

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, Dr. Heinrich L. Kolb, Detlef Parr, Dr. Karl Addicks, Christian Ahrendt, Rainer Brüderle, Angelika Brunkhorst, Ernst Burgbacher, Patrick Döring, Mechthild Dyckmans, Jörg van Essen, Otto Fricke, Paul K. Friedhoff, Horst Friedrich (Bayreuth), Dr. Edmund Peter Geisen, Miriam Gruß, Joachim Günther (Plauen), Heinz-Peter Haustein, Birgit Homburger, Michael Kauch, Hellmut Königshaus, Gudrun Kopp, Jürgen Koppelin, Sibylle Laurischk, Harald Leibrecht, Ina Lenke, Michael Link (Heilbronn), Markus Löning, Horst Meierhofer, Patrick Meinhardt, Jan Mücke, Burkhardt Müller-Sönksen, Dirk Niebel, Hans-Joachim Otto (Frankfurt), Cornelia Pieper, Gisela Piltz, Jörg Rohde, Frank Schäffler, Marina Schuster, Dr. Max Stadler, Dr. Rainer Stinner, Carl-Ludwig Thiele, Florian Toncar, Christoph Waitz, Dr. Claudia Winterstein, Dr. Volker Wissing, Hartfrid Wolff (Rems-Murr), Martin Zeil, Dr. Guido Westerwelle und der Fraktion der FDP**

### **Probleme bei der Umsetzung der Gesundheitsreform (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz)**

Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) sind grundlegende Änderungen des Krankenversicherungssystems beschlossen worden, die dazu führen können, dass die Versicherungs- und Versorgungslandschaft in den nächsten Jahren einen grundsätzlichen Wandel erleben wird. Das in der Begründung zum GKV-WSG als modern und leistungsfähig bezeichnete Gesundheitswesen, „das allen Bürgerinnen und Bürgern Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung und zugleich rund 4,2 Millionen Beschäftigten und Selbstständigen Arbeitsplätze bietet“ sowie „eine Patientenversorgung auf hohem Niveau“, das „mit seiner Innovationskraft ... zudem von erheblicher ökonomischer Bedeutung für den Standort Deutschland“ ist und „im internationalen Vergleich ... leistungsfähig, und“ in der „Qualität der Gesundheitsversorgung ... als hoch eingeschätzt“ wird, wird nicht nur in Teilen z. B. im Hinblick auf Effizienz und Qualität verbessert, sondern es erfolgt eine deutliche Abkehr vom Gedanken einer föderalen und regionalen Optimierung der Prozesse hin zu einem zentralistischen Ansatz eines nationalen Gesundheitssystems, das der Idee des Wettbewerbs zuwider läuft. Verstärkt wird dies noch dadurch, dass dort, wo Konkurrenz zugelassen wird, keine eindeutigen kartell- und wettbewerbsrechtlichen Regelungen geschaffen worden sind, so dass sich marktbeherrschende Stellungen manifestieren können. Die Kombination aus Gesundheitsfonds, einheitlichem bundesweiten Beitragssatz für alle gesetzlichen Krankenkassen, dem limitierten Zusatzbeitrag und der Vervollständigung des Finanzkraftausgleichs zwischen den Krankenkassen greift ganz entscheidend in

