

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Annette Widmann-Mauz, Dr. Wolf Bauer, Aribert Wolf, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Sabine Bergmann-Pohl, Dr. Hans Georg Faust, Ulf Fink, Hubert Hüppe, Dr. Harald Kahl, Eva-Maria Kors, Hans-Peter Repnik, Wolfgang Zöller und der Fraktion der CDU/CSU

Umsetzung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz

Das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz ist am 23. Februar 2002 in Kraft getreten. Das Gesetz hat bereits im Laufe des parlamentarischen Beratungsverfahrens heftige Kritik erhalten, weil die Bundesregierung und der Verband For-schender Arzneimittelhersteller (VFA) im November 2001 eine Einmalzahlung der Pharma-industrie an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) in Höhe von 400 Mio. DM vereinbart haben, dem als „Gegenleistung“ ein Verzicht des Gesetzgebers auf eine Kostensenkung für bestimmte Arzneimittel für die Jahre 2002 und 2003 gegenüber steht. Im Gesetzentwurf zur Begrenzung der Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (AABG) war zunächst ein Preisabschlag von 4 % bei verschreibungspflichtigen und nicht festbetrags-geregelten Medikamenten vorgesehen. Dadurch hätten die Krankenkassen pro Jahr etwa 485 Mio. DM sparen können, darunter rund 390 Mio. DM zulasten der Pharma-industrie. Damit wären auf die Pharma-industrie in 2002 und 2003 Kosten von insgesamt rund 780 Mio. DM zugekommen.

Presseberichten (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 30. Oktober 2001, Han-delsblatt vom 8. November 2001 und Frankfurter Rundschau vom 13. Dezember 2001) zufolge soll Bundeskanzler Gerhard Schröder diesen „400-Mio.-DM-Ablass“ selbst ausgehandelt und so zum Entstehen einer „Basarmalität“ bei-gekommen haben. In einem Kommentar heißt es dazu: „Es zeigt sich, dass die Vermutung der Käuflichkeit von Politik auch in Deutschland Ursprung und Nahrung aus Stil und Arrangements des politischen Prozesses gewinnt, die vor-demokratische Züge tragen: von der fallweise inszenierten Kanzlerintervention bis zum Gruppenschacher im Bündnis für irgendwas.“ (Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 31. Oktober 2001).

Nachdem die Bundesregierung im Gesetzgebungsverfahren auf einen engen Zeitplan gedrängt und den Bundesrat um Fristverkürzung ersucht hatte, damit in diesem Jahr mit dem Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz das von der Bundesregierung anvisierte Einsparziel von 2 bis 3 Mrd. DM erreicht werden kann, wird jetzt bekannt, dass die Voraussetzungen für die Handhabung der aut-idem-Regelung nur schrittweise geschaffen werden können, mit Folgen für die von der Bundesregierung mit diesem Gesetz angestrebte Einsparsumme.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Sieht die Bundesregierung in dem von Bundeskanzler Gerhard Schröder ausgehandelten Finanzbeitrag der Pharmaindustrie eine „Abgabe“ im Rechtssinne und wenn ja, um welchen „Abgabetyp“ handelt es sich dabei?
2. Wenn nein, welche andere rechtliche Qualifizierung misst die Bundesregierung dem bei?
3. Wie ordnet die Bundesregierung diesen vereinbarten Finanzierungsbeitrag in die Rechts- und Verfassungsordnung ein?
4. Können die den Finanzbeitrag zahlenden Unternehmen diese Zahlungen als betrieblich veranlasst verstehen und deshalb bei der Einkommen- und Körperschaftsteuer als Betriebsausgaben geltend machen und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung dazu?
5. In welcher Höhe führt dies zu Steuermindereinnahmen bei Bund und /oder Ländern?
6. Dürfen die gesetzlichen Krankenkassen dieses Finanzaufkommen entgegennehmen und wenn ja, dürfen sie es für ihre öffentlichen Aufgaben verwenden oder gibt es dafür verfassungsrechtliche Hinderungsgründe?
7. Wieso hat die Bundesregierung die Einnahme des Finanzbeitrages durch die Krankenversicherung gesetzlich nicht geregelt?
8. Hat Bundeskanzler Gerhard Schröder seine Absprache mit der gesetzesbetroffenen Pharmaindustrie über zukünftige Gesetzgebung durch persönliche Zusagen durch Handschlag getroffen, oder liegt dem eine schriftliche Fixierung zugrunde und wenn ja, welche Rechtsqualität misst die Bundesregierung dieser bei?
9. Gibt es zwischenzeitlich eine schriftliche Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und dem VFA über eine Zahlung von 400 Mio. DM und wenn nein, warum hat die Bundesregierung auf eine schriftliche Vereinbarung verzichtet?
10. Wenn es keine schriftliche Vereinbarung zwischen der Bundesregierung und dem VFA gibt, gibt es eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem VFA und den Spitzenverbänden der Krankenkassen?
11. Hat die Bundesregierung die Verfassungsmäßigkeit speziell des Artikels 2 des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes durch die zuständigen Verfassungsressorts prüfen lassen?
Wenn nein, warum nicht?
12. Wird Bundeskanzler Gerhard Schröder und die Bundesregierung aufgrund ihres Verfassungsverständnisses auch künftig unter vergleichbaren Umständen Gesetzesinhalte von Zahlungen der Gesetzesbetroffenen abhängig machen und erkennt die Bundesregierung in der Vereinbarung mit der Pharmaindustrie zur Vermeidung eines Gesetzesvorhabens ein neues Gesetzgebungsmotiv?
13. In welcher Weise hält die Bundesregierung die von ihr getroffene entgeltliche Vereinbarung über eine zukünftige Gesetzgebung für im Regelwerk des Grundgesetzes (GG) vorgesehen, worauf stützt sich die Kompetenz dafür?
14. Mit welcher verfassungsrechtlichen Begründung leitet die Bundesregierung eine finanzielle Belastung von Grundrechtsberechtigten zur Finanzierung öffentlicher Aufgaben außerhalb des Abgabensystems aus dem GG ab?

