderung weit über die Vorgaben der EU-Richtlinie hinaus. Dort wird nämlich eindeutig nicht auf den Grad der mechanischen Bearbeitung abgestellt, und es wird explizit ausgeführt, dass die Ausnahme eben auch für autologe Gewebe gelten soll, die an einer Stelle des Körpers entnommen und an einer anderen Stelle wieder eingesetzt werden, also z.B. eine Venenentnahme aus dem Bein für eine Beipassoperation am Herzen. Insofern sind wir dafür, dass das Wort „unbearbeitet“ wieder gestrichen wird. Andernfalls ist zu befürchten, dass viele der Operationen, die heute routinemäßig durchgeführt werden, künftig nicht mehr möglich sein werden.

**Abg. Jens Spahn (CDU/CSU):** Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Zipperer. Wir wollen den § 87 Abs. 3a dahingehend ändern, dass auch zeitnahe Informationen zu aktuellen Entwicklungen von Vergütungs- und Leistungsstrukturen in der vertragsärztlichen Versorgung ermöglicht werden, und wir wollen konkretisieren, was der erweiterte Bewertungsausschuss dabei zu tun hat. Wie bewerten Sie die Regelung? Des Weiteren stelle ich die Frage an die KBV, ob die bisherigen Möglichkeiten der Zusammenarbeit der KBV mit den KVen bei der Datengewinnung ausreichend sind. Ferner richte ich eine Frage an Herrn Dr. Daubenbüchel. Nach § 268 Abs. 3 SGB V dürfen Diagnosedaten und Arzneimittelkennzeichen für die Durchführung des RSA nur verarbeitet und genutzt werden, wenn sie unter Einhaltung der Datenübermittlung nach § 294 bis 303 SGB V erhoben wurden. Halten Sie diese neue Regelung für sachgerecht? Und welche Regelung halten Sie für erforderlich, um eine einheitliche Verwendung der Daten für den RSA sicherzustellen?

**SV Dr. Manfred Zipperer:** Der § 87 Abs. 3a in der Fassung des GKV-WSG sollte die Entscheidungsverfahren im Bewertungsausschuss zeitnah professionalisieren und die Transparenz über die Beschlüsse erhöhen. Aber wie

die bisherige Diskussion über die Vergütungssituation der Vertragsärzte zeigt, muss hier in der Tat nachgebessert werden. Ich halte es deshalb für erforderlich, dass, wie das im vorliegenden Änderungsantrag zu § 87 Abs. 3a SGB V geschehen ist, die Analysepflicht des Bewertungsausschusses konkretisiert wird. Dem dient auch die vierteljährliche Berichtspflicht zur Entwicklung der Vergütungs- und Leistungsstruktur in der vertragsärztlichen Versorgung. Der Zeitpunkt, bis zu dem spätestens der Quartalsbericht zu erstatten ist, fehlt hier zwar. Das BMA kann aber – so steht es jedenfalls im Satz 5 des Änderungsantrages – diesen Zeitpunkt festlegen. Da auch vorläufige Daten übermittelt werden dürfen, bietet sich die Festlegung eines solchen Zeitpunkts im Laufe des folgenden Quartals an. Ich bezweifle allerdings, ob es möglich ist, jährlich bis zum 30. Juni einen Jahresbericht über die Entwicklung im Vorjahr vorzulegen, zumal der Bericht zuvor mit dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung abgestimmt werden muss. Ich kann mir vorstellen, dass es hier eine Fülle von diskussionsfähigen Fragen gibt. Dies hängt auch von den Kapazitäten des noch im Aufbau befindlichen Instituts nach § 87 Abs. 3b SGB V ab. Man sollte also überlegen, ob man es nicht bei der Terminierung der Berichtspflicht, die nach dem Änderungsantrag auf den 30.06. vorgezogen würde, wie im geltenden Recht beim 31.12. belassen sollte, zumal durch die vierteljährlichen Zwischenberichte die gewünschte Aktualität ja bereits hergestellt wird.

**SV Stefan Gräf (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)):** Die Neuregelung erhöht natürlich die Transparenz hinsichtlich der Vergütung der Ärzte, und die Analyse der regionalen Verteilungen trägt dazu bei, die Grundlagen für die ab 2010 zu differenzierenden Punktwerte für den Regelfall und für die unter- und übertensorgten Gebiete zu schaffen. Ich will es kurz machen und die zutreffenden Bemerkungen von Herrn Dr. Zipperer nicht wiederholen, aber ich will doch darauf hinweisen, dass es nach Abschluss eines Quartals drei bis vier Monate dauert, bis die Daten bei der KBV eingetroffen sind. Man braucht wegen des Fremdkassenzahlungsausgleichs mindestens noch einen weiteren Monat, um die Daten aufzubereiten und auszuwerten. Anschließend werden die Daten für das Institut des Bewertungsausschusses aufbereitet. Das bedeutet: In weniger

als einem halben Jahr können die Daten überhaupt nicht übermittelt werden, und das Institut braucht auch noch eine gewisse Zeit. Wir halten es daher für nicht realisierbar, vierteljährlich aktuelle oder vorläufige Berichte vorzulegen. Herr Dr. Zipperer hat einen Vorschlag gemacht, wie man das optimieren könnte. Die KBV hat hingegen noch nicht die Zeit gefunden, sich mit dieser Vorschrift im Einzelnen unter dem Gesichtspunkt der Optimierung zu befassen. Allerdings hält die KBV die Zusammenführung und Auswertung pseudonymisierter Arzneiverordnungsdaten mit den Abrechnungsdaten nach wie vor für dringend erforderlich, um ihrem gesetzlichen Auftrag nachkommen zu können, mit den Krankenkassen zukünftig den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf entsprechend den gesetzlichen Vorgaben der Vergütungsreform verhandeln und vereinbaren zu können.