die Marktstrukturen ein und zieht Unsicherheiten im Bereich der Vergütungen der Leistungserbringer nach sich, die im Einzelnen in ihrer Wirkung auf eine Vereinheitlichung hinauslaufen.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wann ist mit einer Regelung zu rechnen, wie häufig und zu welchen Terminen die Zuweisung vom Gesundheitsfonds an die einzelnen Krankenkassen erfolgen soll, und wie soll sichergestellt werden, dass es nicht zu Liquiditätsengpässen kommt?
2. Kann die Bundesregierung bestätigen, dass es in den letzten fünf Jahren Ungenauigkeiten bei der Prognose der Finanzentwicklung durch den Schätzerkreis in Höhe von 0,4 bis 0,5 Beitragssatzpunkte und damit ca. 4 bis 5 Mrd. Euro gegeben hat?
3. Welche anderen Erkenntnisse stehen dem beim Bundesversicherungsamt zu bildenden Schätzerkreis zur Verfügung, die vermuten lassen, dass die Prognosegenauigkeit höher als beim alten Schätzerkreis ist?
4. Wie beurteilt die Bundesregierung die Auswirkungen ungenauer Prognosen und daraus resultierender zu geringer Mittelverteilungen an die Krankenkassen im Hinblick auf die Gefahr von Insolvenzen?
5. Wer haftet dafür, wenn Prognoseungenauigkeiten dazu führen, dass Krankenkassen in Finanzierungsschwierigkeiten geraten?
6. Reicht das Volumen der im Gesundheitsfonds aufzubauenden Liquiditätsreserve aus, um auch im Fall von Fehlprognosen auf der Einnahmeseite die Finanzierbarkeit auf Dauer zu sichern, und wo sollen die Mittel für die vorgeschriebene, noch im selben Jahr zu erfolgende Rückzahlung herkommen?
7. Wie kann die Bundesregierung garantieren, dass die Bundeszuschüsse für versicherungsfremde Leistungen in der geplanten Weise ausgezahlt werden und ab 2009 um jährlich 1,5 Mrd. Euro bis auf insgesamt 14 Mrd. Euro anwachsen?
8. Welche Konsequenzen hätten haushaltspolitisch bedingte Kürzungen beim Zufluss der jährlichen Bundeszuschüsse auf die Notwendigkeit, Zusatzbeiträge zu erheben?
9. Wie beurteilt die Bundesregierung die Notwendigkeit einer Erhebung von Zusatzbeiträgen aufgrund von Fehleinschätzungen bei der Beitragssatzfestsetzung?
10. Welche vorbereitenden Arbeiten der Krankenkassen sind notwendig, um eine Zusatzprämie erheben oder eine Prämienausschüttung leisten zu können?
11. Mit welchem Verwaltungsaufwand und welchen Kosten je Versicherten rechnet die Bundesregierung im Hinblick auf die Notwendigkeit der Einrichtung von Beitragskonten, das Anschreiben von Mitgliedern, die Veranlassung und Überprüfung von Zahlungseingängen, Mahnverfahren, Anforderung von Einkommensnachweisen etc. bei der Erhebung eines Zusatzbeitrages und bei einer Auszahlung eines Zusatzbeitrages?
12. Wie beurteilt die Bundesregierung den Zeitverzug bis zum ersten Mal eine Erhebung des Zusatzbeitrages erfolgen kann im Hinblick auf die Notwendigkeit eines schnellen Ausweges aus einer finanziell angespannten Situation, und wie wirkt sich in diesem Zusammenhang das Sonderkündigungsrecht aus, das bewirkt, dass der Zusatzbeitrag nach Ausübung dieses Kündigungsrechts bei Ersterhebung gar nicht erhoben oder anderenfalls nicht erhöht werden darf?

13. Wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung, dass eine Krankenkasse, die Zusatzbeiträge erhebt, unwirtschaftlich arbeitet, da es in der Begründung zum GKV-WSG heißt: „Wirtschaftlich arbeitende Krankenkassen sind in der Lage, ihren Finanzbedarf aus den Mittelzuweisungen des Gesundheitsfonds zu decken oder sogar einen Überschuss zu erzielen und diesen an ihre Mitglieder auszuschütten“?
14. Wann rechnet die Bundesregierung damit, dass den Krankenkassen alle relevanten Informationen zur Erstellung der Haushaltspläne für das Jahr 2009 zur Verfügung stehen (Höhe des Einheitsbeitrages, Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Ausgestaltung des neuen Insolvenzrechts, Auswirkungen der Vergütungsreform im ambulanten Bereich)?
15. Wie beurteilt die Bundesregierung, dass die durch das Bundesversicherungsamt festgelegten Anforderungen, ab wann eine Diagnose als validiert gewertet wird, sehr niedrig sind im Hinblick auf Manipulationsgefahr und Tendenzen zum Upcoding, um die Finanzsituation der jeweiligen Krankenkasse zu verbessern?
16. Mit welchen Veränderungen rechnet die Bundesregierung durch den morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich auf Diagnostik und Therapie der Ärzte sowie die medizinischen Versorgungsstrukturen?
17. Wann wird die Bundesregierung konkretisieren wie die Konvergenzklausel umgesetzt werden soll, und wie wird die Regelung ausgestaltet sein?
18. Wie beurteilt die Bundesregierung im Hinblick auf die weitreichenden Folgen einer eventuellen Falschkalkulation und der Unsicherheit darüber wie Gesundheitsfonds, Einheitsbeitragssatz, Zusatzbeiträge und neue Vergütungsstrukturen zusammenwirken und um einen aufgrund dessen auftretenden Dominoeffekt von Krankenkasseninsolvenzen zu vermeiden, den Vorschlag, in einer Testphase auf die Installierung eines bundesweit einheitlichen Beitragssatzes und den damit zusammenhängenden Zusatzbeitrag zunächst zu verzichten und damit erst einmal die Auswirkungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs, des neuen Vergütungssystems bei den Ärzten und des neuen Insolvenzrechts sorgfältig zu analysieren, um einen Zusammenbruch des gegliederten Krankenversicherungssystems ausschließen zu können?
19. Ist sich die Bundesregierung völlig sicher, dass sie eine Unterdeckung bereits in der Startphase ausschließen kann, und wie begründet sie ihre Auffassung?
20. Werden zum 31. Dezember 2008 alle gesetzlichen Krankenkassen vollständig schuldenfrei sein, und wenn nein, welche Auswirkungen hat das im Hinblick darauf, dass für alle Krankenkassen die Insolvenzfähigkeit geschaffen wird?
21. Wie beurteilt die Bundesregierung die Standardisierung und Aufteilung der Verwaltungskosten zu 50 Prozent nach Versicherten und 50 Prozent nach Morbiditätskriterien, auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Notwendigkeiten, Pensionsrückstellungen zu bilden?
22. Mit welchen Auswirkungen auf die Arbeitgeber in Regionen mit günstigen Regionalkassen oder Betriebskrankenkassen durch einen hohen GKV-einheitlichen Beitragssatz rechnet die Bundesregierung, und mit welchen Folgen für ihre Wettbewerbsfähigkeit?
23. Nach welchen Kriterien werden die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds für das Krankengeld erfolgen?

24. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die im GKV-WSG beschlossenen 50 bis 80 Krankheiten ausreichen, um eine Krankenkasse vor einer nicht durch unwirtschaftliches Handeln verursachten Schließung bzw. Insolvenz ausreichend zu schützen, oder sieht sie im Hinblick auf die nicht funktionierende Finanzierungsmöglichkeit über den Zusatzbeitrag weiteren Handlungsbedarf z. B. bei Auftreten zahlreicher sehr teurer Akuterkrankungen bei einer Krankenkasse in einem Jahr?
25. Hält die Bundesregierung eine generelle Vereinheitlichung der Honorarsysteme im Hinblick auf die Systematik des Gesundheitsfonds für erforderlich, und wie begründet sie ihre Auffassung?
26. Ist eine generelle Vereinheitlichung der Honorarsysteme aus versorgungspolitischen Gründen überhaupt wünschenswert, und wenn ja, wie begründet die Bundesregierung ihre Auffassung?
27. Wie hoch sind die Einnahmeausfälle, die den gesetzlichen Krankenkassen dadurch entstehen, dass Personen, die ab 1. Januar 2007 verpflichtet sind, sich zu versichern, laufende und rückwirkend erhobene Beiträge nicht bezahlt haben, und wie viele Neuversicherte betrifft das?
28. Wie begründet die Bundesregierung ihre Haltung, dass die bisher schon zwangsweise GKV-Versicherten Kosten zusätzlich übernehmen müssen, die dadurch entstehen, dass aus Kulanzgründen auf das Eintreiben von Beitragsmitteln der Neuversicherten auf ausdrücklichen Wunsch des Bundesgesundheitsministeriums verzichtet werden soll, wenn Versicherte sich nicht in der Lage sehen, diese Beträge aufzubringen?
29. Wie begründet die Bundesregierung, dass die Versichertengemeinschaft sowohl der GKV als auch der PKV damit belastet werden soll, wenn ein vermögender Bundesbürger nach langjährigem Auslandsaufenthalt mit einer schweren eventuell chronischen Erkrankung in die Bundesrepublik Deutschland zurückkommt und dann, trotz seiner erheblichen Finanzmittel, ohne in der Vergangenheit geleisteten eigenen Beitrag den vollen Anspruch auf die Versicherungsleistungen hat?
30. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die PKV den Basistarif finanzieren kann, obwohl sie nicht die Bedingungen dafür geschaffen hat, dass die PKV in diesem Bereich die gleichen Vertragsgestaltungsmöglichkeiten wie die gesetzliche Krankenversicherung hat?
31. Wie stellt sich die Bundesregierung vor, dass die PKV von ihrem Recht Gebrauch machen kann, Rabattverträge für Arzneimittel abzuschließen, sie aber keine Kompetenz hat, mit den Ärzten entsprechende Vereinbarungen zu treffen, dass diese Arzneimittel dann auch verordnet werden?
32. Wie stellt die Bundesregierung sicher, dass der der PKV zuzurechnende Versicherte, der sich erst zum 1. Januar 2009 versichern muss, in der Zwischenzeit von den Sozialhilfeträgern nicht erst dann zur PKV geschickt wird, wenn eine teure Behandlung, z. B. eine größere Operation, ansteht?
33. Wie ist nach Auffassung der Bundesregierung sichergestellt, dass der Basistarif und die damit verbundenen Quersubventionen durch die anderen Tarife der PKV nicht zu einer übermäßigen zusätzlichen Belastung der PKV-Versicherten führt?
34. Welche Regelungen trifft die Bundesregierung, um sicherzustellen, dass die bei den Beratungen zum GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zum Ausdruck gebrachte Zusicherung so eingehalten wird, dass sich mit der Wechselmöglichkeit der Bestandsversicherten in der PKV in den Basistarif eines anderen Unternehmens im ersten Halbjahr 2009 nur geringe Belastungen für die bisherigen Tarife in der PKV aus der Portabilität der damit verbundenen Alterungsrückstellungen ergibt, und mit welchen Auswirkungen rechnet sie nach dem neuesten Erkenntnisstand tatsächlich?

35. Wie begründet und bewertet die Bundesregierung, dass auch diejenigen, die als Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene PKV-versichert waren, bei Aufnahme einer Berufstätigkeit als Arbeiter oder Angestellte keine Möglichkeit haben, PKV-versichert zu bleiben?
36. Wie stellt die Bundesregierung, ggf. auch mit aufsichtsrechtlichen Mitteln sicher, dass keine Quersubventionierung bei den Wahlтарifen in der gesetzlichen Krankenversicherung stattfindet und damit eine Belastung der anderen Versicherten?
37. Ist für die Vorstände der Krankenkassen eine Haftung vorgesehen, wenn es doch zu Quersubventionierungen kommt?
38. Wie beurteilt die Bundesregierung die eingeschränkte Anwendbarkeit des Wettbewerbs- und Kartellrechtes im Rahmen der GKV im Hinblick auf:
  - Rabattverträge bei Arzneimitteln,
  - Ausschreibungen im Hilfsmittelsektor,
  - den Abschluss von Einzelverträgen mit Ärzten oder Arztgruppen,
  - die Fusion von Krankenkassen?
39. Wie beurteilt die Bundesregierung das Fehlen von Regelungen zur Anwendbarkeit des Vergaberechtes?
40. Sind Krankenkassen nach Auffassung der Bundesregierung öffentliche Auftraggeber nach § 98 Nr. 2 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkung (GWB), und wenn nein, warum nicht?
41. Sind Rabattverträge nach Auffassung der Bundesregierung öffentliche Aufträge im Sinne des § 99 GWB, und wenn nein, warum nicht?
42. Sind die Krankenkassen verpflichtet, Rabattverträge öffentlich nach Maßgabe des Vergaberechtes auszuschreiben?
43. Ist die Bundesregierung bereit, die Unklarheiten bzgl. der Anwendung des Vergaberechtes der § 97 ff. GWB zu beseitigen und eine Anpassung an die europäischen Richtlinien vorzunehmen?
44. Ist die Bundesregierung bereit, klarzustellen, dass die Kartellbehörden auch in vertraglichen und Fusionsangelegenheiten gesetzlicher Krankenkassen zuständig sind?
45. Wie steht die Bundesregierung zu der These, dass es bereits heute gesetzliche Krankenkassen gibt, die ihre marktbeherrschende Stellung dahingehend missbrauchen, dass die Preise z. B. im Hilfsmittelbereich so stark abgesenkt werden müssen, dass eine qualitativ gute Versorgung nicht mehr möglich ist?
46. Wie beurteilt die Bundesregierung die Gefahr, dass mittelständische Unternehmen vom Markt verdrängt werden und nach Marktberreinigung die Preise wegen einer Monopolstellung des verbliebenen Anbieters deutlich steigen?
47. Welche Erfahrungen liegen der Bundesregierung mit der Umsetzung des Versorgungsmanagements gemäß § 11 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vor?
48. Welche Art von Leistungen zur primären Prävention finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen gemäß § 20 SGB V, und welcher Teil davon ist im Hinblick auf Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert?
49. Welche Art von Leistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20a SGB V finanzieren die gesetzlichen Krankenkassen, und welcher Teil davon ist im Hinblick auf die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert?