15. Misst die Bundesregierung dabei dem Umstand Bedeutung bei, dass alle staatlich auferlegten Zahlungslasten unter Gesetzesvorbehalt stehen, dass also dem Parlament – als Repräsentanten der Abgabenzahler – die Entscheidung über Art und Intensität der Abgabenlast vorbehalten ist?
16. Hält die Bundesregierung die Erklärung dieses Gesetzgebungsverzichts für in ihrer Verfassungskompetenz liegend und wenn ja, hat sie dadurch die nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes zuständigen Gesetzgebungsorgane gebunden, so dass sich diese Gesetzgebungsorgane in ihrer Gesetzesinitiative gehindert sehen müssen?
17. Wie rechtfertigt die Bundesregierung die Vereinbarung mit einem besonders zahlungskräftigen Industriezweig im Hinblick auf Artikel 3 GG gegenüber weniger finanzkräftigen Akteuren?
18. Sieht die Bundesregierung hierdurch eine Verfassungsentwicklung eingeleitet nach der sie, die Bundesregierung, im Bedarfsfall Entscheidungen im Rahmen ihrer eigenen Kompetenz unter einen Vorbehalt von Zahlungsbereitschaft und Zahlungsfähigkeit von Entscheidungsbetroffenen stellt?
19. Soll die Bundesregierung künftig im Bedarfsfall Zahlungsvereinbarungen veranlassen können, um auf das Parlament als Gesetzgeber im Sinne der anderen Vertragspartei inhaltlich Einfluss auszuüben?
20. Trifft es zu, dass die in § 129 Abs. 1 Nr. 1 Fünftes Buch Sozialgesetz (SGB V) in der Fassung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes verankerte aut-idem-Regelung nicht – wie von der Bundesregierung beabsichtigt – mit dem Inkrafttreten des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes umgesetzt werden kann?

Wenn ja, was sind die Gründe hierfür?