**SV Rainer Daubenbüchel:** Ich halte – um es kurz zu sagen – die neue Regelung für sachgerecht. Sie ist nötig, weil wir ja schon erlebt haben, dass einzelne Krankenkassen versuchen, unmittelbar bei Ärzten auf eine Veränderung von Diagnosedaten hinzuwirken. Deshalb ist es sehr wichtig, dass hier im Gesetz klargestellt wird, dass nur auf dem gesetzlich vorgeschriebenen Wege ermittelte Daten für den RSA verwandt werden dürfen. Nun zu der Frage, welche Regelungen erforderlich sind, um eine einheitliche Verwendung der Daten zu gewährleisten und um Wettbewerbsverzerrungen zu vermeiden. Das kann nur geschehen, wenn das Bundesversicherungsamt als Ausführungsbehörde ausreichende Prüfkompetenzen bei allen Kassen bekommt. Hier handelt es sich ja nicht um eine Aufsichtsprüfung, sondern um eine Verwaltungsprüfung für einen übergreifenden Finanzausgleich. Das ist das Erste. Das sieht das neue Gesetz auch vor. Der neue § 273 ermächtigt das Bundesversicherungsamt auch, die Kassen zu prüfen, aber die Vorschrift ist völlig unzureichend. Es fehlt jede weitere Ermächtigung für die Prüfbehörde im Hinblick auf die Art und Weise, wie das Verfahren einer Auffälligkeitsprüfung ablaufen soll. Immerhin steht im Gesetz, dass es als auffällig anzusehen ist, wenn eine höherwertige Diagnose gestellt wird, ohne dass ein sachlicher Grund dafür vorliegt. Es werden immer Diagnosen miteinander verglichen; von Bedeutung ist aber nicht nur die Häufigkeit, sondern insbesondere auch der Schweregrad der Diagnose. Denn

wenn eine auffällige Häufung von höheren Schweregraden oder teureren Verlaufsformen einer Erkrankung festgestellt wird, dann ist das ein Indiz dafür, dass hier möglicherweise manipuliert worden ist. Eine solche Auffälligkeit muss Konsequenzen haben. Diese Konsequenzen sind aber im Gesetz nicht ausreichend geregelt. Insbesondere muss das Verfahren der Auffälligkeitsprüfung geregelt werden. Das Bundesversicherungsamt muss – und das ist wirklich zwingend erforderlich – ermächtigt werden, eine kassenindividuelle Einzelfallprüfung – bei der Kasse, nicht bei Ärzten – vorzunehmen, um diesen Auffälligkeiten nachzugehen, um sie zu verifizieren. Im Anschluss an diese Prüfung muss das Bundesversicherungsamt – sofern sich also diese Auffälligkeiten bestätigt haben – einen Rechtsverstoß feststellen können, um überhaupt eine Grundlage für Sanktionen zu haben. Schließlich muss im Gesetz eine Ermächtigung vorgesehen sein, einen Korrekturbetrag zu erheben. Das bedeutet, das Bundesversicherungsamt muss die Zuweisungen, die auf unzulässige Weise bzw. durch rechtswidrige Diagnosen entstanden sind, im Wege eines Bescheides durch Verminderung der Zuweisung an die betroffene Kasse korrigieren können. Die entsprechenden Regelungen sind jedoch im Gesetz nicht enthalten. Die im Gesetz enthaltene Ermächtigungsgrundlage für den Ordnungsgeber ist verfassungsrechtlich höchst bedenklich, da sie viel zu unbestimmt ist. All die notwendigen Regelungen, die ich geschildert habe, müssen in das Gesetz aufgenommen werden. Anschließend können dann die weiteren Einzelheiten durch den Ordnungsgeber geregelt werden. Wenn es bei der Regelung bleiben sollte, wie sie jetzt hier im Antrag von CDU/CSU und SPD vorgesehen ist, wird eine sachgerechte Prüfung der Krankenkassen für den Morbi-RSA nicht möglich sein. Und wenn eine sachgerechte Prüfung für den Morbi-RSA nicht möglich ist, dann ist auch die Rechtssicherheit des Morbi-RSA gefährdet, und das wäre das Letzte, was wir brauchen können.

**Abg. Dr. Wolf Bauer (CDU/CSU):** Ich komme noch einmal auf den Gesamtkomplex parentarale Zubereitungen aus Fertigarzneimitteln zurück und möchte hier speziell das Thema Offenlegung ansprechen. Ich würde gern von der Einzelsachverständigen Frau Beckmann wissen, wie sie die Möglichkeit beurteilt, weitere Marktteilnehmer – insbesondere natür-

lich die Herstellungslabore und andere vergleichbare Betriebe – den gleichen gesetzlichen Rahmenbedingungen nach SGB V zu unterwerfen. Weiterhin hätte ich gern eine Einschätzung von den Krankenhausapothekern und der Deutschen Krankenhausgesellschaft, wie sie die Auswirkungen der Offenlegung auf die Krankenhäuser insgesamt beurteilen. Schließlich bitte ich um eine kurze Beurteilung des Gesamtkomplexes durch den GKV-Spitzenverband.

