

TOP 4:

Vierzehntes Gesetz zur Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (14. SGB V-Änderungsgesetz - 14. SGB V-ÄndG)

Drucksache: 62/14

I. Zum Inhalt des Gesetzes

Das Gesetz hat Änderungen bei der Arzneimittel- und der hausarztzentrierten Versorgung zum Gegenstand.

Im Arzneimittelbereich wird von weiterhin steigenden Arzneimittelausgaben ausgegangen. Daher sind unter anderem kostendämpfende Maßnahmen vorgesehen:

- Die 2011 eingeführte Möglichkeit wird aufgehoben, Nutzenbewertungen auch für Arzneimittel zu veranlassen, die bei Einführung der verpflichtenden Nutzenbewertung neuer Wirkstoffe bereits zugelassen und in Verkehr gebracht waren (sogenannter Bestandsmarktaufruf).
- Eine Liste nicht durch die Apotheke austauschbarer Arzneimittel wird nicht mehr fakultativ zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der maßgeblichen Spitzenorganisation der Apotheker vereinbart, sondern ist zwingend bis 30. September 2014 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu beschließen (§§ 129 Absatz 1 Satz 8, Absatz 1a Satz 2 und 3 SGB V).
- Mit Ausnahme der patentfreien, wirkstoffgleichen Arzneimittel (Generika) wird der Mengenrabatt für die Krankenkassen von 6 auf 7 Prozent erhöht (§ 130a Absatz 1 Satz 1 und 2 SGB V).
- Das Preismoratorium wird bis zum 31. Dezember 2017 verlängert. Davon ausgenommen werden Arzneimittel, für die ein Festbetrag nach § 35 SGB V festgesetzt ist (§ 130a Absatz 3a Satz 1 SGB V).

- An den Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und pharmazeutischen Unternehmen soll auch ein Vertreter einer Krankenkasse teilnehmen (§ 130b Absatz 1 Satz 2 SGB V).
- Vereinbarte Erstattungsbeträge sollen nach Ablauf einer zwölfmonatigen Phase der freien Preisbildung nach erstmaligem Inverkehrbringen eines neuen Wirkstoffs grundsätzlich für alle Arzneimittel mit demselben Wirkstoff gelten, die ab dem 1. Januar 2011 in Verkehr gebracht wurden oder werden (§ 130b Absatz 3a SGB V).

Durch die Erhöhung des Mengenrabatts und die Verlängerung des Preis-moratoriums werden Entlastungen der gesetzlichen Krankenversicherung in Höhe von rund 700 Millionen Euro erwartet. Dem stehen Kosten von rund einer Milliarde Euro gegenüber, die das Auslaufen des besonderen Hersteller-abschlags von 16 Prozent zur Folge haben soll.

Die Änderungen bei der hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V) sollen den Gestaltungsspielraum der Vertragspartner erweitern. So wird die Bindung an den gesetzlichen Grundsatz der Beitragssatzstabilität aufgehoben, die für Verträge ab September 2010 galt. Stattdessen sollen in den Verträgen Wirtschaftlichkeitskriterien und Regelungen zur Qualitätssicherung vereinbart werden. Die zwingende Vorgabe, dass Vergütungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 SGB V hinausgehen, durch vertragliche Vereinbarungen über Einsparungen und Effizienzsteigerungen gegenfinanziert werden müssen, wird wieder in eine Kann-Regelung geändert. Während die Aufsichtsbehörde die Wirtschaftlichkeit des Vertrages bisher bei Vertrags-schluss zu prüfen hatte, soll die Einhaltung der vertraglich vereinbarten Wirtschaftlichkeitskriterien vier Jahre nach Wirksamwerden des Vertrages nach-gewiesen werden.

II. Empfehlungen der Ausschüsse

Der **federführende Gesundheitsausschuss** und der **Wirtschaftsausschuss** empfehlen dem Bundesrat, einen Antrag gemäß Artikel 77 Absatz 2 GG nicht zu stellen.

Ferner empfehlen der **federführende Gesundheitsausschuss** und der **Wirt-schaftsausschuss** dem Bundesrat, eine begleitende EntschlieÙung zu fassen. Darin weisen die **Ausschüsse** übereinstimmend auf eine aus ihrer Sicht drohen-de Gefahr eines "Kellertreppeneffekts" hin, wenn der nach § 130b SGB V

vereinbarte Erstattungsbetrag für Arzneimittel zukünftig den bisherigen Abgabepreis des pharmazeutischen Unternehmers ersetze. Denn der ausgewiesene Listenpreis als "Preisanker" im internationalen Referenzpreissystem könne dadurch bedeutungslos werden mit gravierenden Folgen für den Pharmastandort Deutschland. Das Ziel einer Klarstellung hinsichtlich der Ermittlung des Erstattungsbetrags werde zwar unterstützt, es sei aber aufgrund der geschilderten Befürchtungen zu prüfen, ob dieses durch Änderungen im Arzneimittelgesetz oder der Arzneimittelpreisverordnung und damit auf anderem Wege erreicht werden könne.

Darüber hinaus hat sich der **Wirtschaftsausschuss** dafür ausgesprochen, mit der vorgesehenen Beendigung des sogenannten Bestandsmarktaufrufs auch diejenigen Verfahren zu beenden, die sich bereits im Stadium der Preisverhandlung nach § 130b SGB V befinden. Der **Wirtschaftsausschuss** empfiehlt ferner zu begrüßen, dass der Herstellerabschlag jährlich überprüft werden solle, befürchtet aber einen Zusammenhang zwischen Prüfergebnis und finanzieller Lage der gesetzlichen Krankenversicherung.

Außerdem empfiehlt der **Wirtschaftsausschuss**, die gesetzgeberische Lösung des Preismoratoriums zu hinterfragen. Die bessere gesetzgeberische Lösung hätte darin bestanden, ein "reales" Preismoratorium festzuschreiben und es den pharmazeutischen Unternehmen zu gestatten, die seit 2009 eingefrorenen Preise für das Jahr 2014 und die Folgejahre maximal bis zur Höhe der Inflationsrate des Vorjahres zu erhöhen (Inflationsausgleich).

Die **Empfehlungen der Ausschüsse** sind im Einzelnen aus **Drucksache 62/1/14** ersichtlich.

