



Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0065(6)
gel. VB zur Anhörung am 29.9.
10_AMNOG
21.09.2010

Stellungnahme

*zum Entwurf eines Gesetzes zur
Neuordnung des Arzneimittelmarktes in
der gesetzlichen Krankenversicherung
(AMNOG) BT-Drs. 17/2413*

**Abteilung Soziale Sicherung
Berlin, 20. September 2010**



INHALTSVERZEICHNIS

I. Zusammenfassung.....	- 3 -
II. Im Einzelnen.....	- 3 -
1. Bisherige kollektiv- bzw. verbandsvertragliche Strukturen	- 3 -
2. Geplante Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V	- 4 -
3. Konsequenzen der Geltung der §§ 1-3 GWB für die Gesundheitshandwerke.....	- 5 -
4. Handlungsoptionen für den Gesetzgeber.....	- 6 -

I. Zusammenfassung

Für die Gesundheit der Menschen leisten die fünf Gesundheitshandwerke in Deutschland – Augenoptiker, Hörgeräteakustiker, Orthopädie-Schuhtechniker, Orthopädie-Techniker und Zahntechniker – einen unschätzbaren Beitrag. Darüber hinaus sichern sie die qualifizierte Beschäftigung von rund 180.000 Menschen und sind damit wirtschaftlich gesehen ein struktur- und regionalpolitischer Stabilitätsfaktor.

75 Prozent der Betriebe haben weniger als 5 Mitarbeiter und sind somit klein- und mittelständisch strukturiert. Sie bieten eine qualifizierte Ausbildung und Beschäftigung in den Regionen. Zudem garantieren sie lokale Versorgungsstrukturen in der unmittelbaren Nähe der zumeist älteren Patienten. Diese lokalen Strukturen gilt es, zum Wohle der Bevölkerung und der deutschen Wirtschaft zu erhalten.

Die geplante Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V und die Geltung der §§ 1 - 3 GWB für die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und ihren Verbänden würde zur Folge haben, dass sämtliche Verträge der Leistungserbringerverbände im Hilfsmittelbereich als wettbewerbswidrige Preisabsprachen (Preiskartell) vom deutschen Kartellverbot (§ 1 GWB) erfasst werden. Damit würden die bewährten Leistungsstrukturen der Gesundheitshandwerke unwiederbringlich zerschlagen. Denn die Betriebe sind für einen fairen Interessenausgleich auf verbandsvertragliche Strukturen angewiesen, da sie alleine schon organisatorisch nicht in der Lage sind, mit über 160 Krankenkassen Verträge abzuschließen. Der Informations- und Organisationsmacht der gesetzlichen Krankenkassen, wie sie durch eine hohe Fusionsdynamik zudem ständig steigt, stünden die wohnortnahen Kleinst- und Kleinbetriebe ohne Gegenmacht gegenüber.

II. Im Einzelnen

1. *Bisherige kollektiv- bzw. verbandsvertragliche Strukturen*

Die Versorgung der Versicherten im System der gesetzlichen Krankenversicherung wird heute vorrangig durch kollektiv- bzw. verbandsvertragliche Regelungen bzw. Vereinbarungen im Hilfsmittelbereich der Gesundheitshandwerke zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern sichergestellt. Das SGB V räumt den Leistungserbringern, deren Verbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen spezifische Vertragsschlusskompetenzen mit den Krankenkassen, deren Landesverbänden oder Arbeitsgemeinschaften ein. So sieht § 127 Abs. 2 S. 1 SGB V für den Hilfsmittelbereich beispielsweise vor:

„Soweit Ausschreibungen nach Absatz 1 nicht durchgeführt werden, schließen die Krankenkassen, ihre Landesverbände oder Arbeitsgemeinschaften Verträge mit Leistungserbringern oder Landesverbänden oder sonstigen Zusammenschlüssen der

Leistungserbringer über die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung.“

Gerade im Bereich der **Hilfsmittelversorgung** ist es den **Leistungserbringerverbänden** und -zusammenschlüssen **explizit gestattet**, die **Einzelheiten der Versorgung der Versicherten** und **deren Preise** mit den Krankenkassen und deren Zusammenschlüssen zu vereinbaren.

Die kollektive Interessenvertretung im Rahmen der Vertragsvereinbarungen hat sich in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten bewährt. Die gesamte Struktur der Gesundheitshandwerke mit einer Vielzahl kleiner, wohnortnaher, mittelständischer Betriebe baut auf den Vereinbarungen der vertragsschließenden Verbände und sonstigen Zusammenschlüsse der Leistungserbringer mit den Krankenkassen und deren Zusammenschlüssen auf und sichert somit ein flächendeckendes und qualitativ homogenes Versorgungsangebot.

