

**Das Scheitern der gesundheitspolitischen Steuerungsversuche  
der ersten rot-grünen Bundesregierung  
im Arzneimittelwesen**

**Dissertation**

zur Erlangung des sozialwissenschaftlichen Doktorgrades  
der Sozialwissenschaftlichen Fakultät  
der Georg-August-Universität Göttingen

vorgelegt

von

Iris Petersberg  
aus Hamburg

Göttingen 2005

1. Gutachter Herr Prof. Dr. Ernst Kuper
2. Gutachterin Frau Prof. Dr. Ilona Ostner

Tag der mündlichen Prüfung: 13.10.2005

Diese Arbeit widme ich meinen Eltern, Astrid und Gotthard Zelder, die mich in jeder Situation meines Lebens unterstützt haben.



## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung	1
1.2. Theoretische Grundlagen und Methodik	3
1.2.1. Gesundheitspolitische Analysemodelle	3
1.2.1.1. Politische Institutionen als Erklärungsansatz	3
1.2.1.2. Die Policy-Netzwerke	6
1.2.1.3. Methodischer Ansatz	7
1.2.2. Zeitraum und Bezugsquellen der Untersuchung	10
1.2.3. Verlauf der Untersuchung	11
1.3. Aufgaben und Ziele der vorliegenden Arbeit	13
<b>2. Der Rahmen in der Arzneimittelpolitik und deren Akteure</b>	<b>15</b>
2.1. Entwicklung und Struktur des Arzneimittelverbrauchs	15
2.1.1. Der Arzneimittelmarkt	15
2.1.2. Der Arzneimittelverbrauch	17
2.1.3. Die Arzneimittelpreise	17
2.2. Die Akteure im Arzneimittelwesen	18
2.2.1. Die Krankenkassen	18
2.2.1.1. Die gesetzliche Krankenkassenversicherung	19
2.2.1.2. Die private Krankenversicherung	20
2.2.2. Die Ärzteschaft	20
2.2.3. Die Apotheker	22
2.2.4. Die pharmazeutische Industrie	23
2.2.5. Die Unternehmerverbände	24
2.2.6. Die Gewerkschaften	25
2.3. Gesundheitsreformgesetze bis September 1998	25
2.4. Die Parteien und ihre Wahlprogramme zur Bundestagswahl 1998	36
<b>3. Die Ankündigung einer Strukturreform im Gesundheitswesen</b>	<b>39</b>
3.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	39
3.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	41
3.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	41
3.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	45
3.5. Ergebnis der Teilanalyse	47
<b>4. Von der Beschließung bis zur Verabschiedung des Solidaritätsstärkungsgesetzes</b>	<b>49</b>
4.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	50
4.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	58
4.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	61
4.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	63
4.5. Ergebnis der Teilanalyse	73

<b>5. Die Neuordnung des Arzneimittelmarkts</b>	77
5.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	78
5.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	84
5.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	85
5.4. Konflikt -und Konsensprozesse aller Akteure	91
5.5. Ergebnis der Teilanalyse	100
<b>6. Das neue Reformkonzept</b>	103
6.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	104
6.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	106
6.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	108
6.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	110
6.5. Ergebnis der Teilanalyse	118
<b>7. Die Verhandlungen zwischen Koalition und Spitzenverbänden der Ärzteschaft um das Notprogramm gegen die drohenden Arzneimittelbudgetüberschreitungen</b>	121
7.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	123
7.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	128
7.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	131
7.4. Konflikt - und Konsensprozesse aller Akteure	133
7.5. Ergebnis der Teilanalyse	151
<b>8. Die Teilung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000</b>	155
8.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	155
8.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	157
8.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	159
8.4. Konflikt – und Konsensprozesse aller Akteure	161
8.5. Ergebnis der Teilanalyse	172
<b>9. Das neue Gesetzesvorhaben zu den Festbeträgen und die Erweiterung der Negativliste</b>	175
9.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	176
9.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	180
9.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	182
9.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	187
9.5. Ergebnis der Teilanalyse	193
<b>10. Der ständige Kampf mit den Leistungsanbietern</b>	197
10.1. Positionen von der rot-grünen Bundesregierung	198
10.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	202
10.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	205
10.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	208
10.5. Ergebnis der Teilanalyse	221

<b>11. Der Versuch einer Kompromisslösung bei den Arzneimittelfestbeträgen</b>	223
11.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	223
11.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	228
11.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	231
11.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	234
11.5. Ergebnis der Teilanalyse	246
<b>12. Die Querelen um den umstrittenen Gesetzentwurf zur Ablösung des Arzneimittelbudgets sowie das Festbetragsanpassungsgesetz</b>	251
12.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	252
12.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	256
12.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	258
12.4. Konflikt -und Konsensprozesse aller Akteure	260
12.5. Ergebnis der Teilanalyse	268
<b>13. Der Sparplan und der daraus resultierende Streit um die Erweiterung der Substitutionsrechte der Apotheker (Aut idem)</b>	271
13.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	272
13.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	274
13.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	276
13.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	278
13.5. Ergebnis der Teilanalyse	287
<b>14. Arzneimittelpolitik und Wahlkampf sowie die Fortsetzung der Dispute um die Praktikabilität der Aut-idem-Regelung</b>	291
14.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	292
14.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	295
14.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	297
14.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	299
14.5. Ergebnis der Teilanalyse	308
<b>15. Die Fruchtlosigkeit sämtlicher Kostendämpfungsmaßnahmen in der Arzneimittelpolitik</b>	313
15.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung	313
15.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS	316
15.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure	316
15.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure	319
15.5. Ergebnis der Teilanalyse	324
<b>16. Zusammenfassender Überblick der Teilanalysen</b>	327

<b>17. Lässt sich die Arzneimittelpolitik in Deutschland staatlich steuern? :</b> <b>– Eine analytische Schlussbetrachtung –</b>	355
<b>Literaturverzeichnis</b>	363



**Abkürzungsverzeichnis**

ABDA	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände
AABG	Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz
AMG	Arzneimittelgesetz
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
Az	Aktenzeichen
ÄZ	Ärzte Zeitung
Aufl.	Auflage
BAH	Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller
BAK	Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen
Bd.	Band
BDA	Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland
BDI	Berufsverband der Deutschen Internisten
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BGH	Bundesgerichtshof
BKK	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
BMG	Bundesgesundheitsministerium
BPI	Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie
BSG	Bundessozialgericht
bzw.	beziehungsweise
CSE-Hemmer	Cholesterinsynthesehemmer
CDU	Christliche Demokratische Union
CSU	Christliche Soziale Union
DAZ	Deutsche Apotheker Zeitung
DÄBl.	Deutsches Ärzteblatt
DGB	Deutscher Gewerkschaftsbund
Dpa	Deutsche Presseagentur
Et al	et alii (und andere)
EU	Europäische Union
EMEA	Europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln
e.V.	eingetragener Verein
FAZ	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FDP	Freie Demokratische Partei
FR	Frankfurter Rundschau
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
Hg.	Herausgeber
i.S.d	im Sinne des
KAiG	Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KVKG	Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz
LG	Landgericht
mb	Marburger Bund
MCA	Medicine Control Agency
NOG	1. und 2. gesetzliche Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz
OLG	Oberlandesgericht
OTC	Over the counter/über den Ladentisch
PKV	Private Krankenversicherung
PZ	Pharmazeutische Zeitung

S.	Seite
SGB V	Sozialgesetzbuch fünftes Buch
SPD	Sozialdemokratische Partei
SZ	Süddeutsche Zeitung
VFA	Verband der Forschender Arzneimittelhersteller
z.B.	zum Beispiel

## 1. Einleitung

Seit dem Bestehen der Bundesrepublik Deutschland fanden in immer kürzeren Abständen wieder und wieder neue *Gesundheitsreformen* statt, mit denen nicht etwa die Gesundheit reformiert werden sollte, sondern die Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Laut einer Bestandsaufnahme wurden allein in den Jahren 1976 bis 1996 nicht weniger als 46 größere Gesetze mit 6.800 Einzelbestimmungen zur Regelung des deutschen Gesundheitssystems erlassen. In letzter Zeit wechselten die Reformvorschläge fast täglich, und die unterschiedlichen Interessengruppen schienen zwischen Zustimmung und Ablehnung der Vorschläge des jeweiligen Gesundheitsministers fast wahllos hin- und her zu schwanken.<sup>1</sup>

Der Hauptgrund für die Notwendigkeit ständig neuer Reformen war schon immer die zunehmende Problematik der Finanzierbarkeit des Gesundheitssystems, wobei besonders die Arzneimittelversorgung aufgrund der in diesem Bereich un-  
aufhörlich befürchteten, innovationsbedingten Kostenexplosion im Zentrum des allgemeinen Interesses stand. So ist es nicht verwunderlich, dass gerade in der Arzneimittelpolitik ein häufiges Eingreifen von Regierungsseite zu Steuerungszwecken zu verzeichnen ist.

Angesichts der Tatsache, dass aus politikwissenschaftlicher Sicht bisher keine nähere Betrachtung jener Steuerungsversuche vorliegt, obwohl, gerade auch aufgrund der bisher oft umstrittenen Resultate eben dieser, ein eindeutiges Erkenntnisinteresse besteht, ist daher die vorliegende Untersuchung der eingehenden Analyse dieser Eingriffe und den daraus resultierenden Entscheidungsprozessen gewidmet und sollte als Basisarbeit zugunsten weiterführender, empirisch-analytischer Studien verstanden werden.

### 1.1. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung

In der Bundesrepublik Deutschland wird im Allgemeinen die Gesundheit der Bürger nicht als deren reine Privatsache betrachtet, vielmehr besteht ein breiter politischer Konsens, dass jeder Bürger unabhängig von der Höhe seines Einkommens Zugang zu einer hochwertigen medizinischen Versorgung haben soll.<sup>2</sup> In

---

<sup>1</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, Opladen 1998, S. 18 [im Folgenden zitiert als: Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik].

<sup>2</sup> Vgl. Bloch, Eckard/ Wolf, Christian: Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar?, Sankt Augustin 2002, S. 9, 10.

diesem Sinne hat gemäß § 1 SGB V 5 die Krankenversicherung als Solidargemeinschaft die Aufgabe, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern.

Da es nun aber grundsätzlich Zielsetzung jeder Bundesregierung sein sollte, die Aufrechterhaltung des sozialen Friedens in Deutschland zu gewährleisten, hat gerade diese zur Aufgabe, Bedingungen zu schaffen, die es jedem Bürger ermöglichen, seine Gesundheit zu erhalten, zu fördern und Krankheiten vorzubeugen.

Dieses banale Ziel ist aber schwieriger zu erreichen als es auf den ersten Blick erscheint. Der medizinisch-technische Fortschritt und die Entwicklung des Arzneimittelwesens haben Versorgungsmöglichkeiten und Behandlungsaussichten auch für Krankheiten geschaffen, die noch vor wenigen Jahren als unbehandelbar galten. Dies bedeutet, dass immer mehr Menschen in den Genuss neuer Therapiemöglichkeiten kommen. Somit entstehen Kosten, die oft, gerade aufgrund der Neuartigkeit der Behandlungsformen sehr hoch sind und welche, bei der Versorgung hauptsächlich chronisch Erkrankter, über lange Zeiträume hinweg anfallen. Zugleich ändert sich bei zunehmender Lebenserwartung die Altersstruktur der Bevölkerung. Diese Probleme werden sich zukünftig noch deutlich akzentuieren, da auch in der modernen Gesellschaft die Leistungsansprüche durch immer neue Therapiemöglichkeiten steigen.

Da im gleichen Maße die Kosten im Gesundheitssystem ständig steigen, ist es unvermeidbar, dass die zur Verfügung stehenden, finanziellen Mittel hierfür gleichermaßen knapper werden. Daher erklärt sich der immer höhere Kostendruck, der auf das Gesundheitssystem ausgeübt wird. Eine entsprechende staatliche Intervention ist geradezu unerlässlich. Die Bundesregierung hat demzufolge stets nach neuen Einsparmöglichkeiten zu suchen, so beispielsweise, wenn nicht sogar gerade im Bereich der Arzneimittelausgaben.

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung soll die Analyse der gesundheitspolitischen Steuerungsversuche der rot-grünen Bundesregierung im Arzneimittelwesen sein. Es geht somit darum, die Steuerungsmechanismen der Bundesregierung im Hinblick auf ihre tatsächliche (beziehungsweise vermutete) Wirksamkeit im Bezug auf die Handlungsintentionen und Handlungsstrategien der betroffenen gesundheitspolitischen Akteure zu überprüfen und gegebenenfalls analytisch zu betrachten. Anhand der Konflikt- und Konsensprozesse bezüglich der Arzneimittelpolitik in der Zeit von 1998-2002 soll ermittelt werden:

- durch welche staatlichen Einwirkungsweisen wurden bestimmte Verhaltensänderungen hervorgerufen,

- welche Steuerungs- und Regulierungsversuche die rot-grüne Bundesregierung überhaupt zur Verfügung hat,
- auf welche Interessengruppen (Akteure) diese Steuerungs- und Regulierungsversuche abzielen,
- an welchen Punkten die Regierung ihre Steuerungs- und Regulierungsversuche im Arzneimittelmarkt ansetzt,
- ob die anderen beteiligten Interessengruppen (Akteure) mit- oder gegeneinander handeln,
- ob die Regierung auf das Handlungsergebnis Einfluss hat und schließlich,
- ob überhaupt Konflikte auf dem Wege der Kompromissbildung entschärft werden können.

Ein besonderes Augenmerk sei darauf gerichtet, welche Ziele und Steuerungsinstrumente die rot-grüne Bundesregierung im Laufe der Legislaturperiode durchsetzen konnte und welche Zielsetzungen nicht durchsetzbar waren.

## **1.2. Theoretische Grundlagen und Methodik**

Um der Fragestellung nach den gesundheitspolitischen Steuerungsversuchen der rot-grünen Bundesregierung in der Arzneimittelpolitik gerecht werden zu können, ist es zunächst nötig, ansatzweise auf die wichtigsten Theorien in der Gesundheitspolitik einzugehen. Im Folgenden werden dann die vorliegenden Bezugsquellen sowie der gewählte Untersuchungszeitraum dieser Arbeit, aber auch deren methodischer Verlauf näher erläutert.

### **1.2.1. Gesundheitspolitische Analysemodelle**

Um die Strukturen und Instrumente der Gesundheitspolitik verstehen zu können, bieten der politische Institutionalismus sowie der Policy-Netzwerk-Ansatz die notwendigen Anhaltspunkte für eine fundierte Untersuchung.

#### *1.2.1.1. Politische Institutionen als Erklärungsansatz*

Institutionen haben für die Politikwissenschaften immer schon eine große Rolle gespielt. Unter dem Begriff "Institutionalismus" werden Regelungsaspekte erfasst, die sich vor allem auf die Verteilung und Ausübung von Macht, die Definition von Zuständigkeiten, die Verfügung über Ressourcen sowie Autoritäts- und

Abhängigkeitsverhältnisse beziehen.<sup>3</sup> Hiervon ausgehend ist das sogenannte (neo-)korporatistische Modell politischer Institutionen entwickelt worden.

Mit dem Begriff Neokorporatismus wird die Einbindung von organisierten Interessen in die Politik und ihre Teilhabe an der Formulierung und Ausführung von politischen Entscheidungen bezeichnet.<sup>4</sup> Der Begriff "Korporatismus" bezieht sich auf eine ältere, vorbürgerliche Staatsorganisation, den sogenannten Ständestaat, in dem sich die öffentliche Gewalt auf gesellschaftliche Teilorganisationen, Korporationen genannt, übertragen fand.<sup>5</sup> In der Bundesrepublik wurde dieser Begriff in den siebziger Jahren in Anlehnung an den angelsächsischen Begriff "Corporatism" als "Neokorporatismus" wieder aufgegriffen. Der Begriff "Neokorporatismus" wurde anfangs für die Bezeichnung einer "tripartistische Kooperation" von Staat, Unternehmerorganisationen und Gewerkschaften verwendet. Heutzutage werden verschiedene Formen der politischen Kooperation von organisierten Interessen, untereinander oder mit staatlichen Instanzen, unter dem Begriff "Neokorporatismus" subsumiert.<sup>6</sup>

Ein verbreiteter Erklärungsansatz für die Probleme der Gesundheitspolitik basiert auf der spezifischen Form der Einbindung von Verbänden in die staatliche Gesundheitspolitik. Eben jenes Verhältnis von Staat und Verbänden in der deutschen Gesundheitspolitik wird als "Neokorporatismus" bezeichnet. Der Grundgedanke des Korporatismus ist, dass sich der Staat zur Verwirklichung seiner Ziele der organisierten Ressourcen gesellschaftlicher Verbände bedient, was bedeutet, dass somit die gesellschaftlichen Großorganisationen zugunsten staatlicher Steuerungsleistungen instrumentalisiert werden.<sup>7</sup>

Charakteristisch für die deutsche Variante des Korporatismus ist, dass hierzulande der Staat einen Teil seiner Hoheitsrechte auf Selbstverwaltungskörperschaften, im Falle der Arzneimittelpolitik zum Beispiel auf Kassen bzw. Ärzteschaft überträgt.<sup>8</sup>

Die deutsche Gesundheitspolitik ist auf verschiedenen Ebenen durch korporatistische Strukturen geprägt. So können auf unterster Ebene die Selbstverwaltungen der Krankenkassen als korporatistische Einrichtungen gefasst werden. Auf einer höheren Ebene bestehen gemeinsame korporatistische Gremien von Kran-

<sup>3</sup> Vgl. Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung Frankfurt a.M. 1995, S. 40 [im Folgenden zitiert als: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus].

<sup>4</sup> Voelzkow, Helmut: Neokorporatismus, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992, S. 362 [im Folgenden zitiert als: Voelzkow, Helmut: Neokorporatismus].

<sup>5</sup> Czada, Roland: Korporatismus/ Neo-Korporatismus, in: Nohlen, Dieter (Hg.): Wörterbuch Staat und Politik, München 1991, S. 322.

<sup>6</sup> Voelzkow, Helmut: Neokorporatismus, S.362.

<sup>7</sup> Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, Opladen 1998, S. 124.