**SVe Sabine Beckmann:** Der Gesetzentwurf ist aus meiner Sicht in Bezug auf die Pflicht zur Offenlegung vollkommen eindeutig. Er verpflichtet die abgebende Apotheke, die Abrechnung in einer bestimmten Art und Weise vorzunehmen, und zwar unter Angabe des Arzneimittelkennzeichens, also der Pharmazentralnummer, der in der Zubereitung enthaltenen Teilmengen und des entsprechenden Einkaufspreises des Arzneimittels ohne Mehrwertsteuer. Diesen Anforderungen unterliegen auch die Apotheken, die nicht selbst herstellen, die somit auf externe Lohnherstellung zurückgreifen. Wenn demnach die Apotheke Zubereitungen nicht selbst herstellt, sondern einkauft, dann muss sie letztlich die gleichen Belege vorlegen können wie selbstherstellende Apotheken. Damit unterliegen auch diese Herstellungsbetriebe indirekt der Offenlegungspflicht. Sie müssen es der beauftragenden Apotheke ermöglichen, eine gesetzeskonforme Abrechnung vorzunehmen, denn wir brauchen diese Daten auch für die Generierung des Herstellerabattes. Wenn wir von den nicht selbst herstellenden Apotheken die Angaben zu den Fertigarzneimitteln nicht bekommen, dann kann der Herstellerrabatt nach § 130a Abs. 1, wie jetzt vorgesehen, für diese Zubereitung gar nicht generiert werden. Der Gesetzentwurf sieht da überhaupt keine Ausnahme vor. Daher kann es nicht sein, dass die Herstellerbetriebe hier Ausnahmen geltend machen. Somit unterliegen sowohl selbst herstellende als auch nicht selbst herstellende Apotheken der Offenlegungspflicht. Es wäre vielleicht sinnvoll, dies noch einmal explizit in die Gesetzesbegründung mit aufzunehmen, damit hier vollkommene Klarheit herrscht.

**SV Holger Henning** (Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker e.V. (ADKA) e.V.): Wir haben vorhin schon an anderer

Stelle ein flammendes Plädoyer für die flexible, sichere und ortsnahe Versorgung von Patienten mit onkologischen Arzneimitteln aus dem Munde des Bundesverbands der niedergelassenen Hämatonkologen gehört. Wir unterstützen diese Forderung, und wir Krankenhausapotheker leisten das für unsere Häuser auch in hohem Maße. Wenn wir das für Dritte tun, dann tun wir es im Regelfall auf der Basis von Verträgen, die durch den § 14 Apothekengesetz geregelt sind. Und dort ist ja, wie der EuGH im letzten Jahr festgestellt hat, dieses regionale Prinzip sehr sinnvoll und notwendig. Wenn nun in den Verträgen, die Preisgestaltung nach § 129a betreffen, die Bedingungen für uns unerträglich dadurch erschwert werden, dass wir im Prinzip erst die Preise offenlegen müssen, bevor wir in Verhandlungen treten können, dann wird es für die meisten Krankenhäuser sehr schwierig werden, ihre Ambulanzen weiter zu betreiben. Das heißt, wir würden einer Zentralisierung dieser Leistung, die zum Schaden des Patienten wäre, Vorschub leisten. Denjenigen, die immer darauf hinweisen, dass wir als Krankenhäuser für den Bedarf unserer Häuser von der Arzneimittelpreisverordnung ausgenommen sind, sei an der Stelle noch einmal deutlich gesagt, dass auch unsere Erlöse nicht fixiert sind, sondern dass diese über die 129a-Verträge individuell für jedes Krankenhaus ausgehandelt werden, so dass wir hier durchaus einen funktionierenden Wettbewerb haben. Und deswegen lehnen wir als ADKA die Regelung in Artikel 15 Nummer 9 ab und fordern den Gesetzgeber auf, diese Regelung ersatzlos zu streichen.

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Aus unserer Sicht ist das ein massiver Eingriff in einen Bereich, in dem es eine freie Preisbildung gibt. Heute verhandeln die Krankenhäuser mit den Krankenkassen über ihre Preise, und die liegen in der Regel unter den teuren, durch die Arzneimittelpreisverordnung definierten Preisen. Den Vorteil haben hier die Krankenkassen und auch die krebserkrankten Patienten. Wenn jetzt durch diesen Gesetzentwurf von den 300 Mio. Euro, die als Einsparbetrag genannt werden, Teile herausgenommen werden, weil die Einkaufspreise offengelegt werden müssen, dann geht das Geld letztlich für die Behandlung von Krebspatienten verloren. Es kommt am Ende auch nicht bei den Krankenkassen an. Da das Interesse der Krankenhäuser, gegenüber der



Industrie möglichst niedrige Einkaufspreise zu erzielen, durch die Offenlegung verloren geht, profitiert die Industrie. Insofern schafft man hier einen Wirkungsmechanismus, den man vielleicht gar nicht haben will. Wir plädieren deshalb dafür, von dieser Regelung Abstand zu nehmen und eher umgekehrt den Bereich der niedergelassenen Apotheken in die gleiche Lage wie die Krankenhausapotheken zu versetzen, sofern man hier in ordnungspolitischer Hinsicht ein Wettbewerbsproblem sieht. Das wäre folgerichtiger, als in einem Bereich, in dem kostengünstig und sinnvoll gearbeitet wird, mit Verboten zu arbeiten. Ich bitte ausdrücklich darum, darauf zu achten, dass wir nicht im Rahmen dieses § 300 wegen der Rabatte der Hersteller zur Offenlegung gezwungen werden, denn Krankenhausapotheker sind ja gar nicht herstellerrabattpflichtig und fallen insofern aus diesem Regelungsbereich heraus.

