



HAUSANSCHRIFT Wilhelmstraße 49, 10117 Berlin
POSTANSCHRIFT 11055 Berlin
TEL +49 (0)1888 441-2225
FAX +49 (0)1888 441-1245
INTERNET www.bmg.bund.de
E-MAIL pressestelle@bmg.bund.de

Presse- mitteilung

Berlin, 17. Februar 2006
Nr. 23

Marion Caspers-Merk: Qualität bleibt und Wirtschaftlichkeit steigt

Der Deutsche Bundestag hat heute das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Arzneimittelsversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz, kurz AVWG) beschlossen.

Dazu die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit **Marion Caspers-Merk**: „Die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung sind im letzten Jahr um rund 16 Prozent gestiegen. Das sind etwa 3,3 Milliarden Euro. Ein wesentlicher Grund für diesen Anstieg war, dass Ärztinnen und Ärzte mehr und teurere Medikamente verschrieben haben ohne zusätzlichen Nutzen für Patientinnen und Patienten. Wir wollen nicht zusehen, dass dadurch Beitragssatzerhöhungen drohen – deshalb haben wir gehandelt. Mit dem heute beschlossenen Gesetz stellen wir eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung sicher.

Die Bonus-Malus-Regelung, die ab dem nächsten Jahr gilt, ist keine Budgetierung oder Obergrenze für die Therapiekosten je Patient. Diese Regelung fordert von den Ärzten weder, die Anzahl der verordneten Arzneimittel zu verringern, noch die Verordnung medizinisch notwendiger Arzneimittel einzuschränken. Vielmehr soll für die Ärzte in der Gesundheitsversorgung das gelten, was überall sonst gilt: es soll auch

auf die Preiswürdigkeit der Produkte geachtet werden. Therapiefreiheit und wirtschaftliche Verantwortung sind unteilbar. Es gibt in Deutschland auch eine Vielzahl von Ärzten, die sich täglich bemühen eine optimale Therapie zu wählen. So verordnen beispielsweise die Ärzte aus Schleswig-Holstein und aus Bayern am sparsamsten, ohne dass die Versorgung der Patienten leidet. Es ist politisch geboten, diese Ärzte zu unterstützen und ihre Arbeit zu würdigen. Mit dem Therapiekostenprinzip auf der Basis von Durchschnittskosten wird dies möglich. Wir haben in diesem Bereich viel zu lange auf Ziel führende Aktivitäten der Selbstverwaltung gewartet.

Die Beschwörungsformeln der Selbstverwaltung haben auch in einem anderen Bereich keine Lösung gebracht. Der Beschluss des Deutschen Ärztetages zur Praxissoftware ist ein Papiertiger geblieben. Mit dem geplanten Gesetz wird jetzt Schluss gemacht mit manipulativer Software, die den Arzt bei der Auswahl der Arzneimittel beeinflusst.

Darüber hinaus wird mit diesem Gesetz der inflationäre Missbrauch der Naturalrabatte beendet. Das Geld, das die Unternehmen bisher für kostenlose Packungen an die Apotheken ausgegeben haben, geben wir an die Versicherten weiter durch den Rabatt auf Generika in Höhe von 10 Prozent des Herstellerabgabepreises. Gleichzeitig gilt vom 1. April an ein zweijähriger Preisstopp für Arzneimittel, die zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgegeben werden.

Die Koalition setzt mit dem vorgelegten Gesetz auf Rationalität und Transparenz. Vernünftiges und wirtschaftliches Verhalten wird belohnt. Wir fordern dabei von allen Beteiligten im Gesundheitswesen einen Beitrag: von Ärzten, von Versicherten, von der Industrie, von Apotheken und von den Kassen.“

Die Regelungen des Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetzes im Einzelnen:

1. Vom 1. April 2006 bis zum 31. März 2008 gilt ein zweijähriger Preisstopp, jedoch nur für Arzneimittel die zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden.
2. Die Festbetragsregelung wird neu justiert. Festbeträge sind Obergrenzen für die Erstattung von Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung. Es wird gesetzlich definiert, was echte Innovationen sind. Echte Innovationen, d. h. therapeutische Verbesserungen werden von den Festbeträgen freigestellt. Die Regelungen des Gesetzes erhöhen die Rechtssicherheit und Transparenz der Festbetragsregelung für Versicherte und pharmazeutische Unternehmen.

Die Festbeträge für Arzneimittel werden abgesenkt. Dabei wird auch nach neuem Recht für Ärzte und Versicherte eine ausreichende Arzneimittelauswahl zum Festbetrag gewährleistet bleiben. Hersteller, deren Arzneimittel teurer als Festbetrag sind, können ihre Marktchancen verbessern, wenn sie die Preise ihrer Produkte auf den Festbetrag senken, so dass die Versicherten keine zusätzlichen Mehrkosten aus eigener Tasche zahlen müssen. Die Krankenkassen können zudem mit den Herstellern einen speziellen Rabattvertrag abschließen, damit die Arzneimittel mit Preisen über Festbetrag für die Versicherten ohne Mehrkosten verfügbar sind.

3. Arzneimittel mit Preisen von 30 % und mehr unterhalb des Festbetrags können durch Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen von der Zuzahlung befreit werden. Dadurch erhalten alle Versicherten auch die Möglichkeit, preisgünstige Festbetragsarzneimittel ohne jegliche Zuzahlung zu erhalten. Wenn der Versorgungsanteil dieser preisgünstigen Arzneimittel steigt, können sowohl die Versicherten, als auch die Krankenkassen sparen. Diese Regelung verbessert zugleich die Marktchancen kleinerer und mittelständischer Unternehmen, die solche preisgünstigen Arzneimittel anbieten, und fördert damit den Wettbewerb im Arzneimittelmarkt.