<sup>8</sup> Schwartz, Friedrich Wilhelm/ Kickbusch, Ilona/ Wismar, Matthias: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R.et al. (Hg.): Das Public Health Buch, München 2000, S. 180.

kenkassen und anderen Leistungsanbietern. Auf Landesebene bilden Ärzteschaft und Krankenkassen Landesausschüsse, die unter Verwaltungsbehördlicher Aufsicht der Bundesländer stehen. Auch auf Bundesebene bilden die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen zusammen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen gemeinsame Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen.

Das bisher bekannteste korporatistische Gremium in der deutschen Gesundheitspolitik dürfte die "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" (KAiG) sein. Jene wurde 1977 mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) eingeführt.<sup>9</sup> Zur KAiG gehören ebenso Vertreter der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherungen, der Ärzte und der Krankenhausträger wie der Apotheker, der Arzneimittelhersteller, der Gewerkschaften, der Arbeitgeberverbände, der Länder und der kommunalen Spitzenverbände. Diese werden vom Bundesminister berufen.<sup>10</sup> Ihr Zweck ist die gemeinsame Entwicklung medizinischer und wirtschaftlicher Orientierungsdaten sowie die Erarbeitung und Abstimmung von Vorschlägen zur Erhöhung der Leistungsfähigkeit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen.<sup>11</sup>

Einerseits könnten laut sozialwissenschaftlicher Korporatismustheorie, die korporatistischen Strukturen a priori als positiv angesehen werden, denn allgemein gilt das Prinzip, dass Interessenverbände durch die Einbindung in die staatliche Politik die Verfolgung kurzfristiger, begrenzter Sonderinteressen zu Gunsten der Durchsetzung übergreifender Kollektivziele zurückstellen sollten. Auch wären so die Möglichkeiten erfolgreicher staatlicher Steuerung durch korporatistische Strukturen vor allem deshalb begünstigt, weil Verbände durch die Übernahme staatlicher Aufgaben den Staat entlasten, und so Überforderungen der begrenzten staatlichen Steuerungskapazitäten vermieden werden könnten.

Andererseits scheinen die bestehenden Formen der Selbstverwaltung aber auch zu erheblichen Problemen zu führen, zumal der Staat durch die Übertragung von Umsetzungskompetenzen auf Mittel zur eigenen Einflussnahme verzichten muss und vor allem Entscheidungen über die Verteilung von finanziellen Mitteln dem freien Spiel der Kräfte überließe. Somit könnten nicht beteiligte Interessengruppen benachteiligt werden. In diesem Sinne klagte zum Beispiel oft die in den Bundesausschüssen nicht vertretene Pharmaindustrie, dass ihre Interessen nicht berücksichtigt worden wären.

---

<sup>9</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, Opladen 1998, S. 124, 125.

<sup>10</sup> Vgl. § 141 Abs. 3 SGB V, in: Sozialgesetzbuch, 28. Aufl., Stand: 03.12.2001, München 2002.

<sup>11</sup> Vgl. § 141 Abs. 1 SGB V, in: Sozialgesetzbuch, 28. Aufl., Stand: 03.12.2001, München 2002.

Darüber hinaus könnten gesundheitspolitische Ziele im korporatistischen Modell nur mit der Zustimmung der Verbände umgesetzt werden, was bedeutet, dass umfassende Maßnahmenbündel dadurch blockiert würden, dass jene Bestandteile, die gegen Eigeninteressen verstießen, abgelehnt würden.<sup>12</sup>

Auch besteht das Risiko, dass die Entscheidungsprozesse, die zum Erfolg oder Scheitern gesundheitspolitischer Initiativen führen, durch wechselnde Koalitionsbildungen beeinflusst werden könnten, statt nach festem Muster in Form von Verhandlungen zwischen Staat, Anbieterverbänden und Krankenkassen abzulaufen.<sup>13</sup>

Ob die Behauptung der Korporatismustheorie, dass korporatistische Strukturen zur erhöhten Steuerbarkeit des Gesundheitswesens beitragen, annehmbar ist, bleibt zu überprüfen. Daher besteht ein erhebliches Interesse in der Analyse, inwieweit korporatistische Strukturen auf die Arzneimittelpolitik der rot-grünen Bundesregierung Einfluss nehmen.

#### *1.2.1.2. Die Policy-Netzwerke*

Einen zweiten Ausgangspunkt für die Analyse von Politikentwicklungsprozessen in hochgradigen differenzierten Politikfeldern stellt sich das Konzept des sogenannten Policy-Netzwerks dar.

Die Netzwerkanalyse berücksichtigt nicht nur Akteure und Strukturen, sondern auch die Bedeutung spezifischer Akteurkonstellationen und Akteurbeziehungen. Die Beziehungen zwischen den Akteuren werden hier über den Rahmen staatlicher und gesellschaftlicher Institutionen hinaus betrachtet. Als Weiterentwicklung der Korporatismustheorie setzt die Netzwerkanalyse nicht einfach voraus, dass der Staat als einheitliche monolitische Instanz auftritt, sondern versteht vielmehr die staatlichen Akteure, neben anderen, als mehr oder weniger gleichberechtigte Einzelakteure.<sup>14</sup> Während die Fronten in korporatistischen Strukturen dauerhaft sind, entstehen im Policy-Netzwerk wechselnde Koalitionen. Somit können Ad-hoc-Bündnisse in den verschiedenen Phasen der Entscheidungsprozesse veränderbar sein. In der Regel nimmt jeweils nur eine Untermenge der Akteure an respektiven Auseinandersetzungen aktiv teil. Zudem finden sich nicht immer die gleichen Akteure in der Koalition der Reformgegner oder Reformbefürworter.<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 126-129.

<sup>13</sup> Vgl. Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 1, Baden-Baden 1990 S. 294 [im Folgenden zitiert als: Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden].

<sup>14</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 134.

<sup>15</sup> Vgl. Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden, S. 298.



Noch differenzierter werden die Policy-Netzwerke der deutschen Gesundheitspolitik in einer Studie von Perschke-Hartmann betrachtet.

Demzufolge ist davon auszugehen, dass die einzelnen Probleme der Gesundheitspolitik jeweils getrennt zu betrachten sind, da sich die beteiligten Interessengruppen von Feld zu Feld deutlich unterscheiden. Daher könnten gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse nur unter Berücksichtigung der jeweils unterschiedlichen Koalitionen zu den jeweiligen Problemfeldern, wie zum Beispiel der Arzneimittelausgaben, erklärt werden.<sup>16</sup> Dieser Ansatz ist allerdings bei einigen Forschern auf Kritik gestoßen. Der Zugang, so die Kritiker, biete keine allgemeinen Erklärungen, da gesundheitspolitische Entscheidungen immer situationsorientiert interpretiert würden.<sup>17</sup>

Auch objektiv gesehen lässt sich feststellen, dass die Policy-Netzwerke trotz ihrer großen Bedeutung einige Schwachstellen aufweisen: Der Informationsgehalt reduziert sich durch die Vielzahl der zu berücksichtigenden Faktoren. Dies beinhaltet die Gefahr, Erklärungen zu finden, die jedes denkbare Politikergebnis erklären können. Wesentliche andere Faktoren, wie zum Beispiel politische Entwicklungen und Einflüsse anderer Politikfelder, werden vernachlässigt.<sup>18</sup> Entscheidungsprozesse im Sinne des Policy-Netzwerk können zudem angeblich nicht konkret in Phasen aufgeteilt werden. Vielmehr laufen Willensbildung und Durchsetzung parallel zueinander in ein- und demselben Prozess ab.<sup>19</sup>

Da dieser Untersuchung aber gerade auf bestimmte Phasen im Rahmen der Legislaturperiode 1998-2002 eingegangen werden soll, um die Willensbildung der Bundesregierung und die anschließende Durchsetzung derer Politik nachvollziehen zu können, bietet der Rückgriff auf das Konzept des Policy-Netzwerks kein geeignetes Analyseinstrument. Auch ist hier nicht vorgesehen, allgemeine Erklärungen zu gesundheitspolitischen Ergebnissen abzugeben, sondern vielmehr soll auf ein einzelnes Problemfeld im Gesundheitswesen, nämlich auf das Arzneimittelwesen, eingegangen werden.

### *1.2.1.3. Methodischer Ansatz*

Da es in der vorliegenden Arbeit primär um die Steuerungsversuche der rot-grünen Bundesregierung im Arzneimittelwesen geht, wird die folgende Untersu-

---

<sup>16</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 134; Perschke-Hartmann: Der politische Entscheidungsprozeß zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) von '88. Ein Beitrag zum Problem politischer Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation vom 1.10.1990 in Hannover, S. 13 [im Folgenden zitiert als: Perschke-Hartmann, Christiane: Der politische Entscheidungsprozess zum GRG von '88].

<sup>17</sup> Döhler, Marian/ Manow, Philip: Strukturbildung von Politikfeldern, Opladen 1997, S. 20.

<sup>18</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 135.

<sup>19</sup> Vgl. Perschke-Hartmann, Christiane: Der politische Entscheidungsprozeß zum GRG von '88, S. 19.

chung genau die Elemente herausfiltern, welche notwendig sind, um das anvisierte wissenschaftliche Problem zu lösen.

Der Begriff "staatliche Steuerung" wird in der sozialwissenschaftlichen Politikforschung generell im Verhältnis zur "gesellschaftlichen Selbstorganisation" betrachtet.<sup>20</sup> Die bislang herrschende Vorstellung von der Beziehung zwischen der Institution Staat als Steuerungssubjekt und dem Gesundheitssystem (in diesem Falle das Arzneimittelwesen) als Steuerungsobjekt wird notwendigerweise in unserer Untersuchung modifiziert.<sup>21</sup> Das Steuerungssubjekt wird nicht als unitarischer Staat, sondern als Pluralität aus unterschiedlich handelnden Akteuren betrachtet. Das Steuerungsobjekt muss als gesellschaftliches Regelungsfeld ebenfalls differenziert werden, da dessen Steuerbarkeit von seiner Struktur und insbesondere seinem Organisationsgrad abhängt. Das Steuerungssubjekt muss nicht, wie bereits erwähnt, mit dem Staatsapparat als monolithischem Akteur gleichgesetzt werden, aber dennoch ist diesem eine besondere Rolle zuzuschreiben.<sup>22</sup>

Im Vordergrund der Untersuchung steht die rot-grüne Bundesregierung als zentraler Entscheidungsträger im gesundheitspolitischen Arzneimittelwesen. Ausgegangen wird von den im Gesundheitswesen im Untersuchungszeitraum politisch handelnden Personen, insbesondere von den Entscheidungsträgern:

- Bundeskanzler Gerhard Schröder,
- der ersten Gesundheitsministerin des Bündnis 90/Die Grünen Andrea Fischer
- deren Nachfolgerin, der sozialdemokratischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt
- den jeweiligen parteipolitischen Beratern.

Bei der Politikformulierung im Arzneimittelwesen wirken aber noch eine Vielzahl anderer, als *Akteure* bezeichnete Institutionen mit, genauer gesagt Elemente des sogenannten Steuerungsobjekts. Hierzu gehören unter anderem:

- die Parteien,
- die kassenärztliche Bundesvereinigung,
- die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen sowie
- unterschiedliche Interessenverbände,

die für ihre Mitglieder im Bereich der Arzneimittelversorgung tätig sind. Einer ausführlichen Beschreibung der gesamten Akteure ist das Unterkapitel 2.2. gewidmet.

---

<sup>20</sup> Vgl. Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt a.M. 1995, S. 9 [im Folgenden zitiert als: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren].

<sup>21</sup> Vgl. Blanke, Bernhard: "Governance" im Gesundheitswesen, in: Blanke, Bernhard (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994, S. 20, [im folgenden zitiert als: Blanke, Bernhard: "Governance" im Gesundheitswesen].

<sup>22</sup> Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W.: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, S. 9, 10.

Ein gesellschaftliches Regelungsfeld, das auf Grund seiner institutionellen Verfasstheit einen gewissen Grad der Selbstregelungsfähigkeit besitzt, kann nicht mehr nur allein von staatlichen Akteuren ausgeübt werden. Dies erklärt eine gewisse dynamische Wechselwirkung zwischen politischen Steuerungsversuchen, Entwicklungstendenzen und Veränderungswiderständen in den gesellschaftlichen Regelungsfeldern. Um den im diesem Sinne immer lauter werdenden Kritiken seitens der "Steuerungspessimisten" (sic!) bezüglich einer systematischen staatlichen Steuerbarkeit gerecht zu werden, setzen Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf dem Steuerungs**begriff** den der *Eigendynamik* entgegen. Hierbei handelt es sich allerdings in erster Linie nur um eine erweiterte, das Wort Steuerung vermeidende Begriffsgebung, denn die Autoren schließen die Steuerbarkeit von eigendynamisch genannten Prozessen keineswegs aus. So präzisieren sie, dass gerade wenn "Erwartungen [von Seiten der betroffenen Interessengruppen] beim Entstehen eines eigendynamischen Prozesses eine wichtige Rolle spielen, deren Manipulierbarkeit eine wichtige Steuerungsmöglichkeit bietet".

Immerhin wird eingeräumt, dass gerade in der Bundesrepublik das Ressortprinzip, Koalitionsregierungen, föderale Politikverflechtung und Verfassungsgerichtsbarkeit für eine starke Fragmentierung politischer Handlungskompetenzen sorgen. Soziale Prozesse könnten allerdings als eigendynamisch charakterisiert werden, wenn die Handlungsmotive der beteiligten Akteure durch deren Interaktion verstärkt werden. Derartige eigendynamische Prozesse könnten staatlichen Steuerungsabsichten zwar zuwiderlaufen, diese aber auch gerade unterstützen, was bedeutet, dass der ausschlaggebende Faktor die Kongruenz oder Diskrepanz zwischen den Beiden sei.<sup>23</sup> Dieser Auffassung soll in dieser Arbeit bis zu einem gewissen Grad ebenfalls nachgegangen werden.

In der vorliegenden Untersuchung werden daher, je nach den einzelnen Positionen der Akteure zu den Ereignissen, die Konflikt- und Konsensprozesse aller Mitwirkenden behandelt.

Im sogenannten Konflikt- und Konsensprozess soll auch auf die Entscheidungsspielräume der Akteure eingegangen werden, wobei die Bundesregierung im Vordergrund stehen muss. Die Auswirkungen machthabender Verbände, korporatistischer Strukturen und des Föderalismus auf politische Prozesse sowie Politikergebnisse in der Arzneimittelpolitik hängen von den jeweiligen Konstellationen ab. Somit sind Entscheidungsprozesse durch wechselnde Koalitionsbildungen gekennzeichnet, welche zum Erfolg oder Scheitern gesundheitspolitischer Initiati-

---

<sup>23</sup> Vgl. Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, S. 10-12.

ven führen. Diese laufen nicht nach einem festen Muster in Form von Verhandlungen zwischen Staat, Anbieterverbänden und Krankenkassen ab.<sup>24</sup>

Darüber hinaus sollen in dieser Untersuchung die Entscheidungsprozesse der Bundesregierung in Ereignisphasen unterteilt, soweit dies möglich ist, herausgearbeitet werden.

Der Ansatz des Policy-Netzwerk lässt veränderbare Ad-hoc-Bündnisse in verschiedenen Phasen der Entscheidungsprozesse zu. In der Regel nimmt jeweils nur eine Untermenge der Akteure an jeder Auseinandersetzung aktiv teil. Unsere Untersuchung wird versuchen, auch diese Punkte zu integrieren.

Die Ergebnisse der politischen Maßnahmen und Regulierungen in der Arzneimittelpolitik werden im Allgemeinen von den beteiligten Akteuren aufgenommen, bewertet und in Bezug auf die intendierte oder nicht intendierte Zielerreichung überprüft. Somit können erneut öffentliche Diskussionen oder neue Vorschläge zur Debatte stehen, deren Bewertung und Umsetzung von den jeweiligen Interessenkoalitionen und Entscheidungsträgern rückgekoppelt wird.<sup>25</sup>

Auch diese Rückkoppelung scheint für diese Untersuchung einen interessanten Aspekt darzustellen, dem nachzugehen wichtig zu sein scheint.

### **1.2.2. Zeitraum und Bezugsquellen der Untersuchung**

Mit dem Machtwechsel 1998, also seit dem Bestehen der ersten rot-grünen Bundesregierung, scheint die Arzneimittelpolitik einen immer größer werdenden Stellenwert in der politischen und der gesellschaftlichen Diskussion einzunehmen. Denn selbst wenn das Arzneimittelwesen schon seit langem von Zeit zu Zeit zum politischen Thema wurde und bereits 1960 unter dem damaligen Bundeskanzler Konrad Adenauer Reformansätze nach Vorschlägen des seinerzeit zuständigen Bundesarbeitsministers Theodor Blank (CDU) verhandelt wurden, so war das Interesse dafür von Seiten der Akteure als auch der Öffentlichkeit doch deutlich geringer.

Es liegt daher auf der Hand den Zeitrahmen der vorliegenden Untersuchung so aktuell wie möglich festzulegen. Noch dazu ist davon auszugehen, dass eine "neue" Bundesregierung, bei welcher zudem eine bisher noch nie beteiligte, junge Partei erstmals mitwirkt, die bestehende Problematik auf unvoreingenommene und eher idealistische Art und Weise in Angriff nimmt, so wie es nebenbei be-

---

<sup>24</sup> Vgl. Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden, S.294; Bernhard Blanke übernimmt nicht die bislang herrschende hierarchische Vorstellung von der Beziehung zwischen Staat als Steuerungssubjekt und dem Gesundheitssystem als Steuerungsobjekt, sondern sieht dieses Beziehung vielmehr als eine Verhandlungsbeziehung, siehe Blanke, Bernhard (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl, S. 20.

<sup>25</sup> Vgl. Blanke, Bernhard: "Governance" im Gesundheitswesen, S. 22.

merkt auch das Wahlprogramm der Grünen vermuten ließ. Um der Idee einer objektiven, politikwissenschaftlichen Analyse gerecht zu werden, bietet es sich daher an, den Untersuchungszeitraum mit dem Machtwechsel zur rot-grünen Koalition im Oktober 1998 beginnen zu lassen und diesen bis zum Ende der Legislaturperiode im Jahre 2002 auszudehnen.