2. Geplante Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V

Der Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes (AMNOG) in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 6. Juni 2010 sieht u.a. vor, § 69 Abs. 2 SGB V wie folgt neu zu fassen:

„Die §§ 1 bis 3, 19 bis 21, 32 bis 34a und 48 bis 95 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen gelten für die in Absatz 1 genannten Rechtsbeziehungen entsprechend; die Vorschriften des Vierten Teiles des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen sind anzuwenden.“

Die geplante Gesetzesänderung soll vorrangig der Bildung von Nachfragekartellen entgegen wirken, wie z. B. bei den gemeinsamen Ausschreibungen der Allgemeinen Ortskrankenkassen im Bereich der Rabattverträge in der Arzneimittelversorgung nach § 130a Abs. 8 SGB V. Ausdrücklich selektivvertragliche Vertragsschlusskompetenzen der Krankenkassen sollen künftig nicht mehr „kollektivvertraglich“ im Sinne der Bündelung von kartellrechtswidriger Nachfragemacht genutzt werden. Das deutsche Kartellrecht soll umfassend, d. h. einschließlich des Kartellverbotes gemäß § 1 GWB, für die Krankenkassen entsprechend gelten.

Darüber hinaus soll gemäß der Gesetzesbegründung die entsprechende Geltung der §§ 1-3 GWB sicherstellen,

„(...), dass das Kartellrecht als Ordnungsrahmen umfassend auf die Einzelvertragsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern Anwendung findet und es auf Nachfrager-, aber auch auf Anbieterseite zu keinen unerwünschten, einer wirtschaftlichen Versorgung abträglichen Konzentrationsprozessen kommt (Kartellabsprachen und Oligopolbildung).“

3. Konsequenzen der Geltung der §§ 1-3 GWB für die Gesundheitshandwerke

Die derzeit geplante Fassung des § 69 Abs. 2 SGB V, die u. a. die entsprechende Geltung der §§ 1-3 GWB auf die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern und deren Verbänden anordnet, steht im **offenen Wertungswiderspruch** zu sämtlichen Kompetenzen der Leistungserbringerverbände und sonstigen Zusammenschlüssen der Leistungserbringer, die Einzelheiten, Konditionen und Preise der Versorgung der Versicherten mit den Krankenkassen und deren Zusammenschlüssen auszuhandeln.

Die geplante Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V wird zur Folge haben, dass sämtliche Verträge der Leistungserbringerverbände im Hilfsmittelbereich als wettbewerbswidrige Preisabsprachen (Preiskartell) vom deutschen Kartellverbot (§ 1 GWB) erfasst und verboten würden. Die zuständigen Kartellbehörden könnten in der Folge Bußgelder gegen die Verbände oder sonstigen Zusammenschlüsse der Leistungserbringer, deren Mitgliedsunternehmen sowie gegen die im Einzelnen handelnden Personen verhängen.

Denn nur dort, wo Verträge, zu deren Abschluss die Krankenkassen verpflichtet sind und gleichzeitig bei deren Nichtzustandekommen eine Schiedsamsregelung gilt, soll es weiterhin beim Ausschluss der Regelungen des Kartellrechts bleiben. Das trifft auf den Bereich der Hilfsmittelerbringung nicht zu. Dort sind Schiedsamsregelungen ebenso wenig vorgesehen wie zwingend abzuschließende Kollektivverträge.

Das durch die geplante Gesetzesänderung in § 69 Abs. 2 SGB V sicherlich unbeabsichtigt angeordnete kartellrechtliche Verbot von jeglichen Vereinbarungen der Leistungserbringerorganisationen wird in der Konsequenz die mittelständisch geprägte Struktur der Gesundheitshandwerke eliminieren. Die Verbände und sonstige Zusammenschlüsse (Arbeitsgemeinschaften etc.) der Gesundheitshandwerke müssten ab Inkrafttreten des Gesetzes von ihren gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen Möglichkeiten Abstand nehmen, Verträge im kollektiven Interesse ihrer Mitglieder mit den Krankenkassen und deren Zusammenschlüssen über verbindliche Konditionen und Preise abzuschließen und **bestehende Verträge kündigen**.

Stattdessen müsste jeder einzelne Betrieb zukünftig individuelle Verträge mit den über 160 Krankenkassen vereinbaren bzw. für jede individuelle Leistung, die sie erbringen, einen Kostenvoranschlag gemäß § 127 Absatz 3 SGB V bei den Krankenkassen einreichen. Für die klein- und mittelständigen (Handwerks)Betriebe – und für die gesetzlichen Krankenkassen – werden das pro Jahr über 10 Millionen Einzelvereinbarungen sein.

Für die Mehrzahl der Betriebe ist das schlicht nicht zu leisten. Sie müssten kurz- bis mittelfristig aus dem Markt und somit aus der Versorgung der Versicherten der GKV ausscheiden.

4. Handlungsoptionen für den Gesetzgeber

Aus alledem folgt, dass bei der Neufassung des § 69 Abs. 2 SGB V zwingend klargestellt werden muss, dass die ausdrücklich im SGB V normierten, spezifischen Kompetenzen der Leistungserbringerverbände und sonstigen Zusammenschlüsse der Leistungserbringer, Verträge mit den Krankenkassen und deren Zusammenschlüssen über einheitliche Konditionen und Preise abzuschließen, der Geltung der §§ 1- 3 GWB in § 69 Abs. 2 SGB V nicht unterliegen.

Für den Bereich der Hilfsmittelversorgung bedeutet dies konkret, dass im SGB V festgelegt werden muss, dass die Vertragskompetenzen der Leistungserbringer in § 127 SGB V von der geplanten Neuregelung in § 69 Abs. 2 SGB V nicht berührt werden.

Dr. Dohle
Berlin, 20.9.2010