**SV Wolfgang Kaesbach** (GKV-Spitzenverband): Ziel der gesamten Regelung ist es, Einkaufsvorteile, von denen bisher die Krankenhausapotheken profitiert haben, für die gesetzliche Krankenversicherung zu erschließen. Dazu dient auch die Freistellung der öffentlichen Apotheke von der Arzneimittelpreisverordnung. Damit werden gleiche Wettbewerbsbedingungen hergestellt. Dem Gesetzeszweck zufolge soll ja demnächst der tatsächlich vereinbarte Einkaufspreis abzurechnen sein. Dazu dient die Offenlegungspflicht, also das Auskunftsrecht der Krankenkassen gegenüber den Apotheken und gegebenenfalls auch gegenüber dem pharmazeutischen Unternehmer. Die Einschaltung eines Zwischenhandels, also von Herstellungsbetrieben, beurteilen wir kritisch, weil wir nicht glauben, dass es rechtlich zulässig ist, diesen eine Offenlegungspflicht aufzuerlegen, also dort in die Bücher zu schauen, weil die Rechnung, die die Apotheke uns vorlegt, den Einkaufspreis bei diesem Herstellungsbetrieb wiedergibt. Und das ist nicht der Einkaufspreis, der tatsächlich mit dem pharmazeutischen Unternehmer hätte vereinbart werden können, wenn die Apotheke selbst herstellen würde. Wenn also die Apotheke den Einkaufspreis des Herstellerbetriebes in Rechnung stellt, der durch die Einschaltung dieses Betriebes entsprechend höher liegt, dann müsste bei dem tatsächlich vereinbarten Preis eigentlich eine Rechnungskürzung bei der Apotheke erfolgen. Und dies hätte zur Folge, dass in die Berufsausübungsfreiheit des Apo-

thekers eingegriffen würde, weil hier letztlich eine Gewinnschmälerung bis hin vielleicht zu einem Minusgeschäft eintreten würde. Andererseits könnte aber auch der Zwischenhandel, also die Herstellungsbetriebe, einen Verstoß gegen das Recht des eingerichteten ausgeübten Gewerbebetriebes geltend machen, wenn die Apotheken nicht mehr beim Zwischenhandel einkaufen würden. Daher ist die Offenlegungspflicht eine sinnvolle Regelung. Die Frage, die Herr Baum aufgeworfen hat, bezieht sich darauf, dass möglicherweise bei einer Offenlegung das Verhandlungsinteresse der Apotheken – sowohl der öffentlichen als auch der Krankenhausapotheken – erlahmt und dass die pharmazeutische Industrie bei den Verhandlungen die Möglichkeit zur Gewinnmaximierung nutzt, indem sie in Verhandlungen nur noch ihren einheitlichen Listenpreis anbietet. Natürlich muss man sehr sorgfältig beobachten, wie sich diese Zusammenhänge letztlich darstellen.

**Abg. Dr. Hans Georg Faust** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die DKG und den GKV-Spitzenverband. Nach dem KHRG haben Krankenhäuser jetzt die Möglichkeit, zur Vergütung belegärztlicher Leistungen Verträge abzuschließen, nach denen der Vertragsarzt nach dem Honorarvertragsmodell mit der Leistungserbringung betraut wird. In diesem Fall wird die DRG-Vergütung laut Gesetz auf 80 Prozent der entsprechenden Hauptabteilungs-DRG abgesenkt. Welche konkreten Erfahrungen gibt es bisher mit der Umsetzung der Neuregelung und gibt es Hinweise darauf, dass Krankenhäuser vermehrt Belegabteilungen in Hauptabteilungen umwandeln?

**SV Georg Baum** (Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. (DKG)): Praktische Erfahrungen mit der Anwendung der Regelung gibt es noch nicht, weil das Gesetz erst im März in Kraft getreten ist. Aber bestimmte Wirkungen lassen sich sicher antizipieren. Es ist nämlich zu erwarten, dass diese Regelung nichts bewirken wird, weil der Abschlag von 20 Prozent genau den Betrag beinhaltet, den das Krankenhaus bräuchte, um den Arzt zu bezahlen, der bisher aus den Geldern der KV bezahlt worden ist. Das heißt: Wenn die Fallpauschale um 20 Prozent gemindert wird, dann bleibt nicht mehr genügend Geld übrig, um einen Vertrag mit einem Belegarzt abzuschließen. Dann bleibt es

eher dabei, dass die Belegärzte über die KVen zu finanzieren sind. Wenn man die Regelung mit Leben füllen will, dann muss die Minderung auf 80 Prozent zurückgenommen werden. Wir plädieren für eine Vergütung zu 100 Prozent. Somit würde die Fallpauschale bezahlt und das Krankenhaus könnte den Beleger frei einkaufen. Man sollte darüber nachdenken, ob man nicht zumindest dem Antrag des Bundesrates folgen sollte, der eine Absenkung auf 90 Prozent vorgeschlagen hat. Wird nichts geändert, läuft die Regelung ins Leere.

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Es ist richtig, wie Herr Baum gesagt hat, dass wir derzeit noch keine Erfahrungen damit haben, wie sich die Regelung auswirkt. Aber das Problem muss sehr viel grundsätzlicher gesehen werden, denn die Förderungswürdigkeit des Belegarztwesens resultiert ja daraus, dass es eben auch eine kostengünstige und effiziente Versorgung ist. Wenn wir nun eine Korrektur vornehmen, wie das hier gefordert wird, und einen Wert von 90 Prozent oder mehr festlegen, dann heißt das, dass das Belegarztwesen teurer wird und die Förderungswürdigkeit gar nicht mehr gegeben ist. Daher ist die Wahloption an dieser Stelle falsch. Es handelt sich hier nicht um ein Vergütungs-, sondern um ein Wettbewerbsproblem, das dadurch entsteht, dass die Krankenhäuser zunehmend ambulant tätig werden und damit auch dem Belegarztwesen Konkurrenz machen. Die Vergütung ist deshalb abgesenkt worden, weil der Belegarzt die Diagnostik im Krankenhaus nicht zu wiederholen braucht. Zudem kann er die Patienten, die er behandelt, selbst auswählen. Auch in den Kalkulationen des InEK gibt es entsprechende Hinweise, dass hier geringere Kosten entstehen und deshalb auch die Vergütung geringer ist. Daher ist die Förderungswürdigkeit nur dann gegeben, wenn auch geringere Ausgaben für die Kassen entstehen. Eine Erhöhung der Vergütung würde lediglich zu höheren Kosten führen und nicht die Versorgung verbessern.