Da aufgrund der Gegenwartsnähe des gewählten Zeitraumes weder Archivmaterialien noch übergreifende Veröffentlichungen zum Thema Gesundheits- bzw. Arzneimittelpolitik verfügbar sind, werden der vorliegenden Untersuchung Stellungnahmen, Presseerklärungen, Berichte der Bundesregierung, Stenografische Berichte des Deutschen Bundestages, Grundsatzreden, Zeitungsartikel sowie Publikationen im Rahmen fachspezifischer Zeitschriften zu Grunde gelegt. Untersucht werden sollen vor allem Aussagen von Personen, die als Verantwortungsträger an den gesundheitspolitischen Entscheidungen im Arzneimittelwesen beteiligt waren. Hierzu gehören neben den hauptverantwortlichen Politikern, also dem Bundeskanzler, den jeweiligen Gesundheitsministerinnen sowie den gesundheitspolitischen Fachleuten der Parteien, auch die führenden Vertreter der betroffenen Interessengruppen (Akteure). Da im Rahmen der Entscheidungsprozesse oftmals juristische Argumente zum Tragen kommen, werden natürlich auch die Urteile der zuständigen Gerichte berücksichtigt und in die Untersuchung einbezogen.

### **1.2.3. Verlauf der Untersuchung**

Im Anschluss an diese Einleitung folgen noch insgesamt 16 Kapitel. Hierbei ist das zweite Kapitel notwendigen Definitionen und Erklärungen gewidmet, um sowohl die Rahmenbedingungen in der Arzneimittelpolitik als auch die daran beteiligten Akteure darzustellen. In diesem Zusammenhang werden auch die Gesundheitsreformgesetze bis September 1998 sowie die allgemeine Entwicklung und Struktur des Arzneimittelverbrauchs aufgearbeitet. Auch auf die Parteien und ihre Wahlprogramme von 1998 zur Arzneimittelpolitik wird in diesem Kapitel eingegangen.

Jedes der dann folgenden Kapitel 3 bis 15 orientiert sich an den Schwerpunkten des Geschehens im Bereich der Arzneimittelpolitik unter Berücksichtigung der chronologischen Ordnung im Verlauf des Beobachtungszeitraums.

Diese dreizehn als Haupteinheiten zu betrachtenden Kapitel weisen eine mit Absicht identische, innere Untergliederung auf:

Nach einem kurzen, einleitenden Abriss zu den Ereignissen, werden dann in den jeweils ersten drei Unterkapiteln die Positionen der rot-grünen Bundesregierung, der Opposition und schließlich der halbstaatlichen und privaten Akteure im Arzneimittelwesen aufgeführt. Ein jeweils viertes Unterkapitel dient der Beschreibung der Konsens- und Konfliktprozesse zwischen allen Beteiligten. Diese Herausstellung der Konsens- und Konfliktprozesse, somit ihre von den reinen Positionen abgetrennte Darstellung ist für die analytische Betrachtung des Geschehens im politikwissenschaftlichen Sinne hilfreich, wenn nicht sogar notwendig. Auch die systematische Aufteilung der Positionen von Bundesregierung, Opposition und sonstigen Akteuren in drei getrennte Unterkapitel geschieht mit der Absicht, den jeweiligen Einfluss der Beteiligten auf den Konsens- und Konfliktprozess so genau wie möglich zu erörtern.

Abschließend erläutern wir dann das Ergebnis der Teilanalyse des in diesen Kapiteln angesprochenen Geschehens. Zum Abschluss jedes Hauptkapitels werden dann im Rahmen eines fünften Unterkapitels die Ergebnisse der Erörterung des jeweils angesprochenen Geschehens sowie der daraus resultierenden Entscheidungsprozesse in Form einer Teilanalyse erläutert.

Die schon erwähnte, konsequent gleich bleibende Unterteilung der Hauptkapitel ist im Grunde angesichts des wechselhaften und teils inkohärenten Charakters von Ereignissen und Positionen der einzige stabile Leitfaden in dieser Untersuchung und dient somit einer organisierten Analyse des Politikgehaltes. Die Notwendigkeit basiert ebenfalls auf den erwähnten Gründen.

Vorab nun ein kurzer Abriss zu den Inhaltsschwerpunkten dieser Kapitel drei bis fünfzehn: Das Thema von Kapitel drei ist der Beginn der Amtszeit der in der Geschichte der Bundesrepublik ersten "grünen" Gesundheitsministerin Andrea Fischer, deren Konfrontation mit den Zuständen im Rahmen dieses Ressorts nach 17 Jahren CDU-Herrschaft und die daraus resultierenden Ankündigung einer Strukturreform im Gesundheitswesen. Das darauf folgende Kapitel beschäftigt sich mit dem Beschluss und der Verabschiedung des Solidaritätsstärkungsgesetzes. Kapitel fünf behandelt den Steuerungsversuch der Bundesregierung, eine Neuordnung im Arzneimittelmarkt zu schaffen. Das sechste Kapitel hat den Versuch Andrea Fischers, ein neues Reformkonzept für die Gesundheitsreform 2000 zu entwickeln, zum Thema. Kapitel sieben beschreibt die Verhandlungen zwischen Koalition und Spitzenverbänden der Ärzteschaft bezüglich des Notprogramms gegen die drohenden Arzneimittelüberschreitungen im Jahr 1999. Das achte Kapitel hat die Aufteilung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000

zum Gegenstand. In Kapitel neun wird das neue Gesetzesvorhaben zu den Festbeträgen und die Erweiterung der Negativliste behandelt. Kapitel zehn ist den langwierigen Auseinandersetzungen zwischen Leistungsanbietern und Gesundheitsministerin im zweiten Halbjahr 2000 gewidmet. Das elfte Kapitel behandelt die Amtsübernahme der Andrea Fischer ablösenden, sozialdemokratischen Gesundheitsministerin Ulla Schmidts und deren Kompromissbestrebungen in Sachen Arzneimittel-Festbeträge. Kapitel zwölf hat den Gesetzentwurf Ulla Schmidts zur Ablösung des Arzneimittelbudgets und das Festbetragsanpassungsgesetzes im Sommer 2001 zum Thema. Das darauf folgende Kapitel beinhaltet den Sparplan von Ulla Schmidt sowie die Erweiterung der Substitutionsrechte der Apotheker zum Jahresende 2001. Im vierzehnten Kapitel werden die Auswirkungen des beginnenden Wahlkampfs auf die Arzneimittelpolitik betrachtet, insbesondere im Rahmen der fortschreitenden Auseinandersetzung um die Praktikabilität der Aut-idem-Regelung. Das letzte Kapitel dieser Reihe, also Kapitel fünfzehn, thematisiert die Ereignisse kurz und bis zur Bundestagwahl am 22. September 2002.

Das den Hauptkapitel folgende, sechzehnte Kapitel stellt eine konstruktive Zusammenfassung der dreizehn vorangegangenen Teilanalysen dar, deren Ergebnisse somit in kompakter Form erläutert und kommentiert werden. Es ist nicht Sinn dieses Kapitels, neue Erkenntnisse zu vermitteln oder Schlussfolgerungen zu ziehen. Allerdings kann dessen Lektüre dem Verständnis des dann abschließenden siebzehnten Kapitels durchaus von Nutzen sein. Denn in diesem findet dann die analytische Schlussbetrachtung der vorliegenden Untersuchung statt.

### **1.3. Aufgaben und Ziele der vorliegenden Arbeit**

Diese Untersuchung beruht auf dem Bestreben, eine umfassende Darstellung komplexer Interaktionsstrukturen im Rahmen eines konkreten politischen Aufgabenfeldes, in diesem Falle der Arzneimittelpolitik, über einen längeren und zugleich bewusst festgelegten Zeitraum vorzulegen und die dort stattfindenden Entscheidungsprozesse zu analysieren. Da in vorangegangenen Arbeiten bisher nur Teilaspekte dieser Zusammenhänge behandelt wurden, welche dem Erkenntnisinteresse an der Anwendbarkeit gegebener Forschungsansätze auf übergreifende Mechanismen nicht unbedingt gerecht wurden, bedurfte es einer Basisarbeit über die Gesamtzusammenhänge des aktuellen politischen Gesche-

hens. Es ist somit nicht Aufgabe dieser Untersuchung, die im Untersuchungszeitraum stattgefundenen Ereignisse und deren Konsequenzen sozusagen im nachhinein, also empirisch-analytisch zu erörtern, sondern diese in ihrem prozessualen Gesamtkontext zu betrachten und auf diese Weise die Versuche staatlicher Steuerung sowie deren Fruchtbarkeit zu überprüfen und die Anwendbarkeit der dem heutigen Forschungsstand entsprechenden Erklärungsansätze herauszuarbeiten. Zu diesen Forschungsansätzen gehören einerseits das sogenannte neokorporatistische Modell (siehe S. 3-6) und andererseits die Policy- und Netzwerktheorie (siehe S. 6-7), wobei zu letzterer auch der von Mayntz/ Scharpf vorgeschlagene, erweiternde Begriff der Eigendynamik (siehe S. 9) zu zählen ist.

Herauszufinden, ob und gegebenenfalls inwieweit diese Modelle überhaupt noch für aktuelles politisch- gesellschaftliches Geschehen und die Beurteilung staatlicher Steuerungsmöglichkeiten von Bedeutung sind, ist also Ziel der vorliegenden Arbeit. Hierbei stehen folgende Fragen sozusagen als gedanklicher Leitfaden im Mittelpunkt:

- Werden die der Regierung zur Verfügung stehenden Steuerungsinstrumente einer modernen Problemkonstellation noch gerecht?
- Inwiefern orientiert sich das Handeln der Beteiligten Interessengruppen (Akteure) am objektiven Nutzen oder an subjektiven Prioritäten?
- Welcher Stellenwert kommt der Finanzproblematik im politischen Geschehen zu?

Um eine befriedigende Erfüllung der gestellten Aufgabe zu gewährleisten, kann und braucht in dieser Untersuchung allerdings nur ein repräsentativer Teilbereich des gesamtpolitischen Geschehens betrachtet werden. Allein der Tatbestand der Vielseitigkeit der beteiligten Interessengruppen sowie deren bestehenden Interaktionsmuster berechtigt die Wahl der Arzneimittelpolitik als Untersuchungsobjekt. Noch dazu liegt hier die Möglichkeit des Einflusses finanzieller Aspekte auf der Hand, zumal von diesen nicht nur jeder einzelne Bürger, sondern gerade im Arzneimittelbereich alle am Gesundheitswesen beteiligten Interessengruppen betroffen sind. Die Arzneimittelpolitik stellt somit den komplexesten und daher aus politikwissenschaftlicher Sicht interessantesten Sektor der Gesundheitspolitik im Sinne der Zielsetzung dieser Arbeit dar und erfreut sich noch dazu hochaktuellen Allgemeininteresses. Dies nicht zuletzt weil es hier in den letzten Jahren mehr und mehr auch zu internationalen Wechselwirkungen gekommen ist.



## **2. Der Rahmen in der Arzneimittelpolitik und deren Akteure**

Bevor das politische Geschehen des gewählten Untersuchungszeitraums auf befriedigende Weise erörtert und analysiert werden kann, bedarf es einer gewissen Anzahl von Erklärungen und Definitionen bezüglich der Rahmengengebenheiten im Arzneimittelwesen der Bundesrepublik Deutschland. Hierzu gehören auch eine eingehende Beschreibung der Beteiligten Interessengruppen sowie eine Aufzeichnung der dem Untersuchungszeitraum vorangegangenen politischen Bestrebungen. Abschließend werden auch die Wahlprogramme der im Bundestag vertretenen Parteien zur Parlamentswahl 1998 auf Inhalte zum Thema Arzneimittelpolitik überprüft.

### **2.1. Entwicklung und Struktur des Arzneimittelverbrauchs**

Um eine hinreichende Darstellung von Entwicklung und Struktur des bundesrepublikanischen Arzneimittelverbrauchs zu liefern, muss zunächst der Arzneimittelmarkt als solcher näher betrachtet werden. Der Vollständigkeit halber werden dann abschließend auch Zusammensetzung und Entwicklung der Arzneimittelpreise eingehend erläutert.

#### **2.1.1. Der Arzneimittelmarkt**

Der Arzneimittelmarkt setzt sich aus unterschiedlichen, teilweise sich überschneidenden Teilmärkten zusammen. Die Transparenz ist dadurch erschwert, dass zum einen der Vertriebsweg, zum anderen der Kostenträger GKV oder der Abgabestatus "rezeptfrei" oder "rezeptpflichtig" die Abgrenzungskriterien bestimmen. Außerdem werden entweder Herstellerabgabepreise oder aber Apothekenabgabepreise zugrunde gelegt.

Das Marktvolumen aller in öffentlichen Apotheken und Krankenhäusern abgesetzten Medikamente betrug 1998 zu Herstellerabgabepreisen 31,9 Milliarden DM. 85% aller Medikamente wurden in Deutschland über Apotheken abgegeben, 15% gingen in das Klinikgeschäft.<sup>26</sup>

Der Apothekenmarkt hatte 1998 zu Herstellerabgabepreisen ein Volumen von 27,1 Milliarden Mark. Er umfasst alle in der Apotheke verkauften Medikamente.

---

<sup>26</sup> Vgl. Der Pharmakonzern Roche will aus eigener Kraft weiter wachsen, in: FAZ vom 15.10.1998.

Hierunter sind die verordneten Arzneimittel sowie die von den Patienten ohne Rezept erworbenen, apothekenpflichtigen wie auch freiverkäuflichen Präparate zu verstehen.

Der gesetzliche Krankenversicherungsmarkt umfasst alle zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittel. Der Umsatz betrug 1998 zu Herstellerabgabepreisen 20,9 Milliarden DM. Die zu Apothekenabgabepreisen bewerteten gesamtdeutschen Ausgaben der GKV für Arzneimittel betrugen 1998 insgesamt 33,61 Milliarden DM. 1993 lagen die Arzneimittelausgaben bei den gesetzlichen Krankenversicherungen noch bei 27,48 Milliarden DM, also sechs Milliarden DM darunter.<sup>27</sup>

An Zuzahlungen hatten die Versicherten 5,3 Milliarden DM aufzuwenden.

Der Krankenhausmarkt hatte 1998 zu Herstellerabgabepreisen ein Volumen von 4,8 Milliarden DM.

Im OTC-Markt, (OTC= *Over the counter* / über den Ladentisch), wurden 1998 zu Endverbraucherpreisen 16,1 Milliarden DM umgesetzt. Der OTC-Markt umfasst nur apotheken-, aber nicht verschreibungspflichtige Präparate und freiverkäufliche Arzneimittel. Er deckt sich nur teilweise mit dem Apothekenmarkt, da freiverkäufliche Medikamente nicht nur in der Apotheke, sondern auch in Drogerien, Reformhäusern und im Lebensmittelhandel verkauft werden. Aus eigenen Kosten kauften Patienten 1998 insgesamt Medikamente im Wert von 8,9 Milliarden DM.

Auf dem Arzneimittelmarkt findet, bedingt durch die große Zahl der Anbieter, ein intensiver Wettbewerb statt. Die Arzneimittelhersteller konkurrieren dabei im Wesentlichen über den Preis miteinander. Elemente des Wettbewerbs sind aber auch die Qualität der Produkte, Neuentwicklungen und Verbesserungen bekannter Arzneimittel, Informationsübermittlung und Fortbildungsangebote für Ärzte sowie diverse Serviceangebote verschiedener Unternehmen.<sup>28</sup>

Die forschende Pharmaindustrie setzt für ihre neuen Produkte einen relativ hohen Preis fest, um die hohen Kosten der Produktentwicklung und der Forschung möglichst noch innerhalb der Patentlaufzeit abzudecken. Sobald der Patentschutz abgelaufen ist, nutzen andere Arzneimittelhersteller die abgelaufenen Patente erfolgreicher Präparate zur Herstellung eigener Medikamente, der sogenannten Nachahmerpräparate, auch Generika genannt. Solche Generika können wesentlich preiswerter verkauft werden, da für sie keine Forschungsaufwendungen mehr anfallen. In den vergangenen Jahren fand ein stürmischer Verdrängungswettbewerb statt. Das Wachstum der Generikabranche wird bei einem Vergleich der Jahre 1991 und 1998 deutlich. Der Marktanteil der Generika im

---

<sup>27</sup> Vgl. BMG (Hg.): Daten des Gesundheitswesens: Ausgabe 1999, S. 402-407.

<sup>28</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 8-10.

GKV-Arzneimittelmarkt betrug 1998, gemessen am Gesamtumsatz, 40,8% beziehungsweise, bezogen auf die verordneten Packungen, 54,9%. 487 Millionen Generika-Packungen im Wert von 8,5 Milliarden Mark standen 400 Millionen Originale im Wert von 12,4 Milliarden DM gegenüber.<sup>29</sup>

In Deutschland gab es 1998 rund 45.000 Arzneimittel, eine im internationalen Vergleich recht hohe Zahl. Allerdings werden in Deutschland, anders als in anderen Ländern, nicht nur jede Arzneimittelmarke, sondern auch deren jeweilige Dosierungsstärken und Darreichungsformen gezählt. Bei drei Darreichungsformen (Pille, Zäpfchen oder Dragee) und jeweils vier Stärken (10, 20, 25 und 30 Milligramm) kommt man beispielsweise auf zwölf Arzneimittel.<sup>30</sup>

### **2.1.2. Der Arzneimittelverbrauch**

Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs und des Wohlstands sind eng miteinander verbunden. Ein wachsender Lebensstandard hat einen höheren Bedarf an Gesundheitsfürsorge und somit auch einen größeren Bedarf an Medikamenten zur Folge.<sup>31</sup> Ein erhöhter Genussmittelverbrauch, falsche Ernährung aber auch wachsende Belastung am Arbeitsplatz spielen ebenfalls eine große Rolle. Die Entwicklung völlig neuer Arzneimittel, wie zum Beispiel in der Bio- und Gentechnik, lässt ebenfalls die Arzneimittelkosten ansteigen. Die Kosten etwaiger Verbesserungen schlagen sich auf den Preis eines Medikamentes nieder. Die auf die Anwendung neuer oder verbesserter Präparate zurückführende Steigerung des Verbrauchs und der Arzneimittelkosten wird als Struktureffekt bezeichnet. Rund ein Drittel der durchschnittlichen Steigerung der Arzneimittelkosten der GKV seit 1979 wird diesem Struktureffekt zugeschrieben.<sup>32</sup>

Der größte Anteil aller Verordnungen betrifft Stoffwechselerkrankungen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Rheumatismus und Gicht, wobei die Arzneimittelkosten bei den Herz- und Kreislauferkrankungen der wachstumsstärkste Markt ist. In der Pharmaindustrie zählt er als der meist umkämpfteste und härteste Markt.

