

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Uwe Barth, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Ulrike Flach, Otto Fricke, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Dr. Christel Happach-Kasan, Heinz-Peter Haustein, Elke Hoff, Birgit Homburger, Dr. Werner Hoyer, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Michael Link (Heilbronn), Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Hermann Otto Solms, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP**

### **Auswirkungen des Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz – AVWG)**

Das AVWG soll die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dadurch dauerhaft finanziell entlasten, dass

- ab dem 1. April 2006 die Festbeträge aller Festbetragsgruppen den höchsten Abgabepreis des unteren Drittels des Intervalls zwischen dem niedrigsten Preis und dem höchsten Preis einer Standardpackung nicht übersteigen sollen, wobei mindestens ein Fünftel aller Verordnungen und mindestens ein Fünftel aller Packungen zum Festbetrag verfügbar sein muss; zugleich darf die Summe der Vomhundertsätze der Verordnungen und Packungen, die nicht zum Festbetrag erhältlich sind, den Wert von 160 nicht überschreiten;
- die Krankenkassen vom pharmazeutischen Unternehmer auf patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel seit dem 1. April 2006 ein Abschlag von 10 vom Hundert des Herstellerabgabepreises ohne Mehrwertsteuer erhalten, es sei denn, der Apothekeneinkaufspreis des Arzneimittels unterschreitet den Festbetrags-Apothekeneinkaufspreis um mindestens 30 Prozent;
- die Spitzenverbände der Krankenkassen Arzneimittel von der Zuzahlung freistellen können, deren Apothekeneinkaufspreis um mindestens 30 vom Hundert unter dem Festbetrags-Apothekeneinkaufspreis liegt, wenn hieraus Einsparungen zu erwarten sind. In der Antwort der Parlamentarischen Staatssekretärin Marion Caspers-Merk vom 13. September 2006 auf die schriftliche Frage 59 des Abgeordneten Heinz Lanfermann auf Bundestagsdrucksache 16/2585 wird die Auffassung vertreten, dass der in § 31 Abs. 3

Satz 4 SGB V bestimmte prozentuale Preisabstand von 30 Prozent zum jeweiligen Festbetrag nach dem Wortlaut der Bestimmung ein Mindestabstand sei. Weder der Wortlaut noch Sinn und Zweck des Gesetzes stünden der Vorgehensweise entgegen, dass der prozentuale Preisabstand auch höher als 30 Prozent bestimmt werde, damit das Ziel, Einsparungen für die Festbetragsgruppe zu erreichen, verwirklicht werden könne. Eine Verletzung von Rechten der Versicherten ergebe sich hierdurch nicht. Die Regelung greife auch nicht unzulässig in Rechte von pharmazeutischen Unternehmen ein, da ihre Befugnis zur Entscheidung über die Abgabepreise unberührt bleibe.

Seit dem 1. April 2006 wird der Herstellerabschlag auf patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel erhoben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben zum 1. Juli 2006 zum einen die Festbeträge in 295 Festbetragsgruppen ins untere Preisdrittel abgesenkt. Unter diesen Gruppen befinden sich auch so genannte Jumbogruppen, in denen patentgeschützte und generikafähige Wirkstoffe zusammengefasst sind. Zum anderen haben sie zu diesem Termin für Arzneimittel in 79 Festbetragsgruppen der Stufe 1 die Freistellung von der Zuzahlung beschlossen.