**Abg. Annette Widmann-Mauz** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den BPI und bezieht sich auf die Regelung zum Compassionate Use. Der § 21 Abs. 2 Nr. 6 AMG sieht eine kostenlose Bereitstellung von noch nicht zugelassenen Arzneimitteln durch den pharmazeutischen Unternehmer im Rahmen des Com-

passionate Use vor. Wie beurteilen Sie diese Regelung?

**SVe Prof. Dr. Barbara Sickmüller** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Nach unseren Informationen werden in anderen EU-Mitgliedstaaten die Arzneimittel üblicherweise im Wege des Compassionate Use auf Kosten der Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Insofern gibt es hier keine Regelung, wie sie im Moment im AMG vorgesehen ist. So gibt es z. B. in Frankreich spezielle Compassionate Use-Programme, um Patienten, auch bevor ein Arzneimittel zugelassen ist, adäquat behandeln zu können. Bisher gibt es auch in Deutschland die Regelung, dass die Krankenkassen im Vorfeld befragt werden. Hier liegt also die Möglichkeit einer Ermessensentscheidung vor. Wir sehen eigentlich die Regelung, wie sie im Moment gilt, als adäquat für die Versorgung der Patienten an.

**Abg. Peter Friedrich** (SPD): Meine Frage richtet sich an die ABDA, den Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller und die Verbraucherzentralen Bundesverband. Der Gesetzentwurf sieht bei der Versanderlaubnis in eine Datenbank nach § 67a eine Änderung vor. Begründet wird dies mit der Arzneimittelsicherheit. Wenn wir über Arzneimittelsicherheit im Arzneimittelversand sprechen, stellt sich für uns jedoch die Frage, inwieweit die eingetretene Praxis im Bereich der so genannten Pick-Up-Stellen einer ähnlichen Regelung bedarf, inwieweit hier die Sicherheit gewährleistet werden kann oder ob es entsprechender Rahmenregelungen bedarf, damit der Versandhandel nicht durch verschiedene Abgabewege in seiner Sicherheit gefährdet wird.

**SV Heinz-Günter Wolf** (ABDA - Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände): Die sogenannten Pick-Up-Stellen sind ein sehr problematischer und – wie auch bei der letzten Anhörung im Gesundheitsausschuss deutlich wurde – unerwünschter Auswuchs des Versandhandels mit Humanarzneimitteln. Es gibt drei Punkte, die hier thematisiert werden müssen. Es gibt Konzepte, die einen flächendeckenden Ausbau des Pick-Up-Systems durch Nichtapotheken vorsehen. Das wäre ein System, in dem parallel zu den ordnungspolitisch eingebundenen Apotheken ein zusätzliches

Arzneiverteilungssystem aufgebaut würde. Hier gibt es allerdings keinerlei Gemeinwohlverpflichtungen und persönliche Beratungspflichten. Es beinhaltet auch einen völlig anderen Kostenrahmen als bei einer ordentlichen Apotheke. Diese neue Parallelstruktur kann durch den hier stattfindenden extrem asymmetrischen Wettbewerb gerade in problematischen Gegenden den ordentlichen Apotheken das Wasser abgraben. Eine ordnungsgemäße Sicherstellung der Versorgung mit Arzneimitteln halte ich unter solchen Umständen für gefährdet. Oft halten in ländlichen Gebieten die ordentlichen Apotheken den Notdienst rund um die Uhr aufrecht. In dem neuen System würden die Drogeriemärkte tagsüber die Arzneimittel verteilen, während die ordentlichen Apotheken die Beratung übernehmen würden. Weiterhin ist die öffentliche Wahrnehmung so, dass der Gesetzgeber aus gutem Grunde die Apothekenpflicht eingeführt hat. Ich habe gerade aus einer Fernsehansage eine Stellungnahme zugeleitet bekommen, die die öffentliche Wahrnehmung wiedergibt, dass man z. B. ein Medikament wie Formigran in der Drogerie bestellen oder es sich wahlweise auch nach Hause schicken lassen kann. Es bedarf nach meiner Auffassung dringend einer Regelung im Pick-Up-Bereich, die dafür sorgt, dass ärztlich verordnete Medikamente nicht in Gewerbebetrieben abgegeben werden dürfen. Die gehören in die Apotheke. So ist es auch in allen anderen Industrieländern. Wenn man dagegen nicht einschreitet, wird die Bundesrepublik Deutschland in das Mittelalter zurückkatapultiert.

SVe **Andrea Schmitz** (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V. (BAH)): Ich möchte mich gerne meinem Vorredner anschließen, auch wenn ich mich vielleicht nicht ganz so zugespitzt äußern würde wie er in seiner abschließenden Äußerung. Grundsätzlich sind aber auch wir der Meinung, dass es einer gesetzlichen Regelung für Pick-Up-Stellen bedarf. Es ist seinerzeit vom Gesetzgeber sicherlich nicht vorausgesehen worden, wie sich der Versandhandel entwickeln würde. Auf der anderen Seite hat das Bundesverwaltungsgericht eindeutig erklärt, dass im Prinzip auch Abholstellen mit dem Versandhandel vereinbar sind. Wir haben es hier aber mit Arzneimitteln, also mit Waren besonderer Art, zu tun. Insofern muss man dringend Regelungen schaffen, die dem gerecht werden. Besonders wichtig ist natürlich die Frage, an welchen Orten solche

Pick-Up-Stellen geschaffen werden dürfen. Außerdem sollte man daran denken, eine entsprechende Überwachung für solche Pick-Up-Stellen zu schaffen.