### **2.1.3. Die Arzneimittelpreise**

Der Endverkaufspreis setzt sich aus Herstellerabgabepreis, Apothekenabgabepreis, Mehrwertsteuer und pharmazeutischen Großhandelspreisen zusammen,

<sup>29</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 12.

<sup>30</sup> Ein Präparat – viele Arzneimittel, in: DAZ Nr. 14 vom 02.04.1998.

<sup>31</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Erster Gesundheitsbericht bietet umfassende Bestandsaufnahme, in: ÄZ vom 05.11.1998.

<sup>32</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 17.

wobei der volle Mehrwertsteuersatz von 16% auf Medikamente ein vieldiskutiertes Thema in der Parteienlandschaft ist.

Die Entwicklung der Lebenshaltungskosten im Vergleich zu den Arzneimittelpreisen ist immens. Geht man 1989 von einem Preisindex mit Referenzwert 100 aus, so liegt dieser 1998 bei den privaten Lebenshaltungskosten bei nahezu 130. Demgegenüber weisen die Arzneimittelpreise einen Index von 99 auf und sind somit konstant geblieben.<sup>33</sup>

## **2.2. Die Akteure im Arzneimittelwesen**

In diesem Unterkapitel sollen jene Interessengruppen näher beschrieben werden, welche direkt und oft nur mit der Gesundheits- und vor allem Arzneimittelpolitik zu tun haben. Dies betrifft also nicht die Parteien, welche a priori andere Hauptaufgaben erfüllen, und denen ein gesondertes Unterkapitel (2.4.) gewidmet ist. Als Mitgestalter im Entscheidungsprozess der Arzneimittelpolitik werden direkt implizierte Interessengruppen gemeinhin als Akteure bezeichnet. Jeder dieser Akteure weist einen unterschiedlich starken Organisationsgrad auf. Jener bestimmt auch die Machtverteilung im Arzneimittelwesen. Zudem hat jeder dieser Akteure seine eigenen Zielvorstellungen, was die Einflussnahme im gesundheitspolitischen Arzneimittelwesen betrifft. Auf der einen Seite stehen die gesetzlichen Krankenversicherungen, die sowohl Gegenstand staatlicher Politik als auch Kerninstitution der Finanzierung und Steuerung der Arzneimittelversorgung sind. Auf der anderen Seite steht die pharmazeutische Industrie als Arzneimittelanbieter. Im Zentrum der Arzneimittelversorgung handelt der niedergelassene Arzt, der letzten Endes entscheidet, ob überhaupt ein Medikament verordnet wird und, bejahendenfalls, welches.

### **2.2.1. Die Krankenkassen**

Zum deutschen Krankenversicherungssystem gehören nicht nur die gesetzlichen Krankenkassen, in welchen die sogenannten Pflichtversicherten zusammengefasst werden, sondern auch die auf freier Mitgliedschaft beruhenden privaten Krankenversicherungen, die als bedeutenden Akteure hier gesondert vorgestellt werden.

---

<sup>33</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten 2000, S. 15.

### 2.2.1.1. Die gesetzliche Krankenkassenversicherung

Kernpunkt des deutschen Gesundheitssystems ist die historisch gewachsene gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Die GKV ist der größte Ausgabenträger im deutschen Gesundheitswesen. Die GKV beruht auf den Grundpfeilern der Versicherungspflicht, dem Recht auf Versorgung und der Selbstverwaltung sowie den Prinzipien der gegliederten Krankenversicherung, der Sachleistung und dem Solidarausgleich. Rund 90% der Bevölkerung sind in den Krankenversicherungsschutz der GKV einbezogen.

Unter einer Krankenkasse werden im Allgemeinen die Träger der GKV zusammengefasst. Die Krankenkassen sind Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Es bestehen acht verschiedene Kassenarten mit regionaler, berufsständischer oder branchenspezifischer Ausrichtung. Die Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) erfüllt den Anspruch eines Universalversicherers für alle Bevölkerungsgruppen.

1999 verteilen sich die Mitglieder zu 42,2% auf die AOK, zu 34,7% auf die Ersatzkassen, zu 12,6% auf die Betriebskrankenkassen, zu 6,7% auf die Innungskrankenkassen, zu 1,7% auf die Landwirtschaftliche Krankenkasse und zu 2,1% auf die Bundesknappschaft.<sup>34</sup> Die AOK hat zwar weiterhin den größten Mitgliederbestand, aber der Trend zur Angestelltengesellschaft setzt sie einer immer härter werdenden zunehmenden Mitgliederkonkurrenz gegenüber anderen Kassenarten, insbesondere den Betriebskrankenkassen, aus.

Die Finanzierung der GKV erfolgt über Beiträge und nicht aus Steuergeldern. Da allerdings die Kassen nach dem Umlageverfahren arbeiten, d.h. nur geringe Reserven bilden dürfen, müssen sie ihre Finanzen durch relativ häufige Änderungen der Beitragssätze in Ordnung halten.<sup>35</sup>

1998 gab die GKV 33,61 Milliarden DM und somit 14,3% ihrer Gesamtausgaben für Arzneimittel aus.<sup>36</sup>

Die Krankenkassen forderten in ihrem Thesenpapier vor der Bundestagswahl im September 1998 die Aufhebung des Monopols der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), um stabile Beitragssätze im Laufe der nächsten Legislaturperiode aufrechterhalten zu können. Um diesem Ziel näher zu kommen, forderten die Krankenkassen vertraglich vereinbarte, sogenannte kombinierte Budgets, durch die der Arzt Einsparungen zum Beispiel bei Arzneimitteln vornehmen könne.

<sup>34</sup> Vgl. Das Bundesministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, in: Bd. 137 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2001, S. 337.

<sup>35</sup> Vgl. Murswieck, Axel: Gesundheitspolitik, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard: Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992, S. 187, 188.

<sup>36</sup> Vgl. BMG (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, S. 402-406.

Die Kassen setzten sich darüber hinaus für eine Dreiteilung des Arzneimittelmarktes in unverzichtbare, unumstrittene und sonstige Arzneimittel ein. Diese Einteilung sollte als Grundlage für Verhandlungen über Arzneimittelrichtgrößen, einer Art Ausgabenbudget pro Patient sowie als Basis für Zuzahlungsregelungen dienen. Über den Preis von Arzneimitteln, die nicht dem Festbetragssystem unterliegen (also in erster Linie patentgeschützte Medikamente) sollte mit den Herstellern verhandelt werden.<sup>37</sup>

### *2.2.1.2. Die Private Krankenversicherung*

Die Private Krankenversicherung (PKV) kommt für alle Personen in Betracht, die nicht zur GKV gehören. Dazu zählen Selbstständige, freiberuflich Tätige sowie Beamte und Arbeitnehmer mit Einkommen oberhalb der Krankenversicherungspflichtgrenze. Die PKV ist ein besonders risikointensives Versicherungsgeschäft und stellt deshalb besondere Anforderungen an die Versicherungsunternehmen. Träger der PKV sind hauptsächlich Aktiengesellschaften und Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts dürfen private Krankenversicherungen nur nach Genehmigung durch das Bundesaufsichtsamt für Versicherungsschutz ins Leben rufen.

In der PKV wird das Kostenerstattungsprinzip angewendet. Der Patient bezahlt die Kosten für seine in Anspruch genommenen Leistungen selbst. Er erhält die Kosten nach Einreichung der quittierten Rechnungen von der Kasse in voller Höhe oder zu einem bestimmten Prozentsatz zurück. Das Gegenstück zum Kostenerstattungsprinzip ist das Sachleistungsprinzip, das in der GKV angewendet wird. Dies bedeutet, dass der Versicherte alle Leistungen als Naturalleistung ohne Zahlungsverpflichtung erhält. Für die Inanspruchnahme der Leistungen wird ihm von der Krankenkasse ein Berechtigungsschein ausgestellt. Der Leistungserbringer, zum Beispiel der Arzt, rechnet über diesen Berechtigungsschein die von ihm erbrachten Leistungen in der Regel über Verrechnungsstellen ab.

Die Vertretung und Förderung der allgemeinen Interessen der PKV und seiner Mitgliedsunternehmen wird vom Verband der PKV wahrgenommen.<sup>38</sup>

### **2.2.2. Die Ärzteschaft**

Alle im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte sind im Bereich jedes Bundeslandes zu einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu-

<sup>37</sup> Vgl. Krankenkassen möchten ihre Position ausbauen, in: *Medikament & Meinung* Nr. 9, September 1998.

<sup>38</sup> Vgl. Beske, Fritz: *Das Gesundheitswesen in Deutschland*, S. 80, 91-96.

sammengeschlossen. Da bisher in gewissen Bundesländern mehr als eine Kassenärztliche Vereinigung bestand, existieren bundesweit insgesamt derzeit 23 Kassenärztliche Vereinigungen (KVen). Sie "stellen" die ambulante ärztliche Versorgung der in der GKV versicherten Personen "sicher", der sogenannte Sicherstellungsauftrag. Dazu nehmen sie als Körperschaften des öffentlichen Rechts unter anderem eine Reihe gesetzlich übertragener Aufgaben wahr, wie zum Beispiel die Vertretung der Interessen ihrer Vertragsärzte gegenüber der GKV, das Schließen von Verträgen mit Rechtswirkung für und gegen die Mitglieder und die Überwachung der Einhaltung der Pflichten der Vertragsärzte. Für die Erfüllung ihrer Aufgaben erheben die KVen Beiträge von ihren Mitgliedern.<sup>39</sup> Die 23 KVen bilden auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).<sup>40</sup>

Die Ärztekammern sind mit der öffentlichen Vertretung, Förderung und Regelung der Interessen der Ärzte beauftragt. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts verwalten sie ihre Angelegenheiten weitgehend selbst, unterliegen aber der staatlichen Aufsicht. Die Errichtung von Ärztekammern fällt in die Zuständigkeit der Länder. Es gibt für jedes Bundesland eine Ärztekammer, außer in Nordrhein-Westfalen, denn dort bestehen zwei Kammern.

Als Bundesärztekammer wird der freiwillige Zusammenschluss der Landesärztekammern zur "Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammer" bezeichnet. Der jährlich stattfindende *Deutsche Ärztetag* bildet das oberste beschlussfassende Gremium der Bundesärztekammer, welche zu gesundheits- und sozialpolitischen Fragen, die auch das Arzneimittelwesen beinhalten, aus der Sicht der Ärzte Stellung nimmt.

Die nun folgenden Vereinigungen im Bereich der Ärzteschaft zeichnen sich dadurch aus, dass es neben den Körperschaften, für die eine Pflichtmitgliedschaft besteht, eine große Anzahl von Verbänden gibt, die spezifisch die jeweiligen politischen und fachlichen Interessen bestimmter Arztgruppen vertreten. Die Mitgliedschaft in diesen Verbänden ist freiwillig.<sup>41</sup>

Der Marburger Bund ist eine Vereinigung von angestellten Ärzten. Das Ziel dieses freien Verbandes ist die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation seiner Mitglieder. Er vertritt deren Interessen auch gegenüber anderen freien Verbänden. Der *Marburger Bund* vertritt seine Mitglieder bei Tarifverhandlungen und kümmert sich um Arbeitszeit-, Nachtdienst- sowie Urlaubsregelungen. Er ist deshalb in seiner Struktur und seinem Auftreten sehr gewerkschaftsähnlich.<sup>42</sup>

<sup>39</sup> Vgl. Bloch, Eckard/Wolf, Christian: Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar?, Sankt Augustin 2002, S. 47.

<sup>40</sup> Vgl. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – Institution, siehe [http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/institution.htm](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/institution.htm).

<sup>41</sup> Vgl. Bloch, Eckard/Wolf, Christian: Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar?, Sankt Augustin 2002, S. 47.

<sup>42</sup> Vgl. Löppert Pharma Profil: Was Sie schon immer über den Arzt und sein Umfeld wissen wollten/sollten, Stand: August 2001, S. 24.

Der Hartmannbund ist ebenfalls ein freier Verbund, in dem alle Ärzte, ohne bestimmte Auswahlkriterien, organisiert sein können. Er vertritt die Interessen aller Ärzte auch gegenüber den Körperschaften des öffentlichen Rechts, wie den Ärztekammern oder der KV.

Außerdem gibt es Berufsverbände nahezu aller Fachrichtungen, wie zum Beispiel den *Berufsverband der Deutschen Internisten* (BDI) oder den *Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland* (BDA). Ziel dieser Verbände ist es, die spezifischen Interessen der von ihnen vertretenen Fachgebiete wahrzunehmen.<sup>43</sup>

Der *Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands/NAV-Vierchow-Bund* ging aus einer Fusion des *Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschland* mit dem in der DDR gegründeten *Virchow-Bund* hervor. Er vertritt die Interessen der niedergelassenen Ärzte und seiner Mitglieder im politischen Raum mit dem Ziel, die freiberufliche Tätigkeit zu sichern und zu fördern.<sup>44</sup>

### 2.2.3. Die Apotheker

Die *Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände* (ABDA), die 1950 als *Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretung Deutscher Apotheker* gegründet wurde, stellt die gemeinsame Dachorganisation von *Bundesapothekenkammer* und *Deutschem Apotheker-Verein* dar. Die ABDA vertritt die Berufsinteressen der Apothekerschaft auf Bundesebene, insbesondere im Bereich der Arzneimittelpolitik.<sup>45</sup> Die Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretung Deutscher Apotheker setzt sich für die Verhinderung von Einschränkungen des ärztlichen Verordnungsvolumens und die Verhinderung von Zwangspreissenkungen bei Arzneimitteln ein. Sie kämpft auch gegen eine Erhöhung des Rabatts, welchen die Apotheken den Krankenkassen zum Beispiel 1998 gewähren mussten, gegen die Änderung der Arzneipreisordnung<sup>46</sup> und für die Aufwertung der Apotheker gegenüber den Ärzten, zum Beispiel durch Beteiligung ersterer an der Auswahl sinnvoller und wirtschaftlicher Medikamente.<sup>47</sup>

<sup>43</sup> Vgl. Hagen: Der Arzt, ein unbekannter Partner, S. 58, 59.

<sup>44</sup> Vgl. Bloch, Eckard/Wolf, Christian: Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar?, Sankt Augustin 2002, S. 47.

<sup>45</sup> Vgl. Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon. Gesundheitswesen, 1. Aufl., München 1996, S. 11 [Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon].

<sup>46</sup> das heißt, die Vergütung der Apotheken soll von der Anzahl der verkauften Packungen und nicht von deren Preis abhängig sein, um keine Anreize mehr für den Verkauf teurer Arzneimittel zu bieten.

<sup>47</sup> Vgl. Bandelow, Nils: Gesundheitspolitik, S. 88.



#### 2.2.4. Die pharmazeutische Industrie

Der zentrale Repräsentant der pharmazeutischen Industrie, der *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie* (BPI), wurde bereits 1951 gegründet.<sup>48</sup>

Er hat die Aufgabe, die Interessen seiner Mitgliedsfirmen gegenüber der Politik auf Bundes- und Europaebene, den gesetzlichen Krankenkassen, den übrigen Akteuren im Gesundheitswesen sowie der Öffentlichkeit zu vertreten. Seine Absicht ist es, qualifizierte politische Konzepte zu erarbeiten, die in nationalen und europäischen Regelungen des Arzneimittel- und Gesundheitswesens ihren Niederschlag finden. Der BPI setzt sich für eine versichertenorientierte Weiterentwicklung des Gesundheitswesens ein, welche die Qualität der medizinischen Versorgung gewährleisten soll. Der Verband tritt für ein möglichst breites Leistungsangebot der Krankenkassen ein, aus dem der Arzt das individuell angemessene therapeutische Instrumentarium auswählen kann. Ebenfalls befürwortet der BPI eher nachfrageorientiertes Prinzip und auf keinen Fall eine Angebotssteuerung, die letztlich auf Leistungseinschränkungen hinauslaufen würde. Außerdem fordert er eine bedarfs-, qualitäts- und kostenorientierte Arzneimittelversorgung, die sowie bewährte als auch innovative Medikamente im Leistungskatalog der Kassen beinhaltet. Der Verband lehnt es des Weiteren ab, nur Arzneimittel gegen gravierende Erkrankungen von den Kassen erstatten zu lassen. Weiterhin setzt sich der Verband für eine maßvolle Selbstbeteiligung bei Arzneimitteln ein. Statt komplizierter Selbstbeteiligungsregelungen schlägt der BPI eine einheitliche, prozentuale Zuzahlung für alle Medikamente vor.<sup>49</sup>

Bis zu seiner Spaltung zu Beginn des Jahres 1994 vertrat der BPI die Interessen von insgesamt 460 Unternehmen, die zusammen 95% der deutschen Arzneimittelproduktion repräsentiert.

Aufgrund der unterschiedlichen Einstellungen der Mitgliedsunternehmen zu den gesundheitspolitischen Steuerungsmaßnahmen verließen etwa 100 Unternehmen den Bundesverband, unter welchen sich die forschenden Unternehmen zum *Verband Forschender Arzneimittelhersteller* (VFA) zusammenschlossen.

Der VFA hat ca. 40 Mitglieder. Zusammen mit den Tochterfirmen repräsentiert er allerdings mehr als 100 Firmen, die mit jährlich etwa zwei Milliarden Euro deutlich über 90% der gesamten Aufwendungen für pharmazeutische Forschung finanzieren. Der Verband versteht sich als Forum neuer Ideen und Denkansätze. Er setzt sich in Politik und Gesellschaft für eine optimale Arzneimitteltherapie ein.

<sup>48</sup> Vgl. Baumheier, Ulrike: Staat und Pharmaindustrie, 1. Aufl., Baden-Baden 1994, S. 48 f..

<sup>49</sup> Vgl. BMG (Hg.): Pharma Daten '99, S. 87.