21. Wann werden die Spitzenverbände der Krankenkassen entsprechend dem gesetzlichen Auftrag die obere Preislinie des unteren Preisdrittels für die jeweilige Arzneimittelgruppe bekannt machen (§ 129 Abs. 1 Satz 4 SGB V in der Fassung des AABG) mit anderen Worten, wann ist mit einer vollständigen Anwendbarkeit dieser Neuregelung zu rechnen?
22. Besteht für die Apotheker dessen ungeachtet die Verpflichtung, in der Übergangsphase bis zur Bekanntmachung der oberen Preislinien an Stelle des verordneten Arzneimittels ein preisgünstigeres Arzneimittel mit dem gleichen Wirkstoff und identischer Darreichungsform sowie identischer Packungsgröße abzugeben?
23. Ist der Apotheker überhaupt befugt und in der Lage, in der Übergangsphase bis zur Bekanntmachung der oberen Preislinien, Recherchen zur Preisgünstigkeit eines Arzneimittels anzustellen?
24. Trifft es zu, dass die Substitutionsverpflichtung durch den Apotheker erst dann gilt, wenn die Preisgünstigkeit eines Arzneimittels auch unter Berücksichtigung zusätzlich austauschbarer Darreichungsformen bestimmt und die obere Preislinie durch die GKV-Spitzenverbände im Bundesanzeiger bekannt gemacht worden sind?
25. Wie kann nach Auffassung der Bundesregierung eine geordnete Substitution erfolgen, ohne dass bisher die gesetzlichen Vorgaben erfüllt sind?
26. Wann ist damit zu rechnen, dass für die ersten Arzneimittelgruppen – voraussichtlich analog der Festbetragsstufe 1 – erste Hinweise zu den austauschbaren Darreichungsformen vorliegen?

27. Wie hoch schätzt die Bundesregierung die Einnahmeausfälle der gesetzlichen Krankenkassen in Folge der nicht rechtzeitigen Umsetzung der aut-idem-Regelung in der Fassung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes bzw. mit welchen Einsparungen rechnet die Bundesregierung im Jahr 2002?
28. Werden Importarzneimittel bei der Errechnung der oberen Preislinie des unteren Preisdrittels mitberücksichtigt und werden damit Originalarzneimittel durch Importarzneimittel substituiert, obwohl § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V i. V. m. dem Rahmenvertrag spezialgesetzliche Regelungen zur Abgabe preisgünstiger Importarzneimittel enthalten?
29. Was ist unter dem unbestimmten Rechtsbegriff „gleicher Indikationsbereich“ zu verstehen bzw. wer soll wie festhalten, ob das Surrogatarzneimittel für den gleichen Indikationsbereich wie das verordnete Arzneimittel zugelassen ist und wer prüft, ob der Apotheker in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen und der ärztlichen Versorgung Arzneimittel abgegeben hat?
30. Welche Einsparungen würde die Bundesregierung im Falle der Einbeziehung von Parallelimporten bei der aut-idem-Regelung erwarten, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die vormals vorhandene Preisdifferenz von Importen zu Originalpräparaten spürbar geringer wird, bei manchen Präparaten beträgt sie bereits weniger als zwei Prozent?
31. Im Hinblick darauf, dass der Vertragsarzt zurzeit auf dem Kassenrezept eine Substitution ausschließen kann, indem er das entsprechende aut-idem-Kästchen auf dem Rezept ankreuzt, das Kreuz in diesem Kästchen vorher aber eine andere Bedeutung hatte, nämlich die Freigabe einer Substitution durch den Vertragsarzt durch den Apotheker, stellt sich die Frage, wie sichergestellt ist, dass es in der Übergangszeit nicht zu Unklarheiten bei der neuen Bedeutung des aut-idem-Kästchens kommt?
Wo ist die neue Bedeutung des Kreuzes für den Patienten nachvollziehbar veröffentlicht?
32. Was unternimmt die Bundesregierung, um Unsicherheiten und Verwirrung über die aut-idem-Regelung bei Patienten, Ärzten, Apothekern und pharmazeutischen Industrie abzubauen?
33. Was unternimmt die Bundesregierung, um eine zügige Umsetzung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes herbeizuführen?

Berlin, den 26. Februar 2002

Annette Widmann-Mauz
Dr. Wolf Bauer
Aribert Wolf
Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid)
Dr. Sabine Bergmann-Pohl
Dr. Hans Georg Faust
Friedrich Merz, Michael Glos und Fraktion

Ulf Fink
Hubert Hüppe
Dr. Harald Kahl
Eva-Maria Kors
Hans-Peter Repnik
Wolfgang Zöller