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Wir sehen auch Probleme im Zusammenhang mit den Pick-Up-Stellen. Allerdings wäre aber selbst die Post eine Pick-Up-Stelle, wenn ein Paket mit Arzneimitteln nicht zugestellt werden kann. Denn in diesem Fall geht es zurück an die Postfiliale und wird dort abgeholt. Das bedeutet: Grundsätzlich treten wir für eine vielfältige und verbraucherfreundliche Distribution ein. Die derzeitige Diskussion über die Probleme des Versandhandels sollte also nicht dazu führen, dass dieser unmöglich gemacht wird. Wir sehen aber durchaus das Problem, dass für den Verbraucher eine große Verwirrung entsteht, wenn hier eine Vermischung von Drogerien bzw. allen möglichen anderen Gewerbetreibenden und den Apotheken stattfindet. Es zeichnet sich aber noch nicht ab, wie man diesen Bereich sinnvoll regeln könnte.

Abg. **Christian Kleiminger** (SPD): Meine Frage betrifft die Finanzierung ambulanter und stationärer Hospize und richtet sich an den Deutschen Hospiz- und Palliativverband (DHPV). Durch die geplante Neuregelung der Finanzierung der stationären Hospizversorgung sollen zum einen die Versicherten von ihrem Eigenanteil befreit werden. Zum anderen ist es das Ziel der von den Koalitionsfraktionen getragenen Änderungen, dass zukünftig 90 Prozent der zuschussfähigen Kosten von den gesetzlichen Kostenträgern zu übernehmen sind und dass stationäre Hospize für Erwachsene zukünftig mit nicht mehr als zehn Prozent des Kostenanteils belastet werden. Wie beurteilen Sie diese Änderung? Halten Sie sie für ausreichend, um eine angemessene Förderung stationärer Hospize zu erreichen? Und wird Ihrer Meinung nach dadurch sichergestellt, dass in der zukünftigen Praxis entsprechend der politischen Vorgabe nur zehn Prozent der Kosten von den Hospizen selbst aufgebracht werden müssen?

SVe **Dr. Birgit Wehrauch** (Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V. (DHPV)): Ich begrüße zunächst für den Deutschen Hospiz- und Palliativverband ausdrücklich, dass mit den hier vorgelegten Änderungsanträgen sechs

und sieben die Hospizfinanzierung im ambulanten und stationären Bereich auf eine neue Grundlage gestellt wird. Das enthebt uns großer Sorgen, weil wir – gerade im ambulanten Bereich – zum Teil befürchten mussten, dass unsere Arbeit in der Existenz gefährdet wird. Wir begrüßen uneingeschränkt die vorgesehenen Regelungen zur ambulanten Hospizfinanzierung und die Klarstellung zum § 37b SGB V. Das möchte ich hier ausdrücklich noch einmal sagen. Denn zurzeit wird die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) nach § 37b SGB V, bezogen auf die palliativärztliche Versorgung in stationären Hospizen, in den Verträgen, die vor Ort ausgehandelt werden, von den Krankenkassenverbänden sehr unterschiedlich gehandhabt. Der GKV-Spitzenverband hat ja auch in seiner Stellungnahme ausdrücklich noch einmal erklärt, dass er die vorgeschlagene Regelung, das heißt eine entsprechende Finanzierung im Rahmen der SAPV, ablehnt. Dagegen stimmen einzelne Kassen der Regelung inzwischen zu. Insofern ist die Klarstellung sehr wichtig. Zur Frage der Finanzierung der stationären Hospize ist Folgendes zu sagen: Wir begrüßen ausdrücklich, dass die Patienten von einem Eigenbeitrag freigestellt werden sollen, weil die Patienten derzeit – und das in dieser sehr kurzen letzten Lebensphase – nicht wissen, wie hoch sie belastet werden. Der Betrag ist für Sie unkalkulierbar. Hinzu kommt, dass die Höhe dieses Betrages zwischen den verschiedenen Ländern und den einzelnen Hospizen sehr stark variiert. Wir begrüßen auch sehr, dass diese Regelung das Ziel hat, die Hospize zukünftig nur noch mit zehn Prozent, Kinderhospize nur mit fünf Prozent der Kosten zu belasten. Die Realität sieht derzeit so aus, dass die gesetzlichen Kostenträger nur rund 60 Prozent und die Hospize rund 30 Prozent der Kosten tragen und dass bei den Patienten noch ein beträchtlicher Eigenanteil verbleibt. Wir haben allerdings die Sorge, dass die Formulierung in dem vorgelegten Gesetzentwurf bezogen auf die Finanzierung der stationären Hospize insofern unzulänglich ist, als die Krankenkassen nicht verpflichtet werden, ihren Beitrag zu erhöhen. Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass die Krankenkassen weiterhin mit sechs Prozent der Bezugsgröße nach § 18 SGB IV belastet bleiben. Dadurch könnten die Hospize unter Umständen in eine noch schwierigere Situation geraten, weil sie zukünftig keinen Beitrag von Patienten mehr erheben dürfen, aber auch von den Krankenkassen keine ergänzende Finanzierung erhalten,

weil die Marge von sechs Prozent nicht angehoben werden muss. Daher steht zu befürchten, dass das Ziel, das hier ausdrücklich formuliert wird und das die Politik mit dieser gesetzlichen Regelung verfolgt, nicht erreicht wird, wenn wir nicht zugleich auch den Prozentsatz der Bezugsgröße von sechs auf sieben Prozent erhöhen. Wir möchten ausdrücklich darum bitten, diese Anregung aufzunehmen, damit wir das Ziel, das wir gemeinsam verfolgen, auch tatsächlich erreichen.

Abg. **Mechthild Rawert** (SPD): Ich wende mich an die Bundesärztekammer, an die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft und den Bundesverband der pharmazeutischen Industrie. Meine Frage bezieht sich auf die geschlechterdifferenzierte Form von Arzneimitteln. Wir wissen, dass bei der Entwicklung von Medikamenten auch dieses Thema Berücksichtigung finden sollte. Halten Sie es für sinnvoll, dass im Interesse der Patientensicherheit bereits zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Zulassung eines Medikamentes spezielle Unterlagen zur Wirksamkeit und zum Nutzen-Risikoverhältnis im Hinblick auf Genderaspekte beizufügen sind?