Nach Auffassung des Verbandes gewährleistet nur eine leistungsfähige forschende Arzneimittelindustrie eine optimale Versorgung der Patienten.<sup>50</sup>

Ein wichtiger Verband neben dem BPI und dem VFA ist der *Bundesverband der Arzneimittelhersteller* (BAH), der seinerzeit unter dem Namen "Interessenvertretung der Heilwerbung"<sup>51</sup> in Köln gegründet wurde und die Interessen von 313 pharmazeutischen Firmen vertritt, darunter viele mit einem Angebotsschwerpunkt im Bereich Selbstmedikation und Phytopharmaka<sup>52</sup>. Seine Aktivitäten entfaltet der Verband, ähnlich dem BPI und dem VFA, auf den Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik, der Heilmittelwerbung und des Arzneimittelrechts.<sup>53</sup>

Überdies existiert noch der sogenannte *Deutsche Generikaverband*, der die besonderen Interessen der Generikahersteller wahrnimmt. Der Deutsche Generikaverband fördert und vertritt die Arzneimittelherstellerinteressen insbesondere gegenüber staatlichen und politischen Organen, anderen Marktbeteiligten, sonstigen Verbänden im Gesundheitswesen sowie weiteren Fachkreisen und der Öffentlichkeit im Allgemeinen.<sup>54</sup>

### 2.2.5. Die Unternehmerverbände

Unternehmerverbände sind Organisationen zur politischen Vertretung der Interessen der Unternehmerwirtschaft, d.h.: Ihr primärer Organisationszweck ist die Artikulation und Durchsetzung unternehmerischer Forderungen gegenüber den politischen Entscheidungsträgern.

In der Bundesrepublik sind die Unternehmerverbände in den Spitzenverbänden *Bundesverband der Deutschen Industrie* und *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* zusammengefasst.<sup>55</sup>

Die Mitglieder der *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* sind eigenständige Tarifträgerverbände. Deren Spitzenorganisationen sind aus den Wirtschaftsbereichen Industrie, Dienstleistungen, Handwerk und Landwirtschaft.<sup>56</sup>

<sup>50</sup> Vgl. Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon, S. 32, 83.

<sup>51</sup> Vgl. Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon, S. 31; Aufgaben und Ziele des BAH, <http://www.bah-bonn.de/bah/aufgaben/indexseite.html>.

<sup>52</sup> Phytopharmaka sind Arzneimittel, die aus Arzneipflanzen hergestellt werden. Sie werden im Rahmen der Phytotherapie sowohl in der naturwissenschaftlich begründeten Medizin als auch in anderen Therapierichtungen eingesetzt. Vgl. Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon, S. 68.

<sup>53</sup> Vgl. Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon, S. 31.

<sup>54</sup> Vgl. Verband aktiver Pharmaunternehmen e.V. (VAP) Deutscher Generikaverband: Auszug aus der Satzung § 2, [http://www.generika.de/verband/satzung\\_zweck.html](http://www.generika.de/verband/satzung_zweck.html).

<sup>55</sup> Abromeit, Heidrun: Unternehmerverbände, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992, S. 548.

<sup>56</sup> Vgl. BDA-Satzung §§ 1-3, <http://www.arbeitgeber.de/www/bdaonline.nsf/MainFrameSet>.

Der Bundesverband ist der Dachverband der deutschen Industrie. Seine Mitglieder sind 35 industrielle Branchenverbände, wie zum Beispiel die Automobilindustrie oder die Zuckerindustrie.

Der *Bundesverband der Deutschen Industrie* und die *Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände* haben gemeinsam ihren Sitz im *Haus der Deutschen Wirtschaft* in Berlin. Beide setzten sich gemeinsam für die Verbesserung der wirtschaftlichen Rahmenbedingungen und die Stärkung des Wirtschaftsstandortes Deutschland ein.<sup>57</sup>

### 2.2.6. Die Gewerkschaften

Die Gewerkschaften und die Verbände von unabhängig Beschäftigten bilden den interessenpolitischen Gegenpart zu den Unternehmerverbänden.

Das Aufgabenspektrum der Gewerkschaften umfasst neben Tarif-, und Arbeitsmarktpolitik auch die soziale Sicherung bei Krankheit, Bildungs- und Kulturpolitische Aspekte, Mitbestimmungsrecht und Betriebsverfassungen.

Die größte Gewerkschaftsorganisation ist der als Dachorganisation durch den Zusammenschluss mehrerer autonomer Gewerkschaften entstandene *Deutsche Gewerkschaftsbund (DGB)*.<sup>58</sup>

### 2.3. Die Gesundheitsreformgesetze bis September 1998

Der erste umfassende Versuch, die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu reformieren, wurde bereits 1960 durch Vorlage eines entsprechenden Entwurfs von dem damaligen Bundesarbeitsminister Theodor Blank (CDU) ins Auge gefasst.

Ausgangspunkt hierzu war die damals deutliche Ausgabensteigerung in der GKV. Die geplante Reform zielte im Arzneimittelbereich auf die Selbstbeteiligung der Versicherten ab.<sup>59</sup> Zwar standen die seinerzeitigen Reformansätze nicht unter dem Druck der Kostendämpfung, doch wurde die Selbstbeteiligung als Regulativ für den Arzneimittelmarkt betrachtet.<sup>60</sup> Bei chronischen Krankheiten sollte eine Befreiung vom Zuzahlungszwang bei den entsprechenden Medikamenten er-

<sup>57</sup> Vgl. Der BDI, <http://www.bdi-online.de>.

<sup>58</sup> Vgl. Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Information zur politischen Bildung Nr. 217, Interessenverbände und Interessengruppen, Bonn 1987, S. 11.

<sup>59</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 177 ff..

<sup>60</sup> Vgl. Vogelbruch, Birgit: Festbeträge für Arzneimittel, in: Cassel, Dieter/ Cox, Helmut/ Heiduk, Günter (Hg.): Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften Bd. 12, Hamburg 1992, S. 2, 3.

reicht werden. Die geplante Reform zielte durch regulierende Marktelemente vor allem auf eine verringerte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

Schon damals wollte man unter dem Stichwort "Stärkung der Eigenverantwortung" das Prinzip der Selbstbeteiligung in das Krankenversicherungsrecht einfließen lassen. Der Reformentwurf hatte aber mehr Gegner als Befürworter und scheiterte an dem massiven Widerstand der Ärzte, Gewerkschaften sowie des Bundesrates. Nach dem Scheitern des ersten Reformentwurfs, machte der damalige Arbeitsminister Blank daraufhin einen erneuten Reformversuch, der allerdings auch scheiterte. 1964 nahm er einen letzten Anlauf und konzipierte einen neuen Entwurf, der aber erneut nicht angenommen wurde. Somit waren seinerzeit alle Reformversuche gescheitert.

Grund hierfür war, der Vorlagezeitpunkt der Reformentwürfe. Er fiel nämlich genau in die Zeit des sog. "Wirtschaftswunder". Die jeweiligen Interessengruppen sahen in dieser wirtschaftlich starken Zeit keinen Anlass, das Gesundheitssystem umzugestalten.<sup>61</sup>

Der fortschreitende wirtschaftliche Aufschwung der Jahre 1968 bis 1973 machte eine Fortsetzung der gescheiterten Reformversuche der frühen sechziger Jahre unmöglich. Stattdessen strebten SPD, Gewerkschaften und der Arbeitnehmerflügel der Union vielmehr einen Ausbau der Leistungen der GKV an. Diese Ausweitung der Krankenkassenleistungen beruhte seinerzeit sogar auf einem breiten Konsens zwischen Regierung und CDU/CSU-Opposition.

Das Ende des Leistungsausbaus in der GKV begann mit der wirtschaftlichen Rezession der Jahre 1973-1975, die durch die erste Ölkrise ausgelöst wurde. Aus dem Konjunkturabschwung der 70er Jahre, welche das Prinzip der ausgabenorientierten Einnahmepolitik zu gefährden schien, entstand im Rahmen einer Analyse des damaligen rheinland-pfälzischen Sozialministers Geißler, in welcher er bis zum Jahre 2000 dramatisch anwachsende Kosten im Gesundheitswesen der Bundesrepublik prognostizierte, das Schlagwort "Kostenexplosion".<sup>62</sup>

Der CDU-Politiker Heiner Geißler hatte somit schon im Jahre 1974 die These der "Kostenexplosion" im Gesundheitswesen eingeführt, die zur Grundlage der Gesundheitspolitik der CDU und auch der folgenden sozial-liberalen Bundesregierung wurde. Auf dieser Grundlage strebten alle Parteien eine gemeinsame, einkommensorientierte Ausgabensteuerung an, welche die Ausgaben der Krankenversicherungen nicht stärker steigen lassen sollte, als die Einnahmen der Krankenkassen es erlaubten.

<sup>61</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 180-183.

<sup>62</sup> Vgl. Dröge, Jürgen: Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, in: Blume, O./Breuer, W./Cox, H. (Hg.): Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Bd. 16, Regensburg 1991, S. 179.

Nun schien auch der Zeitpunkt gekommen zu sein, Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung zu etablieren, um bei den Arzneimittelausgaben einsparen zu können.

Inzwischen hatte der im Auftrag des Gesetzgebers von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Bundesverbänden der Krankenkassen gebildete Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen (BAK) am 16. Dezember 1974 Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln erlassen.<sup>63</sup> In erster Linie dienten die Arzneimittelrichtlinien (§ 92 SGV V) dem Vertragsarzt als Entscheidungshilfe zur Auswahl einer wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie. Diese Richtlinien sollten aber auch ebenso eine ausreichende wie auch zweckmäßige und zudem wirtschaftliche Versorgung der Versicherten gewährleisten.

Trotz der umfassenden Normierung war die Steuerungswirkung der Arzneimittelrichtlinien für eine wirtschaftlichere Arzneimittelverordnung bisher nur gering.<sup>64</sup>

Das erste Gesetz in einer langen Reihe von Kostendämpfungsmaßnahmen wurde 1977 unter der SPD-geführten Bundesregierung verabschiedet. Das sogenannte "Gesetz zur Dämpfung der Ausgabenentwicklungen und Strukturverbesserung in der gesetzlichen Krankenversicherung" (KVKG) hatte eine Erhöhung der Selbstbeteiligung von Patienten und die Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrags zur Folge. Dies allerdings ohne wirksame Sanktionsdrohungen bei Nichteinhaltung.

Das KVKG war dennoch aufgrund der gleichzeitig auf Bestreben der Leistungsanbieter sowie der CDU/CSU-Bundestagsfraktion eingeführte "Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" (KAiG) von Bedeutung.<sup>65</sup> Die KAiG stellte ein Entscheidungsgremium dar. Dieses sollte zur Kostendämpfung und damit zur Erhaltung des sozialen Sicherheitssystems mittels der wechselseitige Abstimmung von Ärzteinteressen, Konsumentenbedürfnissen, Belangen von Versicherungs- und Krankenhausträgern sowie der pharmazeutischen Industrie beitragen.<sup>66</sup> Allerdings waren die Teilnehmer der Konzertierte Aktion weder demokratisch gewählt noch aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz rekrutiert worden. Auch bestand ein ungleichmäßiges Machtverhältnis zwischen den beteiligten Akteuren. So standen einer Vielzahl unterschiedlicher Einflussnehmer bei den Krankenkassen die zentralisierte Position der Kassenärztlichen Vereinigungen gegenüber, wel-

<sup>63</sup> Vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hg.): Pharma Daten '99, 29. Aufl., Frankfurt a.M.1999, S. 41 [im folgenden zitiert als: BPI (Hg.): Pharma Daten '99].

<sup>64</sup> Vgl. Neugebauer, Gabriele: Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1996, S. 188 [im folgenden zitiert als: Neugebauer, Gabriele: Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV].

<sup>65</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 125, 185-189.

<sup>66</sup> Vgl. Czada, Roland: Korporatismus/Neo-Korporatismus, in: Nohlen, Dieter (Hg.): Wörterbuch Staat und Politik, S. 323.

che die Interessen aller niedergelassenen Ärzte vereinte. Die Überlegenheit der Kassenärzte gegenüber den Krankenkassen hatte zur Folge, dass Maßnahmen oft gegen die Interessen der Kassen durchgesetzt wurden.<sup>67</sup>

Die Konzertierte Aktion sollte sich zu einem Forum entwickeln, auf dem gesundheitspolitische Vereinbarungen zwischen den Akteuren ausgehandelt werden. Tatsächlich diente sie jedoch dem staatlich vermittelten Interessenausgleich was die Planung bei Empfehlungen von Arzneimittelhöchstbeträgen anbelangt.<sup>68</sup> Bei diesen Arzneimittelhöchstbeträgen handelte es sich um die betragsmäßige Obergrenze der von der Gesamtheit der Ärzte verschriebenen, kassenpflichtigen Arzneimittel.

Es zeigte sich aber recht schnell, dass der Arzneimittelhöchstbetrag keine geeignete Steuerungsmaßnahme war, denn die Empfehlungen der Konzertierten Aktion wurden fast immer überschritten. Die Schuld daran wurde oft der Pharmaindustrie zugeschrieben, der vorgeworfen wurde, ihre Preise zu stark anzuheben. Die Konzertierte Aktion erließ deshalb wiederholt Preisappelle an die Hersteller pharmazeutischer Produkte.

Ein wesentlicher kostentreibender Faktor war aber auch die Entwicklung der sog. Strukturkomponente, denn nach der Änderung der Rezeptgebühr wurden verstärkt teurere Arzneimittel und größere Packungen verschrieben.<sup>69</sup>

Unter einer Strukturkomponente wird eine Strukturveränderung aufgrund einer strukturell veränderten Nachfrage nach anderen Packungsgrößen, Darreichungsformen, Stärken oder schlichtweg anderen Arzneimitteln innerhalb von gegebenen Indikationsgruppen verstanden.<sup>70</sup>

Seit 1984 verzichtete die Konzertierte Aktion ganz auf die Festlegung eines Arzneimittelhöchstbetrages. Um dem Argument der mangelnden Markttransparenz<sup>71</sup> entgegenzuwirken, sah die Konzertierte Aktion zudem die Erstellung einer Preisvergleichsliste vor.

<sup>67</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 127.

<sup>68</sup> Vgl. Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden, S. 293.

<sup>69</sup> Vgl. Wähling, Susanne: Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt, in: Graf von der Schulenberg, J.- Matthias (Hg.): Versicherungswissenschaft, Bd.5, Karlsruhe 1996, S. 106, 107 [im Folgenden zitiert als: Wähling, Susanne: Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt].

<sup>70</sup> Vgl. Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Bd. 122 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1999, S. 234, 235 [im Folgenden zitiert als: BMG (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999].

<sup>71</sup> Die mangelnde Markttransparenz war schon damals ein häufig angeführtes Argument für staatliche Regulierung auf dem Arzneimittelmarkt. Unter der mangelnden Markttransparenz verstand man die Arzneimittel hinsichtlich ihrer Qualität, ihrer Wirkungen und darüber hinaus auch die Arzneimittelpreise. Sie ergab sich aus der Vielzahl von Fertigmedikamenten und der oft wenig informativen Werbung der Hersteller. Trotz der Versuche des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie Preislisten, wie die Rote Liste, zu erstellen, konnten auch diese Maßnahmen die Markttransparenz nicht im ausreichenden Maße erhöhen. Vgl. Wähling, Susanne: Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt, S. 104.

Anfang 1979 wurde die erste Liste vom BAK erstellt. Ziel war es, dem behandelnden Arzt einen Überblick über die verschiedenen Preise von Arzneimitteln gleicher Inhaltsstoffe zu verschaffen und ihm gleichzeitig Hinweise über die therapiegerechten Verordnungsmengen zu geben.<sup>72</sup> In erster Linie sollte aber die Liste den Verschreiber über die Preise der von ihm verordneten Arzneimittel unterrichten und diene somit dem Arzt als Grundlage einer wirtschaftlichen Verordnungsweise.<sup>73</sup>

Als Entscheidungshilfe für die Arzneimittelauswahl in der täglichen Verordnungspraxis hatte sich die Preisvergleichsliste nicht bewährt:

- Zum einen deckte sie nicht das ganze Arzneimittelangebot ab,
- zum anderen war sie nicht benutzerfreundlich und
- enthielt nur spärliche Angaben zu den dargestellten Arzneimitteln.

Daher war die bevorzugte Informationsquelle des Arztes bei der Arzneimittelauswahl nach wie vor die Rote Liste.<sup>74</sup> Die Rote Liste ist ein jährlich neu herausgegebenes Arzneimittelverzeichnis der pharmazeutischen Industrie.

Die Konzertierte Aktion verlor im Laufe der Zeit immer mehr an Bedeutung. Bundesarbeitsminister Norbert Blüm (CDU) leitete noch die Sitzungen der Konzertierten Aktion. Für Gesundheitsminister Horst Seehofer war das Treffen von mehr als 40 Verbänden und Organisationen bereits zu uneffektiv. Er versuchte durch eine neue Geschäftsordnung Effizienz in die zu heterogene Gruppe zu bringen, allerdings ohne Erfolg. Daraufhin ließ er die Konzertierte Aktion langsam "entschlafen".<sup>75</sup>

Nachdem das Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz von 1977 den Anstieg der Krankenkassenbeiträge nicht langfristig begrenzen konnte, führte die erneute wirtschaftliche Rezession, verursacht durch die zweite Ölkrise, zu einer Fortsetzung der Kostendämpfungspolitik.<sup>76</sup> Mit dem Kostendämpfung-Ergänzungsgesetz vom 22. November 1981 erfolgte eine Erhöhung der Selbstbeteiligungen für Arzneimittel auf 1,50 DM je verordnetem Medikament.

Ab 1983 änderten sich die Rahmenbedingungen in der Gesundheitspolitik erheblich. Die steigenden Krankenversicherungsbeiträge stellten infolge des beginnenden wirtschaftlichen Aufschwungs weder für die Unternehmer noch für die Versicherten eine Bedrohung dar. Aber im Gegensatz zum Zeitraum des Leistungsausbaus am Anfang der siebziger Jahre führte die 1982 an die Macht gekomme-

<sup>72</sup> Vgl. Wähling, Susanne: Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt, S. 106- 110.

<sup>73</sup> Vgl. Neugebauer, Gabriele: Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der GKV, S. 191, 192.

<sup>74</sup> Vgl. Wagner, Thomas A.: Gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente des Arzneimittelmarktes, in: Blanke, Bernhard (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994, S. 388, 389.

