

Entschließungsantrag

**der Abgeordneten Birgitt Bender, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg,
Markus Kurth, Renate Künast, Fritz Kuhn und der Fraktion BÜNDNIS 90/
DIE GRÜNEN**

**zu der dritten Beratung des Gesetzentwurfs der Fraktionen der CDU/CSU und SPD
– Drucksachen 16/194, 16/691 –**

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Seit Mitte der neunziger Jahre steigt der Anteil der Arzneimittelausgaben an den Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung stetig an. Diese Tendenz wurde auch durch das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) nur kurzzeitig unterbrochen.

Die entscheidende Determinante für diese Ausgabenentwicklung ist die sog. Strukturkomponente. Damit ist die Substitution von preiswerteren Arzneimitteln durch neue Präparate mit höheren Preisen gemeint. Von diesen neu auf den Markt gebrachten Arzneimitteln erhält nur ein Bruchteil neue Wirkstoffe. Die meisten sind bloße Molekülvariationen bereits auf dem Markt erhältlicher Medikamente. Da sie noch unter Patentschutz stehen, sind sie besonders teuer. Einen therapeutischen Zusatznutzen für die Patientinnen und Patienten haben diese aber nicht.

Die Strukturkomponente ist damit der wichtigste Ansatzpunkt für eine nachhaltige Begrenzung der Arzneimittelausgaben. Diese Erkenntnis wird aber in dem von den Fraktionen der CDU/CSU und SPD eingebrachten Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) nicht umgesetzt.

Auch die vorgesehene Bonus-Malus-Regelung, mit der die Koalitionsfraktionen das Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte beeinflussen wollen, ist für eine sachgerechte Steuerung der Arzneimittelausgaben ungeeignet. Die mittleren Tagestherapiekosten, die zur Bewertung des Ordnungsverhaltens herangezogen werden sollen, sind nur eine statistische Größe. Über die Angemessenheit der Arzneimittelausgaben im Einzelfall sagen sie nichts aus. Und auch die Öffnungsklausel, nach der die Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in ihren Regionen die bundesweite Regelung durch struktur- und wirkungsgleiche Regelungen ersetzen können, ändert nichts an dem grundlegenden Dilemma. Letztlich gilt, dass sich mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimitteltherapie nicht gegen die Ärztinnen und Ärzte durchsetzen lassen.

Tatsächlich würde die Annahme des Gesetzesentwurfes die Steuerung der Arzneimittelausgaben mittelfristig noch schwieriger machen. So würden durch den vorgesehenen zehnpromzentigen Sonderrabatt auf Generika vor allem mittelständische Generikahersteller getroffen und damit die Konzentrationstendenzen auf dem Generikamarkt verstärkt. Dem für die Ausgabenbegrenzung notwendigen Preiswettbewerb auf dem Generikamarkt würde damit schwerer Schaden zugefügt. Die weitere Angleichung der Preise von patentfreien Originalpräparaten und Generika wäre vorprogrammiert. Zu steigenden Ausgaben würden auch die vorgesehenen neuen Kriterien für die Festbetragsbildung führen. Durch die im Gesetzesentwurf enthaltene Regelung, dass künftig die bloße Neuartigkeit eines Medikaments ausreichen soll, um von der Festbetragsbildung ausgenommen zu werden, würde die Reichweite des Festbetragsystems erheblich eingeschränkt. Die Neuartigkeit eines Arzneimittels allein sagt jedoch nichts über seinen gesundheitlichen Nutzen aus. Zudem würde damit die mit dem GMG beschlossene Einbeziehung von nicht patentgeschützten Arzneimitteln ohne therapeutischen Zusatznutzen in die Festbetrags-Regelung faktisch wieder zurückgenommen.

Alles in allem sind durch den vorgelegten Gesetzesentwurf nur Strohuereffekte zu erwarten. Deren Finanzvolumen würde allenfalls reichen, um kurzzeitig die mit der vorgesehenen Mehrwertsteuer-Anhebung verbundene Mehrbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung auszugleichen. Mittelfristig würden die vorgesehenen Regelungen weiterer Ausgabenzuwächse im Arzneimittelbereich eher befördern als verhindern.

Statt eines missratenen Kostendämpfungsgesetzes ist ein Gesamtkonzept zur nachhaltigen Stabilisierung der Arzneimittelausgaben erforderlich. In dessen Mittelpunkt muss die Schaffung von Rahmenbedingungen stehen, unter denen ein dauerhafter funktionsfähiger Wettbewerb zwischen Arzneimittelherstellern, Arzneimittelhandel und Krankenkassen möglich ist.