SV **Dr. Gert Schomburg** (Bundesärztekammer (BÄK)): Aus Sicht der Bundesärztekammer kann ich sagen, dass zum Zeitpunkt des Zulassungsantrages eines Arzneimittels alle Erkenntnisse, die bis dahin verfügbar sind, im Interesse der Patienten auch offengelegt werden sollten.

SVe **Prof. Dr. Barbara Sickmüller** (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI)): Die Diskussion über die Einbeziehung von Frauen in klinische Prüfungen ist nicht neu. Darüber wird schon eine Weile diskutiert, und die Industrie hat hier auch entsprechend reagiert. Frauen werden seit geraumer Zeit in klinische Prüfungen in gleichem Umfang einbezogen. Es kommt dabei allerdings stark darauf an, um welchen Typ von klinischer Prüfung es sich handelt, das heißt, ob hier vielleicht Risiken für die Frauen bestehen. In manchen Fällen muss man sicher vorsichtig sein. Aber bei Frauen außerhalb des gebärfähigen Alters ist seit geraumer Zeit schon eine gleichberechtigte Einbeziehung gegeben. Die entsprechenden Daten werden dann auch bei der

Zulassungsentscheidung gewürdigt. Hier hat sich also Vieles getan. Insofern hat man der Kritik, die früher sicher oft berechtigt war, in erheblichem Maße Rechnung getragen.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Es geht mir noch einmal um das Thema Transparenz in Bezug auf die Honorarentwicklung bei Ärzten. Meine Frage richtet sich an die Kassenärztliche Bundesvereinigung und an den Einzelsachverständigen Herrn Reschke. Ab wann rechnen Sie mit flächendeckenden Erkenntnissen zu den Auswirkungen des neuen Vergütungssystems, und zwar in allen kassenärztlichen Vereinigungen, auch differenziert nach einzelnen Arztgruppen? Welchen Handlungsbedarf sehen Sie im Hinblick auf die Datenübermittlung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen? Zusätzlich möchte ich noch eine Frage an die Verbraucherzentrale Bundesverband richten. Halten Sie eine Veröffentlichung der GKV-Einkommen niedergelassener Ärzte nach Arztgruppen und Planungsbereichen im Internet und im Bundesanzeiger für sachgerecht?

SV **Stefan Gräf** (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Wir rechnen damit, dass wir Ende Mai in der KBV erste vorläufige Ergebnisse haben werden. Wir werden dazu ein Sondersystem aufbauen, mit dem wir die ersten Trendmeldungen hochrechnen, um schon so früh wie möglich erste Ergebnisse vorweisen zu können, die dann allerdings noch unter Vorbehalt stehen. Flächendeckende Ergebnisse von allen kassenärztlichen Vereinigungen dürften – auch differenziert nach Arztgruppen – etwa im September vorliegen. Von der Veröffentlichung von Arzteinkommen halten wir gar nichts.

SV **Peter Reschke**: Ich kann mich dem, was Herr Gräf gerade dazu gesagt hat, weitgehend anschließen. Ich rechne selbst auch damit, dass das Institut des Bewertungsausschusses dem Bewertungsausschuss die zusammengeführten Ergebnisse im Herbst 2009 vorlegen kann. Erforderlich sind dafür Daten auf Stichprobenbasis über die Umsatzentwicklung im vertragsärztlichen, das heißt im KV-Bereich, für die anonymisierte Arztpraxis.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Ich möchte gern auch noch erfahren, ob Sie die Veröffent-

lichung in Bundesanzeiger und Internet für sachgerecht halten.

SV **Peter Reschke**: Über die Frage habe ich mir keine Gedanken gemacht. Wir bedienen zunächst den Bewertungsausschuss. Ich arbeite im Institut des Bewertungsausschusses. Die Antwort würde ich gerne anderen Sachverständigen überlassen.

SVe **Susanne Mauersberg** (Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. (vzbv)): Die Art und Weise, wie die Honorarregelungen in der Öffentlichkeit debattiert werden, hat in erheblichem Maß zur Verunsicherung der Patienten und Patientinnen geführt. Denn hier ist vielfach mit unvollkommenen Informationen und zum Teil ohne ausreichende Kenntnis der sehr komplizierten Regelungen argumentiert worden. All dies spricht dafür, in diesem Bereich mehr Transparenz zu schaffen. Ich bin mir nicht sicher, ob hier eine Veröffentlichung im Internet wirklich weiterhilft oder ob das nicht auch wieder zu internen Auseinandersetzungen und Rangfolgekämpfen führt. Ich denke schon, dass die Honorarunterschiede zwischen den verschiedenen Ärztegruppen innerhalb der Ärzteschaft zum Teil auf wenig Verständnis treffen. Auch den Ärzten sind da viele Dinge noch völlig unklar und unverständlich. Wenn man nun die Informationen sofort in die Öffentlichkeit trägt, dann wird das wahrscheinlich dem Kommunikationsprozess innerhalb der Ärzteschaft nicht gerade förderlich sein. Aber grundsätzlich halte ich es für ein richtiges Ziel, hier zu einer Vereinheitlichung zu kommen. Auch den Ärzten ist letztlich klar, dass sie hier im Wort stehen, dass die Honorierung gerecht und für die Patienten nachvollziehbar sein muss. Bisher sind viele Ärzte an die Patienten herangetreten und haben sich darüber beklagt, wie wenig Geld sie für die Leistung erhalten, die sie konkret für den jeweiligen Patienten erbringen. Wenn Ärzte so etwa tun, dann dürfen sie sich nicht darüber wundern, dass die Forderung erhoben wird, ihre Honorierung zu veröffentlichen.