<sup>75</sup> Vgl. Konzertierte Aktion sanft entschlafen, in: ÄZ vom 05.04.2001.

<sup>76</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 185-190.

ne konservativ-liberale Koalition trotz des wirtschaftlichen Aufschwungs die Kostendämpfungspolitik weiter.

1983 trat mit dem Haushaltsbegleitgesetz die erste Negativliste in Kraft, und die Zuzahlung für Arzneimittel wurde um weitere 0,50 DM auf 2,00 DM erhöht.<sup>77</sup>

Unter dem Begriff Negativliste versteht man eine Aufstellung jener Arzneimittelgruppen, die von den Krankenkassen nicht erstattet werden dürfen. Sie schließt Arzneimittel aus, die üblicherweise gegen banale Erkrankungen verordnet werden, wie beispielsweise Erkältungskrankheiten, Mund- und Rachenerkrankungen, Ostipation und Reisekrankheiten.<sup>78</sup> Ziel dieser Negativliste war es, die dauerhafte Entlastung der Krankenkassen durch Senkung der Arzneimittelkosten sowie die Konzentration auf das medizinisch Notwendige und therapeutisch Nützliche herbeizuführen.<sup>79</sup> Mit der Negativliste i.S.d. § 34 Abs. 3 SGB V wurde ein neues Steuerungsinstrument eingeführt.

Schließlich erreichten die verschiedenen Kostendämpfungsmaßnahmen wiederum nur kurzfristige Ausgabenbegrenzungen.

Mitte 1984 begann der damalige Bundesarbeitsminister Norbert Blüm mit den Vorarbeiten zu einer Strukturreform, die den Ausgabenanstieg im Gesundheitswesen beenden sollte.

Die ursprünglichen Reformziele Blüms sahen einen Ausgleich zwischen Solidarität und Eigenverantwortung vor. Die Gesundheitspolitiker aller Parteien verzichteten auf solch präzise Konzepte, wie sie Norbert Blüm in seinen zehn Grundsätzen zur geplanten Strukturreform vom 9. April 1985 vorgestellt hatte. Sie versuchten vielmehr, gemeinsam mit allen Interessengruppen zu Kompromisslösungen zu gelangen.

Die Kompromisslösungen sparten aber bereits wesentliche Elemente der geplanten Strukturreform aus. Entgegen der ursprünglichen Langzeitpläne blieb es lediglich wieder bei den kurzfristigen Sparmaßnahmen.<sup>80</sup>

Da frühere Kostendämpfungsmaßnahmen bisher nicht die erhofften Einsparungen brachten sahen Regierung und Administration ihre politische Aufgabe nunmehr darin, neue gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente einzuführen und durchzusetzen. Mit dem am 1. Januar 1989 in Kraft getretenen Gesundheitsreformgesetz (GRG), der sogenannten ersten Stufe der Gesundheitsreform, führte die konservativ-liberale Bundesregierung die Festbetragsregelung ein.

---

<sup>77</sup> Vgl. Schneider, Markus/Hofmann, Uwe/Späth, Brigitta et. al.: Die Regulierung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich, Rieden a. Foggensee 2000, S. 24, 25 [im Folgenden zitiert als: Schneider, Markus: Die Regulierung von Arzneimittelmärkten].

<sup>78</sup> Vgl. Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hg.): Pharma Daten 2000, 30. Aufl., Frankfurt a.M. 2000 S. 43 [im Folgenden zitiert als: BPI (Hg.): Pharma Daten 2000].

<sup>79</sup> Vgl. Sproll, Theodor: Arzneimittelkosten und Kostendämpfung. Staatliche Steuerung im Arzneimittelbereich, Konstanzer Dissertationen Bd. 121, 1. Aufl., Konstanz 1986 S. 52.

<sup>80</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 190-197.



Hierunter ist zu verstehen, dass die gesetzlichen Krankenkassen nur noch jene Arzneimittel in voller Höhe zu zahlen haben, die unter einem von ihnen festgelegten Erstattungshöchstbetrag, nämlich dem Festbetrag, liegen.<sup>81</sup> Zuvor mussten die Krankenkassen, die von den Pharmaherstellern vorgegebene Preise in nahezu voller Höhe erstatten.

Die Festbetragsregelung für Arzneimittel war zur damaligen Zeit **das** innovative, strukturverändernde Instrument des Gesundheitsreformgesetzes. Hieran knüpften sich hohe Erwartungen. Es sollte somit den vielfältigen Steuerungsmängeln im Arzneimittelwesen endlich wirksam begegnet werden. Dem Arzneimittelsektor wurde ein mangelnder Wettbewerb unterstellt, dem es galt, insbesondere mit dem Festbetragskonzept entgegenzuwirken.<sup>82</sup>

Das Verfahren zur Festsetzung der Festbeträge bestand aus zwei Schritten. Gemäß § 35 I SGB V begann das Verfahren zur Festlegung von Festbeträgen damit, dass der BAK Richtlinien nach § 92 I S.2 Nr.6 SGB V bestimmt, für welche Gruppen von Arzneimitteln Festbeträge festgesetzt werden können. "In den Gruppen sollen Arzneimittel mit:

1. denselben Wirkstoffen,
2. pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen, insbesondere mit chemisch verwandten Stoffen,
3. therapeutisch vergleichbarer Wirkung, insbesondere Arzneimittelkombinationen

zusammengefasst werden".

In einem zweiten Schritt sollte gemäß § 35 III SGB V die Festbetragshöhe auf der Grundlage von geeigneten Vergleichsgrößen festgesetzt werden. Zuvor war hierzu, wie im ersten Schritt auch, Sachverständigen Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Gemäß § 35 V SGB V waren die Festbeträge so festzusetzen, dass sie im Allgemeinen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie in der Qualität gesicherte Versorgung gewährleisten. Außerdem hatten die Festbeträge Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen, sollten also einen Preiswettbewerb auslösen, ohne die Arzneimittelauswahl zu gefährden.

Eine wichtige Änderung im Festbetragssystem erfolgte zum 1. Januar 1996. Es wurden auf Wunsch der forschenden Industrie patentgeschützte Arzneimittel aus der Festbetragsregelung herausgenommen. Diese Änderung sollte es der Indust-

---

<sup>81</sup> Vgl. Beske, Fritz/Brecht, Josef Georg/Reinkemeier, Andrea-Marina: Das Gesundheitswesen in Deutschland, 2. Aufl., Köln 1995, S. 137 [im Folgenden zitiert als: Beske, Fritz: Das Gesundheitswesen in Deutschland]; BPI (Hg.): Pharma Daten 2000, S. 42.

<sup>82</sup> Vgl. Perschke-Hartmann, Christiane: Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, in: Blanke, Bernhard/ Czada, Roland/ Heinelt, Hubert (Hg.), Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit, Bd. 3, Opladen 1994, S. 211.

rie leichter machen, die hohen Forschungsaufwendungen während der Patentlaufzeit einzunehmen.

Obwohl Festbeträge im Prinzip für alle vom Arzt veranlassten Leistungen eingesetzt werden könnten, wurden sie im Gesundheitsreformgesetz jedoch nur auf die vom Arzt verordneten Leistungen im Bereich der Arznei-, -Verband-, -und Hilfsmittel beschränkt. Offensichtlich hatte die konservativ-liberale Bundesregierung zur damaligen Zeit nur die Arzneimittelausgaben im Visier.

Die Erstattungsgrenzen wurden zuletzt unter der konservativ-liberalen Bundesregierung im April 1998 neu festgelegt.<sup>83</sup> Nur sehr wenige Hersteller wagten es daraufhin, den Preis eines Produktes oberhalb des Festbetrages festzusetzen.

Da auch das Gesundheitsreformgesetz nicht ausreichte, um der Ausgabendynamik Einhalt zu gebieten, trat am 1. Januar 1993 das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) als zweite Stufe der Gesundheitsreform in Kraft.

Anders als bei den vorherigen Gesetzgebungsverfahren sollte jetzt die Kompromissfindung ausschließlich zwischen den Vertretern der Regierung unter der Führung von Gesundheitsminister Horst Seehofer einerseits und der damaligen Opposition von SPD sowie den Bundesländern, andererseits jedoch unter Ausschluss der Öffentlichkeit und der Verbände, stattfinden. Das Gesundheitsstrukturgesetz zeichnete sich dadurch aus, dass, im Gegensatz zu früheren Sparplänen, dieses Mal alle Politiker aus Bund und Ländern, Koalition wie SPD, hinter dem Gesundheitsminister standen. Es wurde nunmehr nicht weiter versucht, die Zustimmung aller Verbände zur Kompromisslösung zu gewinnen. Die Verhandlungen fanden in Bad Lahnstein im Oktober 1992 statt und werden auch unter dem Begriff "Lahnstein-Kompromiss" verwendet.

Das Gesundheitsstrukturgesetz unterschied sich vom Gesundheitsreformgesetz durch wesentlich radikalere Sparpläne. Das Strukturgesetz enthielt drei wichtige Bestimmungen für Arzneimittel:

- Preismoratorium und Preisabsenkung,
- erweiterte Zuzahlungsregelungen für Versicherte und
- Erarbeitung und Einführung einer sogenannten Positivliste für Arzneimittel, die ein Verzeichnis der zu Lasten der GKV verordnungsfähigen Arzneimittel darstellt.<sup>84</sup>

Durch das Preismoratorium wurden die Preise für verschreibungspflichtige Medikamente, für die kein Festbetrag galt, in den Jahren 1993 und 1994 um 5%, die Preise für nichtverschreibungs- aber apothekenpflichtige Medikamente um 2%

<sup>83</sup> Vgl. Doemens, Karl: Kassen kürzen Arznei-Erstattung, in: FR vom 14.03.2001.

<sup>84</sup> Vgl.: Kopetsch, Thomas: Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 5, 1. Aufl., Baden-Baden 2001, S. 24 [im Folgenden zitiert als: Kopetsch, Thomas: Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV].

gesenkt.<sup>85</sup> Außerdem wurde durch die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes erstmals die Arzneimitteltherapie über das in diesem als zu berücksichtigendes Steuerungsinstrument festgeschriebene *Arzneimittelbudget* direkt mit dem Einkommen der Ärzte verknüpft. Mit diesen in reiner Selbstverwaltung zwischen den jeweiligen Landesverbänden der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen auszuhandelnden Budgets, deren Festsetzung jährlich neu auf Basis der gegebenen Vorjahresausgaben der gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen sei, versuchte der Gesetzgeber erstmals die Ausgaben für Arznei-Verband- und Heilmittel in ihrer Höhe zu begrenzen.<sup>86</sup> Für den Fall, dass nicht alle Ärzte mit dem kollektiven Arzneibudget auskämen, sollte der entsprechende Fehlbetrag mit deren Vergütung verrechnet werden.

Auch wurden die Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeitsprüfung streng verändert. Das Gebot der Wirtschaftlichkeit besagte nun, dass alle medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu sein hätten. Nicht notwendige Leistungen durften von Patienten nicht mehr beansprucht, vom Leistungserbringer (Arzt) nicht erbracht und von der Kasse nicht bewilligt werden. So sollten bundesweit Richtgrößen vereinbart werden, die das Ziel hatten, die Menge der vom Arzt erbrachten und veranlassten Leistungen auf ein notwendiges Mindestmaß zu begrenzen.<sup>87</sup>

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz musste jeder Versicherte von 1993 an für alle Arzneimittel eine Zuzahlung leisten. Orientierte sich 1993 noch die Zuzahlung am Preis der Arzneimittel, so galt ab 1994 eine Zuzahlungsfestsetzung, die von der Packungsgröße abhing.<sup>88</sup>

Erstmals war in Deutschland auch die Einführung einer Liste erstattungsfähiger Arzneimittel, der sogenannten Positivliste, im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen. Unter einer Positivliste ist ein Verzeichnis jener Medikamente zu verstehen, die zu Lasten der GKV verordnet werden können. Arzneimittel, die nicht auf dieser Liste stehen, dürfen von Ärzten nicht verschrieben werden.

Die Einführung einer solchen Positivliste basierte auf der Idee der SPD im Rahmen der Findung eines Kompromisses für das Gesundheitsstrukturgesetz.

Die Verbände wurden ausnahmsweise bei der Einführung der Positivliste nicht ausgegrenzt, sondern sogar über das neu geschaffene Institut "Arzneimittel in der Krankenversicherung" an der Umsetzung beteiligt. Insbesondere der Bun-

---

<sup>85</sup> Vgl. Hagen, Horst/ Hagen, Wally/ Hummert, Rainer: Der Arzt ein unbekannter Partner, 6. Aufl., Bocholt 1997, S. 54 [im Folgenden zitiert als: Hagen, Horst: Der Arzt ein unbekannter Partner, 6. Aufl.]; Beske, Fritz: Das Gesundheitswesen in Deutschland, S. 139.

<sup>86</sup> Vgl.: § 84 SGB V.

<sup>87</sup> Vgl. Löppert Pharma Profil 2001: Was Sie schon immer über den Arzt und sein Umfeld wissen wollten/sollten, 2001, S. 10.

<sup>88</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 45.

desverband der Pharmaindustrie wies mit Nachdruck darauf hin, dass eine Positivliste aufgrund der großen Zahl von der Erstattung ausgeschlossener Medikamente die Gefahr sozialer Härten in sich bergen und diese Liste überproportional die Versorgung chronisch Kranker und alter Patienten beeinträchtigen würde. Das unter anderem mit diesen Begründungen eingebrachte Änderungsgesetz strich die entsprechende Vorschrift zur Einführung einer Positivliste wieder aus dem Sozialgesetzbuch.<sup>89</sup> Hiermit war das Thema Positivliste erst einmal ad acta gelegt.

Am 1. Januar 1997 trat das Beitragsentlastungsgesetz in Kraft. Ein halbes Jahr später, am 1. Juli 1997, wurden das 1. und 2. Gesetzliche Krankenkassenversicherung- Neuordnungsgesetz (NOG) wirksam. Diese drei Gesetze galten als dritte Stufe der Gesundheitsreform. Der gesamten dritten Stufe der Gesundheitsreform 1996/97 waren unüberwindbare Meinungsdiskrepanzen zwischen der FDP/CDU-Koalition und der SPD vorausgegangen.

1996 und 1997 war die gesamtwirtschaftliche Lage weiterhin durch niedriges Wirtschaftswachstum und, vor allem durch, steigende Arbeitslosenzahlen gekennzeichnet. Die erneuten Defizite der Krankenkassen waren zum großen Teil die Konsequenz politischer Entscheidungen aus anderen Politikfeldern. Die hieraus resultierenden Finanzierungsprobleme waren nicht der einzige Grund für erneute Reformbestrebungen der Regierung. Die Regierung wollte vielmehr auch auf die Herausforderungen des sich abzeichnenden demographischen Wandels, des medizinisch-technischen Fortschritts und der Notwendigkeit zur europäischen Integration reagieren.<sup>90</sup>

Mit dem Beitragsentlastungsgesetz wurden die Zuzahlungen je Packungsgröße auf 4 DM, 6 DM bzw. 8 DM erhöht. Hingegen wurden die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet, die Beitragssätze um 0,4 Prozentpunkte zu senken.

Ein Hauptbestandteil des 1. NOG war der sogenannte Koppelungsmechanismus, wonach steigende Beitragssätze Zuzahlungen der Patienten nach sich zogen.<sup>91</sup>

Mit dem 2. NOG wurde erneut die Zuzahlung je Packungsgröße nunmehr auf 9 DM, 11 DM bzw. 13 DM erhöht. Gegenüber den Zuzahlungen in den Jahren 1994-1996 mit 3 DM, 5 DM bzw. 7 DM entsprach dies immerhin einer Erhöhung von 86% bis zu 200%.<sup>92</sup>

Darüber hinaus wurden mit dem 2. NOG die globalen Arzneimittelbudgets durch arztgruppenspezifische Richtgrößen ersetzt. Richtgrößen in diesem Sinne definieren, wie viel Geld ein bestimmter Arzt pro Medikament ausgeben darf. Beim

---

<sup>89</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 44; Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 209-211.

<sup>90</sup> Vgl. Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, S. 211-214, 222, 227, 229.

<sup>91</sup> Vgl. Hagen, Horst: Der Arzt, ein unbekannter Partner, S. 45, 46.

<sup>92</sup> Vgl. Schneider, Markus: Die Regulierung von Arzneimittelmärkten, S. 25.

Arzneimittelbudget konnte der Arzt keinen Überblick darüber gewinnen, wie stark er und seine Kollegen das gemeinsame Budget bereits ausgenutzt hatten. Durch die neuen Richtgrößen sollte dieser Überblick ermöglicht werden. Auf diesem Wege wurde dem einzelnen Arzt die Verantwortung für die von ihm veranlassten Verschreibungen zurückgegeben. Auch sollte das Risiko einer Rationierung von Arzneimitteln zum Ende eines Jahres, wie sie 1996 aufgrund überzogenen Arzneimittelbudgets vorkam, reduziert werden.<sup>93</sup>

Bei Überschreiten der Richtgrößen wurden Wirtschaftlichkeitsprüfungen in der vertragsärztlichen Versorgung eingeleitet. Je nach Höhe der Überschreitungen waren Regresse möglich.<sup>94</sup>

Nachdem in den vergangenen Jahren die Ausgaben kontinuierlich gestiegen waren, führten die Sparmaßnahmen und die Zuzahlungen vorübergehend zu einem Rückgang der Arzneimittelausgaben. Es kam hier zu einem Umsatzrückgang von 1,7%. Die Zahl der Verordnungen ging sogar um 11% zurück. Allerdings erhöhte sich gleichzeitig der Wert je Verordnung um 10,8%.