Darüber hinaus ist der Begriff der therapeutischen Verbesserung in § 35 Abs. 1b SGB V exakter definiert worden mit dem Ziel, solche Arzneimittel von der Einordnung in eine Festbetragsgruppe auszunehmen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. In welchem Umfang hat der Abschlag nach § 130a Abs. 3b SGB V die GKV im Zeitraum vom 1. April bis zum 31. Juli/31. August 2006 bereits finanziell entlastet, und mit welchen weiteren Einsparungen aus diesem Zwangs-rabatt rechnet die Bundesregierung bis zum 31. Dezember 2006?
2. Welche finanzielle Entlastung der GKV hat die Senkung der Festbeträge ins untere Preisdrittel in den betreffenden 295 Festbetragsgruppen im Zeitraum vom 1. Juli bis zum 31. Juli/31. August 2006 bewirkt, und wie hoch veranschlagt die Bundesregierung das weitere Einsparpotenzial aus dieser Maßnahme bis zum 31. Dezember 2006?  
Wie verteilen sich die in dieser Zeitspanne erzielten Einsparungen auf patentgeschützte und generikafähige Arzneimittel?
3. Welche Einsparungen für die GKV hat die Freistellung von Arzneimitteln von der Zuzahlung im Zeitraum vom 1. Juli bis zum 31. Juli/31. August 2006 gebracht, und wie hoch quantifiziert die Bundesregierung die weiteren Entlastungen, die sich bis zum 31. Dezember 2006 aus den Freistellungen von der Zuzahlung ergeben, die zum 1. Juli 2006 wirksam geworden sind?
4. Hält die Bundesregierung an ihrer Auffassung fest, dass es bei der Festsetzung der Zuzahlungsbefreiungsgrenzen gemäß § 31 Abs. 3 Satz 4 SGB V eine völlige, durch keinerlei gesetzliche Regelung limitierte Entscheidungsfreiheit der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung gibt, im Gegensatz zu der Festsetzung der Festbeträge, die gemäß § 35 Abs. 5 SGB V definierte Versorgungsgrenzen beachten müssen?
5. Wenn ja, wie verträgt sich diese Auffassung mit dem Grundsatz, dass Entscheidungen für betroffene Unternehmen planbar sein sollen, wenn die Zuzahlungsbefreiungsgrenzen weder vorher ermittelt noch nachträglich inhaltlich nachvollzogen werden können?
6. Hat der Gemeinsame Bundesausschuss mittlerweile die Festbetragsgruppen daraufhin überprüft, ob eine Neubewertung aufgrund der Neubestimmung des Begriffs der therapeutischen Verbesserung durch das AVWG in § 35 Abs. 1b SGB V notwendig ist?

Wenn nein, warum nicht?

Wenn ja, mit welchen Konsequenzen?

7. Gibt es gesetzliche Krankenkassen, die von der Möglichkeit Gebrauch gemacht haben, Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 in Verbindung mit § 31 Abs. 2 SGB V zu schließen, die ein Überschreiten des Festbetrags bei Ausgleich der Mehrkosten ermöglichen?

Wenn ja, wie viele?

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die Praktikabilität dieses Instruments?
9. Gibt es Krankenversicherungsbezirke, in denen sich abzeichnet, dass es zu regionalen Vereinbarungen gemäß § 84 Abs. 4a SGB V zum Ersatz der Bonus-Malus-Regelung gemäß § 84 Abs. 7a SGB V kommt?

Wenn ja, welche sind dies, und wie soll die Wirtschaftlichkeit nach diesen Vereinbarungen sichergestellt werden?

10. Wie beurteilt die Bundesregierung die Anwendbarkeit der Bonus-Malus-Regelung nach § 84 Abs. 7a SGB V?
11. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass es für den Arzt bei der Bonus-Malus-Regelung keine Exkulpationsmöglichkeit für notwendiges individuelles Verschreibungsverhalten etwa aufgrund von therapeutischen Zusatznutzen oder unter Complianceaspekten gibt und der Arzt sich damit im Einzelfall der Konfliktsituation gegenüber sieht, durch die Verschreibung neuartiger und damit meist hochpreisiger Medikamente, die er für die individuelle Behandlung für notwendig hält, einem Malus ausgesetzt zu sein?
12. Hält die Bundesregierung die vierteljährlichen arztbezogenen Schnellinformationen nach § 84 Abs. 5 SGB V oder die Abrechnungsdaten aus den Apothekenrechenzentren nach § 300 Abs. 2 Satz 4 SGB V für geeignet, eine rechtlich belastbare Grundlage für die Sanktionen zu bilden?

Berlin, den 19. Oktober 2006

**Dr. Guido Westerwelle und Fraktion**