Abg. **Dr. Carola Reimann** (SPD): Vielleicht kann hier die Antwort auf meine letzte Frage noch etwas zur Klärung beitragen. Ich richte meine Frage an den GKV-Spitzenverband und Herrn Reschke. Die geplante Regelung sieht

vor, dass das BMG die Einzelheiten zu der Datenübermittlung und zu den Inhalten der Berichte des Bewertungsausschusses bestimmen kann. Dadurch soll die Transparenz erhöht werden. Deshalb folgende Frage: Welches Datenmodell würden Sie hier für geeignet halten? Und welche Kriterien für eine transparente, aussagekräftige und zeitnahe Honorarstatistik – gegebenenfalls unter Berücksichtigung der Praxiskosten – sollten z. B. für das erste Quartal 2009 zu beachten sein?

**SVe Dr. Doris Pfeiffer** (GKV-Spitzenverband): Wir haben im Moment eine unvollständige Datenlage. Insofern ist es sicher sinnvoll, hier für mehr Transparenz zu sorgen. Aus unserer Sicht müssten wir Daten zu folgenden Inhalten bekommen: Wir benötigen eine regionale Differenzierung, also nach KV-Ebenen sowie eine Differenzierung nach Arztgruppen und Praxistypen – also etwa MVZs, Gemeinschaftspraxen und Einzelpraxen –, eine Differenzierung nach Dimensionen, also nach Leistungsmengen und Eurobeträgen, nach den Honorarbestandteilen und dem Leistungsbedarf auf der Abrechnung der unterschiedlichen Vergütungsbereiche, also Morbi-Gesamtvergütung, besonders förderungswürdige Leistungen, RLV, sogenannte freie Leistungen und abgestaffelt vergütete Leistungen. Weiterhin brauchen wir Informationen zu den Verteilungswirkungen, also eine Aufteilung in Verlierer und Gewinnergruppen sowie für die einzelne Arztgruppe kumulierte Abrechnungshäufigkeiten von Gebühr, Position und weiteren Faktoren wie Arztzahlen, Fallzahlen, Arztkontakte und Überweisungshäufigkeiten. Zur Beurteilung der Honorarsituation bräuchte man sinnvoller Weise Informationen über die Honorareinnahmen, differenziert nach PKV, GKV und sonstigen Einnahmen. Bei den Praxiskosten – insgesamt und gegebenenfalls differenziert – könnte man die Systematik des statistischen Bundesamtes analog anwenden. Nötig wären hier Daten zu den Behandlungs- und Arztfallzahlen je Praxis und nach Arztgruppen, zum Praxistyp, zu den Kontakthäufigkeiten nach Praxis und Arztgruppen, zu den Überweisungshäufigkeiten, gegebenenfalls differenziert nach Trägerbereichen, sowie zum Umfang der Praxisöffnungszeiten und Betriebszeiten.

**SV Peter Reschke:** Ich möchte mich eher auf die Umsatz- und die Erlösseite konzentrieren.

Durch die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung stellt sich die Honorarsituation im Jahre 2009 bei vielen Ärzten anders als in den Jahren 2007 oder 2008 dar. Somit lässt sich kurzfristig keine ausreichende Transparenz herstellen. Das ist die Ausgangslage. Wenn solche Reformen gemacht werden, dann treten natürlich zum Teil solche differenzierten Entwicklungen der Arzthonore ein, wie sie Frau Pfeiffer dargestellt hat. Man muss zur Kenntnis nehmen, dass hier eine sehr schnelle, fast abrupte Veränderung stattgefunden hat. Der zweite Bereich lässt sich hingegen auch zeitnah abbilden. So wie Herr Gräf das beschrieben hat, können schon im Sommer Ergebnisse zum ersten Quartal 2009 vorliegen. Die Entwicklung der Praxiskosten wird sich aber wahrscheinlich nicht so schnell messen lassen. Das wird in den meisten Jahren allerdings auch nicht nötig sein. Solange wir keine Inflation oder sprunghafte Entwicklungen in bestimmten Kostenbereichen haben, kann man hier einfach eine Fortschreibung vornehmen. So verfahren wir auch für den Bewertungsausschuss. Mittelfristig sehe ich allerdings eine problematische Tendenz, für die wir erst noch eine Lösung finden müssen. Es ist ja jetzt so, dass die vertragsärztliche Abrechnung den Großteil der Einkünfte der Ärzte berücksichtigt. Darin nicht enthalten sind die privatärztlichen Abrechnungen, wie das auch Frau Pfeiffer beschrieben hat. Diese Anteile werden jedoch zunehmen, etwa durch Selektivverträge zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b, durch Verträge nach § 73c usw. Das heißt, die Darstellung der Veränderung von Honoraren und Umsätzen wird mittelfristig immer lückenhafter, und die kurzfristig erstellten Statistiken werden an Wert verlieren. Was bleibt, sind dann die Erhebungen des statistischen Bundesamtes, die allerdings nur alle vier Jahre durchgeführt werden, also nicht sehr zeitnah. Hier ist also noch Einiges zu tun.

**Die Vorsitzende, Abg. Dr. Martina Bunge (DIE LINKE.):** Damit sind wir am Ende der heutigen Anhörung. Ich möchte Ihnen allen für Ihre Bereitschaft danken hier herzukommen. Ich danke auch denjenigen, die nicht zu Wort gekommen sind. Ich danke auch allen Anwesenden, meinen Kolleginnen und Kollegen ebenso wie den Sachverständigen, für die Geduld bei der Bewältigung unserer technischen Probleme und wünsche Ihnen einen guten Heimweg.

Sitzungsende: 15:22 Uhr