Die Strukturkomponente<sup>95</sup> stieg sogar um 11,3%.<sup>96</sup>

Mit der Arzneimittelpreisverordnung, die am 1. Juli 1998 in Kraft trat, wurden die Handelsspannen der Apotheker für extrem hochpreisige Arzneimittel vermindert. Hiervon versprachen sich Krankenkassen und Bundesregierung eine Verringerung der Arzneimittelausgaben.<sup>97</sup>

Im Juni 1998 stellte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) eine umfangreiche Vorlage neuer Arzneimittelrichtlinien vor, wonach die Krankenkassen künftig bestimmte Medikamente, wie zum Beispiel Lipidsenker, gar nicht mehr oder nur zum Teil erstatten dürften.<sup>98</sup> Nach dem Entwurf sollten Arzneimittelgruppen eines Kostenfaktors von rund 3,5 bis vier Milliarden Mark aus der Erstattungsfähigkeit herausgenommen werden.<sup>99</sup>

In den Richtlinien wurde noch einmal klargestellt, dass diese für Ärzte, Kassen und somit auch für deren Versicherte verbindlich seien und nicht nur beachtet werden müssten.<sup>100</sup> Bis zum 14. August 1998 konnten die betroffenen Verbände ihre Stellungnahmen zum Entwurf beim zuständigen BAK abgeben. Dies löste daraufhin einen beachtlichen Wirbel bei den Verbänden aus.<sup>101</sup>

---

<sup>93</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 40.

<sup>94</sup> Vgl. Kopetsch, Thomas: Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der GKV, S. 26.

<sup>95</sup> Siehe dazu Erklärung auf S. 30.

<sup>96</sup> Vgl. BMG (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, S. 234.

<sup>97</sup> Vgl. Nutzen Hersteller neue Handelsspanne zu ihren Gunsten?, in: ÄZ vom 16./17.10.1998.

<sup>98</sup> Vgl. Arzneiverordnung: Ausschlüsse und Einschränkungen im Visier, in: DAZ Nr. 33 vom 13.08.1998.

<sup>99</sup> Vgl. Gesundheitspolitik, in: DAZ Nr. 51/52 vom 17.12.1998.

<sup>100</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Brech versucht, Ängste vor den Arzneimitteln zu zerstreuen, in: ÄZ vom 04.11.1998.

<sup>101</sup> Vgl. Arzneiverordnung: Ausschlüsse und Einschränkungen im Visier, in: DAZ Nr. 33 vom 13.08.1998.

Folglich blieb die Arzneimittelpolitik bis zur Bundestagswahl am 27. September 1998 ein vieldiskutiertes Thema.

#### **2.4. Die Parteien und ihre Wahlprogramme zur Bundestagswahl 1998**

In der „Wahlplattform 1998-2002“ der CDU/CSU wurde die Gesundheitspolitik im Rahmen sozialpolitischer Zielsetzungen nur sehr kurz gestreift, konkrete Aussagen fehlten. Die Arzneimittelpolitik wurde nicht gesondert angesprochen. Insbesondere versprachen CDU/CSU, dass der Bevölkerung auch in Zukunft eine erstklassige gesundheitliche Versorgung bei umfassendem sozialen Schutz zur Verfügung stehen werde.

Die CDU/CSU hob hervor, dass mit der letzten Gesundheitsreform bereits ein grundlegender Richtungswechsel vollzogen worden sei, nämlich weg von einer reinen Ausgabenbegrenzung, hin zu einer am Menschen und dessen medizinischem Bedarf orientierten Gesundheitspolitik. Diese Umsteuerung zu mehr Eigenverantwortung und weniger staatlicher Reglementierung solle auch künftig eine hohe Qualität der Versorgung sicherstellen. Die CDU/CSU wolle diesen Weg einer modernen und innovationsoffenen Gesundheitspolitik konsequent fortsetzen.<sup>102</sup>

Im „Zukunftsprogramm“ der CDU hieß es ergänzend, dank höherer Zuzahlungen seien die Kassenausgaben nicht mehr gestiegen. Die CDU wolle daher wie schon gesagt den eingeschlagenen Weg fortsetzen.<sup>103</sup>

Im Wahlprogramm der SPD „Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit“ hieß es, die Gesundheit müsse für alle bezahlbar bleiben. Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten zu senken, solle jede medizinisch fragwürdige Leistung sowie ein entsprechendes Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen, insbesondere die Positivliste eingeführt werden.

Einen vollwertigen und solidarischen Schutz für alle Versicherten, versprach die Partei ebenso wie die dauerhafte Stabilisierung der Beitragssätze in der GKV. Mit Strukturreformen solle jedes dieser einzelnen Ziele ohne Beeinträchtigung der Gesundheitsversorgung bei mehr Wettbewerb verwirklicht werden.

Einsparziele, die unter Mitwirkung aller Beteiligten zu erarbeiten seien, wollten die Sozialdemokraten im Rahmen eines Globalbudgets verfolgen. Zudem sei ei-

---

<sup>102</sup> Vgl. Wahlplattform 1998-2002 von CDU und CSU, S. 21, 22.

<sup>103</sup> Vgl. Beschluss des 10. Parteitages der CDU-Deutschlands, in: Zukunftsprogramm der CDU Deutschlands vom 17.-19.10.1998, S. 47.

nes der Vorhaben einer SPD-geführten Bundesregierung, in den ersten hundert Tagen chronisch Kranke und Ältere, was die Zuzahlungen betrifft zu entlasten.<sup>104</sup> Die Arzneimittelpolitik stand im Vergleich zu anderen Themen sicherlich nicht im Vordergrund, wurde aber in drei Punkten konkret angesprochen.

Im Wahlprogramm der Liberalen „Es ist Ihre Wahl“ hieß es, angesichts medizinischen Fortschritts und steigender Lebenserwartung müsse das System ständig weiterentwickelt werden. Die Liberalen wollten dafür sorgen, dass auch in Zukunft jeder Bürger im Krankheitsfall die notwendige medizinische Versorgung erhalte. Dieses Ziel solle sogar mit gleichzeitig sinkenden Beitragssätzen in der GKV erreicht werden, und zwar ohne jedweder Budgetierung. Um die Beitragslast zu senken, solle die Mehrwertsteuer apothekenpflichtiger Arzneimittel auf einen ermäßigten Satz reduziert werden.

Zudem strebten die Liberalen einen Übergang vom Sachleistungs- zum Kostenerstattungsprinzip an. Das Sachleistungsprinzip hemme nach ihrer Ansicht die Fortentwicklung zu einem freiheitlichen und mehr marktwirtschaftlich orientierten System. Die Kostenerstattung biete sowie Patient als auch Leistungsanbieter ein Höchstmaß an Transparenz über die in Anspruch genommenen Leistungen und dem daraus resultierenden Preis.<sup>105</sup>

Die Liberalen strebten somit das im Bereich der privaten Krankenkassen schon seit langem praktizierte Kostenerstattungsrecht an. Die FDP stand für Wettbewerb statt Reglementierung und Verhandlungslösungen statt Budgetierung.

Die Liberalen erwähnten mit ihrer geforderten Senkung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel immerhin die Arzneimittelpolitik; aber als großes Wahlkampfthema betrachteten auch sie die Arzneimittelpolitik nicht.

Die Bündnisgrünen unterstrichen in ihrem Parteiprogramm „Grün ist der Wechsel“, dass die Gesamtpolitik der Gesundheit dienen müsse.

Die Grünen streben das von der Weltgesundheitsorganisation geprägte Ideal von Gesundheit als Zustand physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens an. Gesundheit sei für die Grünen mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Die Grünen forderten, die paritätische Finanzierung der GKV wiederherzustellen. Zuzahlungen seien deshalb zurückzuschrauben. Die Gentechnik werde in ihren Möglichkeiten weit überschätzt, daher sei eine Umverteilung im Bereich der öffentlichen Forschungsgelder sowie alternative Heilmethoden zu fördern. Die Grü-

---

<sup>104</sup> Vgl. Vorstand der SPD (Hg.): Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit. SPD-Wahlprogramm für die Bundestagswahl 1998, S. 41.

<sup>105</sup> Vgl. Liberal-Verlag (Hg.): Es ist Ihre Wahl. Das Wahlprogramm der Liberalen zur Bundestagswahl 1998, S. 40 - 42.

nen respektieren jedoch den Einsatz der Gentechnik bei Medikamenten, Diagnostik und Grundlagenforschung, wenn die traditionelle Medizin den Betroffenen keine Alternative bietet. Einsparungen sehen sie unter der Prämisse gesundheitlicher Versorgung unter strengen Qualitätskriterien, die der demokratischen Kontrolle unterliegen sollen.<sup>106</sup>

Auch bei den Grünen wies sich die Arzneimittelpolitik nicht als vornehmliches Wahlkampfthema aus.

Die PDS erklärte in ihrem Wahlprogramm „Alternative 98: Wahlprogramm der Partei des Demokratischen Sozialismus zur Bundestagswahl 1998“, dass Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen der Patienten unsozial und bei effektivem Ressourceneinsatz unnötig seien. Die PDS schlug vor, effektive Mittel einzusetzen, wie zum Beispiel die Vorherrschaft der Arzneimittelhersteller durch eine Positivliste einzuschränken. Ziel der PDS sei es, eine Gesundheitsversorgung für alle zu gewährleisten, und dies unabhängig vom individuellen Einkommen und Vermögen. Die Kommerzialisierung und Bürokratisierung des Gesundheitswesens müsse gestoppt werden. Auch müsse eine Zweiklassenmedizin verhindert werden.<sup>107</sup>

Der PDS war besonders die Pharmaindustrie ein Dorn im Auge, was sie in ihrem Wahlprogramm auch deutlich kundtat.

Aber selbst die PDS benutzte die Arzneimittelpolitik nicht als vordergründiges Wahlkampfthema.

---

<sup>106</sup> Vgl. Bündnis 90/Die Grünen (Hg.): Programm zur Bundestagswahl 98, Grün ist der Wechsel, 2. Aufl., 1998, S. 80-82.

<sup>107</sup> Vgl. Alternativen 98: Wahlprogramm der Partei des Demokratischen Sozialismus zur Bundestagswahl 1998, S. 17, 18.



### 3. Die Ankündigung einer Strukturreform im Gesundheitswesen

Mit der Bundestagswahl am 27. September 1998 führten die Wähler mit ihrem Stimmzettel einen Regierungswechsel in Bonn herbei.

Der SPD gelang es mit einem Stimmenanteil von 40,9%, zum zweiten Mal nach 1972, bei einer Bundestagswahl als stärkste Partei hervorzugehen. Die Christdemokraten hingegen mussten mit 35,1% ihr schlechtestes Ergebnis seit 1949 hinnehmen. Auch Bündnis 90/Die Grünen und FDP mussten im Vergleich zu 1994 Verluste hinnehmen. Mit 6,7% konnten sich die Grünen allerdings bundesweit immerhin als drittstärkste Partei behaupten, denn die FDP erzielte hier nur 6,2%. Die PDS kam nach dieser Bundestagswahl erstmals in den Deutschen Bundestag.<sup>108</sup>

Am 17. Oktober 1998 einigte sich die rot-grüne Bundesregierung auf die Grundlinien in der neuen Gesundheitspolitik. Die definitive Koalitionsvereinbarung zwischen der SPD und den Bündnisgrünen wurde am 20. Oktober unterzeichnet.<sup>109</sup>

Bereits zehn Tage später wurde Gerhard Schröder (SPD) zum neuen Bundeskanzler gewählt und die neuen Minister vereidigt. Die neue Bundesregierung umfasste 15 Minister. Zwölf davon stellten die Sozialdemokraten, drei die Grünen. Unter diesen befand sich Andrea Fischer, die das Ressort des Gesundheitsministeriums übernahm. Fischers Parlamentarische Staatssekretärin wurde Christa Nickels, die Funktion des beamteten Staatssekretärs übernahm Erwin Jordan.<sup>110</sup>

#### 3.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Die Gesundheitsexperten der rot-grünen Koalition verständigten sich am 13. Oktober 1989 darauf, ihre Aufgaben schrittweise anzugehen.

Zunächst sollten die damals von Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) durchgesetzten Zuzahlungsregelungen korrigiert werden. SPD und Grüne wollten vor allem die Selbstbeteiligung der chronisch Kranken an den Kosten ihrer Medikamente senken. Seehofers Kopplungsmechanismus, nach dem Beitragssteigerungen automatisch zu höheren Zuzahlungen der Versicherten der jeweiligen Krankenkassen geführt hatten<sup>111</sup>, sollte definitiv aufgehoben werden.

<sup>108</sup> Vgl. Oberndörfer, Dieter: Der Befreiungsschlag, in: FR vom 02./03.10.1998.

<sup>109</sup> Vgl. Neue Regierung will Kompetenzen der Hausärzte stärken, in: ÄZ vom 19.10.1998.

<sup>110</sup> Vgl. Andrea Fischer erhält nun auch die Kompetenz für die Pflegeversicherung, in: ÄZ vom 29.10.1998.

<sup>111</sup> siehe Kapitel 2.3..

Obwohl der SPD-Gesundheitsexperte Klaus Kirschner vor der Wahl die finanzielle Situation der Krankenkassen als "alles andere als rosig" dargestellt hatte, hofften die Sozialdemokraten, dass die Kassen aufgrund Seehofers Spargesetzen noch einige Zeit liquide bleiben würden. Diese Phase wollten die Koalitionäre dazu nutzen, in einem zweiten Schritt eine grundlegende Strukturreform zu verwirklichen.<sup>112</sup>

So hieß es in der Koalitionsvereinbarung vom 20. Oktober 1998 zwischen SPD und Bündnis 90/Die Grünen, die Bundesregierung werde dafür sorgen, dass Gesundheit für alle bezahlbar bleibe, und jeder den Anspruch auf eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung habe. Ziel der neuen Bundesregierung sei es, den Anstieg der Krankenversicherungsbeiträge dauerhaft zu stabilisieren. Deshalb wollte die Bundesregierung in einem ersten Schritt noch 1998 ein Vorschaltgesetz verabschieden. Eckpunkt dieses Gesetzes war unter anderem eine vorläufige Ausgabenbegrenzung. In der Koalitionsvereinbarung hieß es weiter, im Vorschaltgesetz werde die neue Bundesregierung ab 1. Januar 1999 chronisch Kranke und ältere Patienten bei Arzneimittelzuzahlungen entlasten sowie Regelungen, die höhere oder neue Zuzahlungen der Patienten vorsehen, aufheben. Nach Ansicht der Koalition würde das Vorschaltgesetz die Voraussetzungen für die Durchführung einer Strukturreform zum 1. Januar 2000 schaffen, die für mehr Qualitätswettbewerb, höhere Wirtschaftlichkeit und effizientere Versorgungsstrukturen sorgen sollte.

Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten zu senken, wollte die neue Bundesregierung Regelungen einführen, um medizinisch fragwürdige Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen zu streichen.

Als notwendige Strukturreform sollte ein Globalbudget eingeführt werden. Der Arzneimittelmarkt sollte nach den Plänen der neuen Bundesregierung neu geregelt werden. Dazu gehörte die Erstellung einer Liste der zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnungsfähigen Arzneimittel, auch Positivliste genannt, sowie die Förderung von Re-Importen.<sup>113</sup>

Von einer Positivliste der verordnungsfähigen Medikamente versprach sich die rot-grüne Koalition Einsparungen von zwei bis drei Milliarden DM.<sup>114</sup> Die Positivliste galt bei den Grünen, obwohl nicht ausdrücklich im Wahlprogramm erwähnt, ebenfalls als Essential.<sup>115</sup>

---

<sup>112</sup> Vgl. Andrea Fischer tritt Seehofers Erbe an, in: Handelsblatt vom 14.10.1998.

<sup>113</sup> Vgl. Koalitionsvereinbarung zwischen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands, Weg ins 21. Jahrhundert vom 20.10.1998.

<sup>114</sup> Vgl. Erste Reformkorrekturen schon zum 1. Januar 1999 geplant, in: FAZ vom 17.10.1998.

<sup>115</sup> Vgl. Ditzel, Peter: Wir hatten die Wahl, in: DAZ Nr. 40 vom 01.10.1998.

Noch nicht einmal in ihrem Amt als Gesundheitsministerin bestätigt, kündigte Andrea Fischer die Absicht an, über die Strukturreform mit allen Beteiligten ins Gespräch kommen zu wollen. Die Strukturreform solle nicht im Konflikt, sondern im gegenseitigen Einverständnis durchgesetzt werden. Als Termin sei nach den Koalitionsvereinbarungen das Jahr 2000 vorgesehen. Fischer bestätigte, dass für 1999 zunächst eine sektorale Budgetierung der Krankenkassenausgaben geplant sei. Auf diese Weise solle die Beitragsstabilität gewahrt bleiben, obwohl ältere und chronisch Kranke bereits Anfang 1999 bei Arzneimittelzuzahlungen entlastet werden. Leistungskürzungen seien nach Andrea Fischer weder erforderlich noch vorgesehen.

Andrea Fischer war der Auffassung, dass die Einführung einer Positivliste verordnungsfähiger Präparate, die für das Jahr 2000 vorgesehen war, die Qualität der Versorgung verbessern und gleichzeitig helfen würde, die GKV-Ausgaben zu senken. Fischer betonte, es gebe Medikamente, von denen wissenschaftlich gesagt werden könne, dass es diese "einfach nicht brächten".<sup>116</sup>

### **3.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS**

Die Opposition war wohl zunächst mit den Konsequenzen ihrer Wahlniederlage beschäftigt und verhielt sich zum Thema Arzneimittelpolitik zurückhaltend. Lediglich die bayerische Gesundheitsministerin Barbara Stamm warnte die rot-grüne Regierung vor dem Aufgreifen überholter Rezepte in der Gesundheitspolitik. Sie kritisierte die schon vor der Wahl von sozialdemokratischen und grünen Politikern angekündigte Rücknahme gesundheitspolitischer Maßnahmen.<sup>117</sup>

### **3.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure**

Die Verbände des Gesundheitswesens sahen dem Amtswechsel und der Person der neuen Gesundheitsministerin mit Sorge entgegen. Nach Meinung einiger Verbände hatten weder Andrea Fischer noch Erwin Jordan, ganz zu schweigen von Christa Nickels, ausreichend Erfahrung in der komplexen Materie. Daran knüpfte sich die Sorge, das angekündigte Vorschaltgesetz werde mit heißer Na-

---

<sup>116</sup> Vgl. Die neue Bundesregierung, in: Die Welt vom 28.10.1998.

<sup>117</sup> Vgl. Warnung vor der Positivliste, in: DAZ Nr. 41 vom 08.10.1998.

del gestrickt werden, ohne dass die Auswirkungen einzelner Änderungen überblickt werden könnten.<sup>118</sup>

Führende Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft warnten die neue rot-grüne Parlamentsmehrheit davor, nach dem Machtwechsel in Bonn das Gesundheitswesen planwirtschaftlich, dirigistisch und budgetierend zu verwalten.