50. Welche Maßnahmen haben die Krankenkassen getroffen, um einen Missbrauch der Krankenversichertenkarten wie in § 15 Abs. 6 SGB V vorgesehen, entgegenzuwirken?
51. Wie viele Fälle gibt es, in denen Krankenkassen Versicherte in angemessener Höhe an den Kosten einer Krankheit beteiligt haben, die sie sich durch eine medizinisch nicht indizierte Maßnahme zugezogen haben, und in welchem Umfang ist Krankengeld ganz bzw. teilweise versagt oder zurückgefordert worden?
52. Sieht die Bundesregierung Handlungsbedarf, die adäquate Weiterbeschäftigung von Mitarbeitern der in Gesellschaften bürgerlichen Rechts überführten Spitzenverbände der Krankenkassen zu sichern insbesondere im Hinblick darauf, dass z. B. beim IKK-Bundesverband nach wie vor der Wille des Bundesgesundheitsministeriums nicht umgesetzt ist, den Mitarbeitern eine verlässliche Perspektive zu bieten?
53. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass die von der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt auf dem 101. Deutschen Ärztetag gemachte Aussage, dass die Vertragsärzte ab 1. Januar 2009 mit mehr Geld rechnen können, tatsächlich umgesetzt wird?
54. Sieht sie im Hinblick auf die Realisierung dieser Zusage die Notwendigkeit einer gesetzlichen Anpassung, und wenn ja, wann soll diese erfolgen?
55. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass mit der Vorgabe arzt- und praxisbezogener Regelleistungsvolumina bei der Vergütung der Ärzte tatsächlich die Budgetierung aufgehoben wird und es sich nicht vielmehr um eine modifizierte Budgetierung handelt, die es für den einzelnen Arzt nach wie vor attraktiv macht, nach Ausschöpfung seines Praxisbudgets seine Zeit statt in der Praxis mit Fortbildungen oder Urlaub zu verbringen?
56. Ist die Bundesregierung bereit, einen festgestellten erhöhten Vergütungsbedarf z. B. aufgrund demografischer oder morbiditätsbedingter Entwicklungen über eine entsprechend höhere Beitragsfestsetzung adäquat zu berücksichtigen, und was geschieht, wenn das nicht der Fall ist?
57. Wie wird sich die Umstellung des vertragsärztlichen Vergütungssystem auf einen bundesweit einheitlichen Punktwert, auf dessen Basis regionale Punktwerte zu bilden sind, unter Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Mittelab- bzw. -zuflüsse in den einzelnen Bundesländern auf die jeweiligen Krankenkassen auswirken?
58. Sieht die Bundesregierung im Hinblick auf die Finanzsituation der Krankenhäuser Handlungsbedarf, und wenn ja, welchen, und wird sie die dafür benötigten Finanzmittel in voller Höhe bei der Kalkulation des bundesweit einheitlichen Beitragssatzes berücksichtigen?
59. Wie beurteilt die Bundesregierung den den Krankenhäusern auferlegten Sanierungsbeitrag gemäß § 8 Abs. 9 des Krankenhausentgeltgesetzes, das Entfallen des Anspruchs auf eventuelle Rückzahlungen aus der Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung nach § 140a SGB V für die Jahre 2004 bis 2006 und die Absenkung des Anspruchs auf Mindererlösausgleich von 40 Prozent auf 20 Prozent bei gleichzeitiger Anhebung der Mehrwertsteuer um 3 Prozentpunkte und weitere Mehrkosten in diversen Bereichen wie Energie, Personal usw. im Hinblick auf die derzeitige finanzielle Situation der Krankenhäuser, die sich nach Aussagen der Bundesgesundheitsministerin so verschlechtert hat, dass den Krankenhäusern mehr Geld zur Verfügung gestellt werden soll?