II. Der Deutsche Bundestag wolle beschließen:

Die Bundesregierung wird aufgefordert, ein Konzept für eine nachhaltige Steuerung der Arzneimittelausgaben vorzulegen, das folgende Eckpunkte berücksichtigt:

- a) Seit der letzten Gesundheitsreform können Krankenkassen und Arzneimittelhersteller miteinander Rabattvereinbarungen schließen. Diese Preisverhandlungen sollten weiter entwickelt und auch im Festbetragssegment genutzt werden. Damit würde der Preiswettbewerb zwischen den Pharmaunternehmen intensiviert und die Krankenkassen würden zusätzliche Gestaltungsmöglichkeiten in der Arzneimittelversorgung erhalten. In diesem Zusammenhang ist auch zu prüfen, inwieweit der Kontrahierungszwang der Krankenkassen für alle in der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähigen Präparate gelockert werden kann, ohne die Verfügbarkeit therapeutisch notwendiger Arzneimittel in Frage zu stellen. Bei der Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen für Direktverträge zwischen Kassen und Herstellern ist die Chancengleichheit auch für mittelständische Anbieter zu gewährleisten. Ein lebhafter Wettbewerb setzt eine ausreichende Zahl von Anbietern voraus. Durch entsprechende gesetzliche Vorgaben (Ausschreibungspflicht für Direktverträge, Transparenz in der Vergabepaxis etc.) und die Anwendung des Wettbewerbs- und Kartellrechts kann dieses Ziel erreicht werden.
- b) Solange die Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern noch nicht flächendeckend und für alle Wirkstoffgruppen gelten, ist das Festbetragsystem als Preisregulierungsinstrument unverzichtbar. Die mit dem GMG beschlossene Ausweitung der Festbeträge auch auf Analogarzneimittel ohne Zusatznutzen gegenüber bereits eingeführten Arzneimitteln

ist beizubehalten. Dabei ist die Definition des Zusatznutzens nach Kriterien vorzunehmen, die die voneinander abweichenden Bedarfe unterschiedlicher Patientengruppen berücksichtigen. Damit könnte eine stärkere Patientenorientierung bei der Entwicklung und Evaluation neuer Arzneimittel erreicht werden.

- c) In Deutschland ist jedes zugelassene, verschreibungspflichtige Arzneimittel sofort und ungehindert zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig. Um dieses Einfallstor für Scheininnovationen zu schließen und sicherzustellen, dass echte Innovationen auch künftig von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden können, ist eine Kosten-Nutzen-Bewertung patentgeschützter Arzneimittel erforderlich. In diese Bewertung sollten auch häufig verordnete Arzneimittel einbezogen werden, die sich bereits auf dem Markt befinden. Auf dieser Informationsgrundlage können dann – je nach patientenrelevanten Zusatznutzen – die unterschiedlich hohen Erstattungsbeträge der gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzt bzw. Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern getroffen werden.
- d) Den Ärztinnen und Ärzten kommt eine Schlüsselrolle bei der Steuerung der Arzneimittelausgaben zu. Sie beeinflussen mit ihrem Ordnungsverhalten maßgeblich die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung. Allerdings kann die Ärzteschaft dieser wichtigen Steuerungsaufgabe nur nachkommen, wenn auch für die entsprechenden Rahmenbedingungen gesorgt ist. Dazu gehören hinreichend Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt und eine herstellerunabhängige pharmakologische Beratung. Zu mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt würde die Einführung einer Kosten-Nutzen-Bewertung führen. Die Ärztinnen und Ärzte erhielten damit eine wichtige Orientierungshilfe. Für die pharmakologische Beratung der Ärztinnen und Ärzte sind die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zuständig. Best-Practice-Beratungsmodelle müssen für die Kassenärztlichen Vereinigungen handlungsleitend werden. Darüber hinaus sind den Krankenkassen erweiterte Beratungsrechte einzuräumen. Die Aufklärung über die Wirtschaftlichkeit und Qualität eines Arzneimittels darf nicht den Pharmareferenten der Arzneimittelindustrie überlassen bleiben.
- e) Gerade unter den preiswerten Arzneimitteln liegen die Preise für Generika häufig deutlich unter denen für wirkstoffgleiche Originalpräparate. Durch die geltende Mindestzuzahlung in Höhe von 5 Euro haben die Patientinnen und Patienten aber keinen Anreiz, ihren Arzt um die Verordnung eines besonders preiswerten Medikaments zu bitten. Diese Schwachstelle der geltenden Zuzahlungsregelung muss behoben werden. Patientinnen und Patienten, die ihren Arzt dazu bewegen, ihnen ein besonders preisgünstiges Generikum zu verschreiben, sollten von der Zuzahlung befreit werden. Durch eine solche Regelung könnten vor allem chronisch kranke Patientinnen und Patienten erheblich entlastet werden.
- f) Der Arzneimittelhandel in Deutschland ist nach historisch überholten Regeln organisiert, die seine wettbewerbliche Ausgestaltung verhindern. Deutschland nimmt im OECD-Vergleich einen Spitzenplatz bei der Apothekendichte ein. Das Fremd- und das – durch die Gesundheitsreform nur unzureichend gelockerte – Mehrbesitzverbot sind mit einer Wettbewerbsordnung nicht zu vereinbaren. In diesem Zusammenhang wird auch über die einheitlichen Apothekenabgabepreise für verschreibungspflichtige Arzneimittel („Preisbindung der zweiten Hand“) zu diskutieren sein.

Berlin, den 14. Februar 2006

Renate Künast, Fritz Kuhn und Fraktion