4. Die Abgabe kostenloser Arznei-Packungen (Naturalrabatte) an Apotheken wird unterbunden. Apotheken hatten bisher die Möglichkeit, kostenlose Packungen anzunehmen und zum vollen Listen-Preis weiter zu verkaufen. Der Ausschluss von Naturalrabatten soll die Transparenz verbessern und den Preiswettbewerb im Arzneimittelmarkt zum Vorteil der Verbraucher und der Krankenversicherungen fördern. Daher gilt die Regelung auch für die rezeptfreien Arzneimittel und die Tierarzneimittel, die vom Endverbraucher selbst bezahlt werden. Auch die Krankenhausapotheken werden in diese Regelung einbezogen. Damit wird die Zusammenarbeit zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung verbessert. Es wird vermieden, dass Krankenhauspatienten mittels kostenloser Arzneimittel-Lieferungen von Herstellern auf Präparate eingestellt werden, deren Verordnung in der ambulanten Versorgung unwirtschaftlich ist.

5. Für Arzneimittel im Generika fähigen Markt, also für patentfreie Arzneimittel mit gleichen Inhaltsstoffen, die von mehreren Unternehmen angeboten werden, wird ein Rabatt in Höhe von 10 % des Herstellerabgabepreises erhoben. Dieser Rabatt ist für die Hersteller in der Regel belastungsneutral, weil der Rabatt dem Gegenwert der bisher gewährten Naturalrabatte entspricht, die durch dieses Gesetz abgeschafft werden. Das bisherige Volumen der Naturalrabatte wird zur Entlastung der Krankenkassenbeiträge an die Krankenkassen weitergegeben. Dieser Abschlag ist auch deshalb vertretbar, weil die Preise dieser Arzneimittel in Deutschland vergleichsweise hoch sind. Ausgenommen von diesem Rabatt sind allerdings Arzneimittel, deren Preis um 30 % niedriger als der Festbetrag ist. Diese Regelung kommt gerade kleineren und mittelständischen Generikaherstellern zu Gute, wenn diese solche preiswerten Arzneimittel anbieten.

6. Die Ärzte sollen künftig stärker in die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Arzneiverordnungen genommen werden (sog. Bonus-Malus-Regelung). Denn die Ärzte entscheiden mit ihren Verordnungen über die Höhe der Arzneimittelausgaben. Therapiefreiheit und wirtschaftliche Verantwortung sind nicht teilbar. Deshalb sollen künftig Zielvorgaben für die Preiswürdigkeit der verordneten Arzneimittel gelten.

Die Preiswürdigkeit der Arzneimittel in bestimmten Gruppen kann bestimmt werden mit Hilfe sog. Durchschnittskosten pro definierter Dosiereinheit auf Basis

definierter Tagesdosen (DDD). Die definierten Tagesdosen sind durch eine amtliche Klassifikation vorgegeben, an deren Vorbereitung auch Vertreter pharmazeutischer Unternehmen beteiligt sind. Die Einzelheiten dieser Zielvorgaben für DDD-Kosten sollen von der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene durch Vertrag vereinbart werden. Das DDD-Konzept stellt sicher, dass weder die Anzahl der verordneten Arzneimittel noch die Anzahl der versorgten Patienten zu einem Malus führt. Die Selbstverwaltung auf Landesebene erhält die Möglichkeit, diese Zielvorgaben durch eine regionale Vereinbarung abzulösen. Dabei erhalten die regionalen Vertragspartner den notwendigen Spielraum, um bei der Ausgestaltung der Verträge flexibel und kreativ sein zu können. Voraussetzung ist dafür nur, dass eine vergleichbare Verbesserung der Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnung erreicht wird und verbindliche Ausgleichsverpflichtungen vorgesehen werden für den Fall, dass die vereinbarten Ziele nicht erreicht werden.

7. Die Praxissoftware in der Arztpraxis muss künftig manipulationsfrei sein. Damit wird insbesondere die weit verbreitete Praxis unterbunden, Ärzten kostenlose Software zu liefern, die bei der Auswahl von Arzneimitteln einen bestimmten Hersteller bevorzugt.
8. Die Krankenhäuser sollen bei der Entlassmedikation auf Wirtschaftlichkeit achten.

Neben den Änderungen in der Arzneimittelversorgung soll die gesetzliche Zuwachsbegrenzung (die sog. Grundlohnrate) im Krankenhausbereich und bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen in den Jahren 2006 und 2007 von einem Mitglieder auf einen Versichertenbezug umgestellt werden. Damit wird dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung getragen, da ansonsten Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenkassen im Krankenhausbereich entstehen würden, die aus einer Umwandlung von Mitgliedschaftsverhältnissen in Familienmitversicherungen als Folge des Gesetzes für moderne Dienstleistungen am Arbeitsmarkt resultieren und denen keine entsprechenden Einnahmen gegenüberstehen. Für den Bereich der vertragsärztlichen und der vertragszahnärztlichen Vergütung finden auch weiterhin die Veränderungsraten je Mitglied Anwendung, da in diesem Leistungsbereich aufgrund der mitgliederorientierten Vergütungen in 2005 durch die Umwandlung von Mitgliedschaften in Familienmitversicherungen Vergütungsrückgänge entstehen, die durch

höhere Zuwachsraten bei einer Anwendung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den Jahren 2006 und 2007 kompensiert werden. Diese Umstellung verhindert Mehrausgaben der Krankenkassen in einer Größenordnung von ca. 180 Mio. Euro.

Das Gesetz tritt am 1. April 2006 in Kraft.

Weitere Informationen finden Sie im Internet unter:

<http://dip.bundestag.de/btd/16/001/1600194.pdf>

<http://dip.bundestag.de/btd/16/006/1600691.pdf>