60. Welche Erkenntnisse liegen der Bundesregierung über zusätzliche Einnahmemöglichkeiten der Krankenhäuser durch ambulante Behandlungen gemäß § 116b SGB V vor, die nach Ansicht der Bundesregierung das Erheben des „Sanierungsbeitrages“ gerechtfertigt erscheinen ließen?
61. Sind mittlerweile in allen kassenärztlichen Vereinigungen feste Punktwerte für belegärztliche Leistungen vereinbart worden, und wenn ja, in welcher Höhe?
62. Wie beurteilt die Bundesregierung unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die im zahnärztlichen Bereich bestehenden unterschiedlichen Punktwerte, und plant sie, eine Angleichung vorzuschreiben, und wenn ja, wird dabei dafür gesorgt, dass das für die zahnärztliche Behandlung zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen insgesamt konstant bleibt?
63. Plant die Bundesregierung, die Budgets in der vertragsärztlichen Versorgung im Hinblick auf den Gesundheitsfonds abzuschaffen, und wenn ja, wann, und wenn nein, mit welcher Begründung?
64. Ist die Bundesregierung bereit, die in den Jahren seit Beschluss der Budgetierung, die auf Abrechnungsergebnissen des Jahres 1997 basiert, entstandenen Verwerfungen z. B. aufgrund der Veränderung der Mitgliederzusammensetzung, der Anzahl der mitversicherten Familienangehörigen und der Mitgliederverschiebung zwischen den einzelnen Krankenkassen umgehend zu beheben, und wenn ja, zu welchem Zeitpunkt, und wenn nein, mit welcher Begründung?
65. Hält die Bundesregierung alle im Arzneimittelbereich gesetzlich vorgesehenen Instrumente:
- Festbetragsregelung gemäß § 35 ff. SGB V,
  - Ausschluss von Arzneimitteln gemäß § 34 SGB V,
  - Importverpflichtung gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 2 SGB V,
  - Rabattverträge gemäß § 130a Abs. 8 in Verbindung mit § 129 SGB V,
  - Vereinbarungen nach § 31 Abs. 2 SGB V,
  - Preismoratorium gemäß § 130a SGB V,
  - Bonus-Malus-Regelung gemäß § 84 SGB V,
  - Verbot von Naturalrabatten,
  - Ersetzen von Arzneimitteln durch die Apotheker gemäß § 129 SGB V,
  - Kosten-Nutzen-Bewertung gemäß § 35b Abs. 1 und 2 SGB V,
  - Wahltarife für Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen gemäß § 53 Abs. 5 SGB V,
  - Zweitmeinungsverfahren bei besonderen Arzneimitteln gemäß § 73d SGB V,
  - Festsetzung von Richtgrößen für Arzneimittel gemäß § 84 SGB V,
  - Aut-Idem-Regelung gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 1 SGB V,
  - Höchstbeträge gemäß § 31 Abs. 2a SGB V,
  - Freistellung von Zuzahlungen gemäß § 31 Abs. 3 SGB V,
  - Arzneimittelrichtlinien gemäß § 92 Abs. 1 SGB V,
- für miteinander kompatibel, notwendig und zielführend, und will die Bundesregierung an dieser Vielzahl der Instrumente festhalten?

66. Hält die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Festsetzung bzw. Anpassung der Festbeträge und die damit verbundene Festsetzung von Zuzahlungsbefreiungsgrenzen überhaupt noch für aufrechterhaltbar, wenn die Listenpreise, auf denen diese Festsetzungen basieren, nichts mehr mit den tatsächlichen, durch Rabattverträge bestimmten Preisen zu tun haben?
67. Sieht die Bundesregierung die Gefahr, dass Arzneimittelpreise wegen der durch Rabatte ausgeschöpften Wirtschaftlichkeitsreserven nicht mehr auf das Festbetragsniveau abgesenkt werden können und Versicherte deshalb mit dem Differenzbetrag belastet werden?
68. Ist die Bundesregierung der Auffassung, dass die Krankenhäuser ihrer Verpflichtung bei der Entlassung von Patienten Arzneimittel anzuwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, im Hinblick auf die Vielzahl der getroffenen Vereinbarungen zwischen pharmazeutischen Unternehmern, Apotheken und Ärzten ohne unverhältnismäßigen Aufwand nachkommen können, und wie begründet sie ihre Auffassung?
69. Wie bewertet die Bundesregierung die nach wie vor nicht erfolgte Erstellung einer Fertigarzneimittelliste der verordnungsfähigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel durch den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 34 Abs. 1 SGB V im Hinblick auf die in der Begründung zum GKV-WSG für notwendig erachtete Transparenz für die verordnenden Ärzte?
70. Wie bewertet die Bundesregierung die vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Anforderungen an die Anträge zur Aufnahme auf die so genannte OTC-Ausnahmeliste und die Höhe der festgesetzten Gebühren pro Antrag im Hinblick auf das Ziel, den Ärzten und ihren Patienten den Zugriff auf alle notwendigen Arzneimittel, die als Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen gelten, zu ermöglichen?
71. Wie beurteilt die Bundesregierung die Einbeziehung von Orphan Drugs in das Zweitmeinungsverfahren im Hinblick auf das gesetzgeberische Ziel, die Therapiequalität bei der Anwendung von Spezialpräparaten zu verbessern, und wie beurteilt sie unter diesem Gesichtspunkt die Forderung, Orphan Drugs von dem Verfahren auszunehmen?
72. Ist die Auswahl der in das Zweitmeinungsverfahren einzubeziehenden Arzneimittel anhand der gesetzlichen Kriterien „Spezialpräparate mit hohen Jahrestherapiekosten oder erheblichem Risikopotenzial, bei deren Anwendung besondere Fachkenntnisse erforderlich sind“ erfolgt, und wenn nein, wird die Bundesregierung dafür sorgen, dass dies geschieht?
73. Wie beurteilt die Bundesregierung die Erweiterung der Definition des besonderen Arzneimittels um das Kriterium der Wirtschaftlichkeit in Nummer 49 der Arzneimittelrichtlinien?
74. Hält die Bundesregierung die vorgesehenen Abstimmungsfristen von mindestens 7 Tagen bei den besonderen Arzneimitteln für angemessen im Sinne des Gesetzes, und welche Auswirkungen auf den Leistungsanspruch der Versicherten durch diese Regelung sieht sie?
75. Hält die Bundesregierung die Regelung in § 305a SGB V für verhältnismäßig, dass Vertragsärzte Daten über von ihnen verordnete Arzneimittel auch dann nur solchen Stellen übermitteln dürfen, die sich verpflichten, die Daten nur in aggregierter Form zu verarbeiten, wenn es sich um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel handelt, die grundsätzlich nicht zu Lasten der GKV erstattungsfähig sind?



76. Liegen der Bundesregierung Erkenntnisse darüber vor, dass für bestimmte Patienten bzw. bei bestimmten Indikationen, die Ersetzung eines Arzneimittels durch ein anderes durch den Apotheker gemäß § 129 Abs. 1 Nr. 4 SGB V problematisch sein kann, und sieht sie diesbezüglich ggf. Handlungsbedarf?
77. Sieht die Bundesregierung die Wahlfreiheit der Versicherten bei medizinischen Hilfsmitteln als gewährleistet an, wenn Krankenkassen im Extremfall nur noch mit einem Vertragspartner zusammenarbeiten?

Berlin, den 25. Juni 2008

**Dr. Guido Westerwelle und Fraktion**