Nach Ansicht von Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, verlange die Dynamik des medizinisch-technischen Fortschritts eine offene und flexible Gesundheitspolitik.<sup>119</sup>

Der Einführung der angekündigten Positivliste für Arzneimittel sah der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland (BDA) mit großer Skepsis entgegen. Klaus-Dieter Kossow, Bundesvorsitzender des BDA, beklagte beim 23. Internationalen Kongress für Allgemeinmedizin in Bad Orb (practica '98), dass zum Erstellen einer solchen Liste in Deutschland verlässliche epidemiologische, anwendungsorientierte Basisdaten sowie Arzneimittelinstitute, die eine völlig unabhängige Bewertung von Medikamenten garantieren können, fehlten.<sup>120</sup>

Zudem wurde bei der practica '98 deutlich, dass die Mitglieder des BDA die zentralen berufspolitischen Themen ganz anders beurteilten als die Verbandsspitze selbst. Besonders wurde dies beim heiklen Thema Positivliste deutlich.

Viele Hausärzte waren für eine Positivliste, weil sie glaubten, damit ein ganzes Bündel von Problemen wie die Frage nach mehr Transparenz, mehr Sicherheit, weniger Regressen und geringeren Arzneikosten auf einen Schlag elegant lösen zu können.<sup>121</sup>

Der Hartmannbund sprach sich für die Beibehaltung der Zuzahlungen bei Arzneimitteln aus. Bei einer Senkung der Zuzahlungen würden erneut Kassenfinanzen destabilisiert werden.<sup>122</sup> Forderungen nach einem Globalbudget wies der Hartmannbund ebenfalls zurück, da dies zur Rückentwicklung des gerade als qualitativ hochwertig betrachteten deutschen Gesundheitssystems führen könne.<sup>123</sup>

Hermann Vogel, Vizepräsident der Bundesapothekenkammer sah mit Sorge, dass den Krankenkassen unter der neuen Regierung vermutlich mehr Kompetenzen eingeräumt würden. Angesichts der Entlastung chronisch Kranker von der Zuzahlung sei abzusehen, dass den Kassen weniger Geld zur Verfügung stehen werde. Ein Instrument, mit dem man sparen wolle, sei die Positivliste. Doch wer

<sup>118</sup> Vgl. Kritik am Gesundheitsministerium, in: FAZ vom 28.10.1998.

<sup>119</sup> Vgl. Ärzte warnen vor dirigistischen Maßnahmen, in: ÄZ vom 06.10.1998.

<sup>120</sup> Vgl. Die Allgemeinärzte sehen mit großer Skepsis der Positivliste entgegen, in: ÄZ vom 03.11.1998.

<sup>121</sup> Vgl. Schmid, Raimund: Das Ja der allgemeinärztlichen Basis zur Positivliste ist eigentlich ein klares Nein, in: ÄZ vom 03.11.1998.

<sup>122</sup> Ärzte: Nein zu Globalbudgets, in: Medikament & Meinung Nr.10 Oktober 1998.

<sup>123</sup> Vgl. Fuhr, Christoph: Wie sich der Hartmannbund auf die veränderte Lage in Bonn einstellt, in: ÄZ vom 05.10.1998.

entscheide, so fragte Vogel, welche Arzneimittel auf diese Liste gesetzt werden. Nach seiner Auffassung werde die Positivliste nicht dazu beitragen, dass Arzneimittel günstiger werden oder die Ausgaben sinken, lediglich der Markt werde durcheinander gebracht.<sup>124</sup>

Auch der ABDA-Präsident, Hans Günter Friese, erteilte auf dem Apothekertag in München der Einführung einer möglichen Positivliste eine Absage. Friese erwartete von der neuen Bundesregierung, dass es beim Verbot des Versandhandels von Arzneimitteln bleiben werde.

Auch Friese stellte fest, dass, falls die rot-grüne Bundesregierung die Zuzahlungen für chronisch Kranke zurücknehme, sich der Finanzdruck auf die GKV erhöhe.<sup>125</sup>

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) befürchtete nach dem Regierungswechsel, dass etliche Medikamente aus dem Leistungskatalog ausgegrenzt werden würden. Der BPI-Hauptgeschäftsführer Wolfgang Weng kündigte an, dass der BPI sich auf nun erneut aufkeimende Debatten zur Einführung der Positivliste vorbereiten werde. Vor allem für die mittelständischen Arzneimittelhersteller in Deutschland bedeute die Positivliste eine besondere wirtschaftliche Gefahr.<sup>126</sup>

Mark Seidscheck, Hauptgeschäftsführer des Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH), lehnte im Namen seiner Verbandsmitglieder ebenfalls die Positivliste ab. Die Erstellung einer solchen Liste müsse zwangsläufig stark subjektive Züge tragen. Letzten Endes könne nicht am grünen Tisch entschieden werden, welche Medikamente der einzelne Arzt im Rahmen einer Therapie für sinnvoll erachte. Seidscheck sagte, man solle sich nicht der Illusion hingeben, mit einer Positivliste könne Geld gespart werden. Die Erfahrungen hätten in der Vergangenheit gezeigt, dass der Wegfall billiger Präparate zu einer verstärkten Verordnung teurer Präparate geführt habe. Er werde selbstverständlich mit der neuen Bundesregierung konstruktiv zusammenarbeiten und dabei seine Vorstellungen vom zukünftigen Arzneimittelmarkt einbringen. Dies beinhalte aber eine strikte Ablehnung von Listenmedizin. Nur so könne die therapeutische Vielfalt der Arzneimittel für den Patienten erhalten und ihm gleichzeitig eine Option auf freiwilliger Basis gegeben werden, verantwortungsbewusste Selbstmedikation zu betreiben. Starre Budgets führten nach seiner Ansicht zur Rationierung von Gesundheitsleistungen.

---

<sup>124</sup> Vgl. Ditzel, Peter: Die Oase in der Wüste, in: DAZ Nr. 44 vom 29.10.1998.

<sup>125</sup> Vgl. Mehrwert für Patienten, in: Medikament & Meinung Nr. 10 Oktober 1998.

<sup>126</sup> Vgl. Schmidt, Helmut: Pharma-Industrie hat Angst vor Rot-Grün, in: Die Welt vom 30.10.1998.

Die packungsgrößenabhängige Zuzahlung solle durch eine prozentuale Zuzahlung, die sich am Arzneimittelpreis orientiert, abgelöst werden. Die Arzneimittelpreisordnung mit der freien Festsetzung des Herstellerabgabepreises und dem einheitlichen Abgabepreis sei ein unumgänglicher Eckpfeiler der Arzneimittelversorgung für die Bevölkerung.<sup>127</sup>

Der Vorsitzende des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), Horst Freisler, bot der neuen rot-grünen Bundesregierung und den Krankenkassen die Zusammenarbeit des VFA bei der Strukturierung des Arzneimittelmarktes an. Der VFA verweigere nicht grundsätzlich die Einführung einer Positivliste. In einer solchen Liste sollten nach Auffassung Freislers alle Präparate aufgenommen werden, die nach einer Überprüfung von Qualität, Wirksamkeit und Sicherheit zugelassen worden seien.

Freisler wandte sich aber dagegen, diese Kriterien durch ein Gremium zur Erstellung der Positivliste erneut bewerten zu lassen. Dies berge die Gefahr, dass ganze Therapierichtungen diskriminiert werden und sich der Marktzugang neuer Medikamente verzögern würde. Freisler erinnerte an das Konzept des VFA, die Zuzahlungen der Patienten nach der Schwere der Erkrankung zu staffeln. Eine solche Strukturierung des Arzneimittelmarktes und die Entwicklung integrierter Versorgungskonzepte werde die Qualität der Gesundheitsversorgung sichern und die Finanzsituation der Kassen entspannen.<sup>128</sup>

In Gegensatz hierzu begrüßten die Spitzenverbände der GKV die Absicht der neuen Regierungskoalition, die solidarische und wettbewerbsorientierte Krankenversicherung zu stärken.

Das von der Koalition geplante Vorschaltgesetz, mit dem Zuzahlungsleistungen chronisch Kranker und älterer Patienten verringert werden sollten, stärke das Sachleistungsprinzip, lobten die Spitzenverbände. Die Abschaffung der automatischen Zuzahlungserhöhungen korrigiere zudem die Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Krankheitskosten durch die Arbeitgeber.

Die GKV befürwortete die von der Koalition geplante Einführung eines Globalbudgets im Rahmen einer Strukturreform. Ihrer Ansicht nach könne damit die gewünschte Steuerung des Gesundheitswesens mittelfristig erreicht werden. Die Wirksamkeit dieses Instrumentes werde entscheidend davon abhängen, ob die Kassen die dazu erforderlichen Steuerungsmechanismen erhielten.<sup>129</sup>

Der Vorstandsvorsitzende des AOK-Bundesverbandes, Hans-Jürgen Ahrens, trat ebenfalls für eine globale Ausgabenbegrenzung ein. Seiner Meinung nach er-

---

<sup>127</sup> Vgl. Kassen erwarten klare Botschaft zur finanziellen Stabilität der GKV, in: ÄZ vom 01.10.1998.

<sup>128</sup> Vgl. Forschende Arzneihersteller lehnen Positivliste nicht grundsätzlich ab, in: Handelsblatt vom 09./10.10.1998.

<sup>129</sup> Vgl. Kassen begrüßen Pläne der neuen Koalition, in: Handelsblatt vom 22.10.1998.

leichtere sie den notwendigen Kapazitätsabbau und die Verlagerung von Leistungen und Geldmitteln vom Krankenhaus zur ambulanten Versorgung. Ahrens vertrat die Auffassung, die geltenden Zuzahlungsregeln bei Arzneimitteln belasteten die Versicherten, ohne dass die Zuzahlungen nennenswerte Steuerungseffekte hätten. Er forderte daher, dass künftig die Handlungsspielräume der Kassen erweitert werden müssten. Innovationen würden dann gehemmt, wenn die KVen ein Vetorecht besäßen.<sup>130</sup>

Arbeitgeberchef Hundt beziffert die Mehrbelastungen für die GKV durch die rot-grüne Reformen auf 4,7 Milliarden DM. Anstatt Beitragszahler und Wirtschaft zu entlasten und Spielräume für neue Investitionen und Arbeitsplätze zu schaffen, werde die Eigenverantwortung der Bürger noch dazu reduziert. Allein die Rücknahme der Selbstbehalte bei Arzneimitteln für chronisch Kranke und ältere Patienten verursachten 800 Millionen DM an Zusatzkosten.<sup>131</sup>

### 3.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure

Im Vorfeld der Koalitionsverhandlungen war noch nicht abzusehen, dass Andrea Fischer das Gesundheitsministerium bekommen würde.

Neben dem Amt des Außenministeriums und des Umweltministeriums wollten die Grünen das Amt des Justizministeriums. Statt letzterem bot die SPD den Grünen das Bauministerium an.<sup>132</sup>

Zu diesem Zeitpunkt machte sich Rudolf Dreßler, ein ausgewiesener Sozial- und Gesundheitsexperte der SPD, noch Hoffnungen auf einen Ministerposten.<sup>133</sup> Gerhard Schröder aber, wollte den SPD-Politiker nicht an der Spitze des Gesundheitsressorts haben. Umgekehrt lehnte Dreßler die ihm angebotenen Alternativposten ab, da er sich weder ver- noch entsorgen lassen wolle.<sup>134</sup>

Die Grünen schienen kein Interesse an der Besetzung des Bauministeriums zu haben, so dass das Gesundheitsministerium offenbar zwischen den Koalitionspartnern als Kompromiss gefunden wurde.<sup>135</sup>

Die Bündnisgrünen machten von Anfang an klar, dass sie eine Frau auf dem Kabinettsposten haben wollten. In den Vorgesprächen wurden vorrangig die Gesundheitspolitikerinnen Marina Steindor, Monika Knoche und Andrea Fischer in

<sup>130</sup> Vgl. Pharma-Industrie lehnt Globalbudget ab, in: FAZ vom 09.10.1998.

<sup>131</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: „Krankenkassenbeiträge werden steigen“, in: Die Welt vom 26.10.1998.

<sup>132</sup> Vgl. Grüne wollen Andrea Fischer als Gesundheitsministerin, in: FAZ vom 13.10.1998.

<sup>133</sup> Vgl. Kieselbach; Kurt: Rot-Grün schachert um das Gesundheitsministerium, in: Die Welt vom 06.10.1998.

<sup>134</sup> Vgl. Fischer kündigt für 1999 sektorale Budgetierung an, in: ÄZ vom 20.10.1998.

<sup>135</sup> Vgl. Grüne wollen Andrea Fischer als Gesundheitsministerin, in: FAZ vom 13.10.1998.

Betracht gezogen.<sup>136</sup> Letzten Endes wurde die Berliner Abgeordnete Andrea Fischer Gesundheitsministerin, eine Frau, die ihre bisherige Tätigkeit auf die Schwerpunkte der Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Behindertenpolitik und der Asylpolitik gelegt hatte.<sup>137</sup>

Andrea Fischer übernahm ein Ressort, in das sie sich noch einarbeiten musste. Sie galt bei den Grünen als „strömungspolitisch neutral“, was hieß, dass sie weder dem realpolitischen noch dem linken Flügel angehörte. Wahrscheinlich war dies mit ein Beweggrund, sowohl für die Grünen als auch für Bundeskanzler Schröder, sich für Andrea Fischer zu entscheiden.

Das Gesundheitsministerium, als Schaltstelle für die Vergabe von 250 Milliarden DM Krankenkassengeldern, gilt als ständiges Kampfgebiet. Wer auch immer dieses Amt übernimmt, muss sich dem Druck starker Lobbyverbände von Ärzten, Pharmaindustrie und Krankenkassen stellen.<sup>138</sup>

Schon vor ihrem offiziellen Amtsantritt traf Andrea Fischer wichtige Personalentscheidungen. Baldur Wagner (CDU), seit 1991 beamteter Staatssekretär im Gesundheitsministerium, wurde in den Ruhestand versetzt und durch den früheren Fraktionsvorsitzenden der Grünen, Erwin Jordan, ersetzt. Auch Ministerialdirektor Manfred Zipperer, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung, wurde abgelöst. Für ihn kam der Arzt Hermann Schulte-Sasse, der seit 1997 innerhalb des AOK-Bundesverbandes die medizinischen Kompetenzzentren aufgebaut hatte.<sup>139</sup>

Noch schien zwischen den halbstaatlichen und privaten Akteuren und der neuen Bundesregierung Ruhe zu herrschen. Alle hatten ihre Positionen zu der Koalitionsvereinbarung kundgetan und warteten ab, in welche Richtung die Gesundheitspolitik gehen würde. Genauso schien es der Opposition zu ergehen. Sie hielt sich sehr zurück, wobei die CDU zunächst einmal mit ihrer Wahlniederlage beschäftigt schien.

Das neue Bundeskabinett hatte einen sehr engen Zeitplan, um die Gesetze der alten Regierung in ihrem Sinn zu korrigieren. So musste das geplante Vorschaltgesetz zur Änderung der Arzneizuzahlungen bereits Anfang November zur ersten Lesung in den Bundestag eingebracht werden, damit es am 18. Dezember im Bundesrat die letzte parlamentarische Hürden nehmen konnte.<sup>140</sup>

<sup>136</sup> Vgl. Kieselbach; Kurt: Rot-Grün schachert um das Gesundheitsministerium, in: Die Welt vom 06.10.1998.

<sup>137</sup> Vgl. Grüne wollen Andrea Fischer als Gesundheitsministerin, in: FAZ vom 13.10.1998.

<sup>138</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Rot-Grün schachert um das Gesundheitsministerium, in: Die Welt vom 06.10.1998.

<sup>139</sup> Vgl. Kritik am Gesundheitsministerium, in: FAZ vom 28.10.1998.

<sup>140</sup> Vgl. Enger Zeitplan für Vorschaltgesetz, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.



Durch das geplante Vorschaltgesetz hatten die Krankenkassen den größten zukünftigen Verlust zu erwarten, dies hauptsächlich bedingt durch die geplante Senkung der Arzneizuzahlungen. Dies bedeutete für die Krankenkassen gleichbedeutend mit einem zu erwartenden Einnahmeverlust von 860 Millionen DM pro Jahr, wobei die Gegenfinanzierung dieser Kosten noch nicht abschließend geregelt war.<sup>141</sup>

### 3.5. Ergebnis der Teilanalyse

Auf Grund der Fülle der Aufgaben im Gesundheitswesen war die rot-grüne Bundesregierung im Jahre 1998 mit hochgesteckten Zielen angetreten. Mit Spannung wurde erwartet, ob es in der Arzneimittelpolitik zu einem Richtungswechsel kommen würde. Die Arzneimittelpolitik gehörte zu den wenigen Feldern, zu denen SPD und Grüne vor der Wahl Konkretes angekündigt hatten. Auf die Gesundheitsministerin Andrea Fischer warteten somit schwere Aufgaben, denn sie musste nun die Erwartungen erfüllen. Dies bedeutete vor allem die Rückführung der von ihrem Vorgänger Horst Seehofer erhöhten Zuzahlungen. Auf das Steuerungsinstrument der Zuzahlungen legte die rot-grüne Bundesregierung im Gegensatz zu ihrer Vorgängerin, der konservativ-liberalen Bundesregierung, keinen Wert. Ihr war vielmehr die Einhaltung des Wahlversprechens wichtiger.

Die Personalfrage spielte für das Gesundheitsministerium eine nicht ganz unerhebliche Rolle. Zwischen SPD und Grünen waren hier schon die ersten Machtkämpfe erfolgt. Die Verantwortung für die Rahmenbedingungen des größten und kompliziertesten Wirtschaftssektors in Deutschland lag somit schließlich in der Hand der Grünen.

Es war ein guter Anfang, den die SPD und die Grünen mit ihrem Papier zur Strukturreform im Gesundheitswesen setzten. Das noch im Jahre 1998 vorzulegende Vorschaltgesetz sollte nur demonstrieren, dass die Bundesregierung zwar handelt, aber nichts überstürzt. Zu den notwendigen Strukturreformen sollte die Einführung eines Globalbudgets gehören, also einem Steuerungsinstrument mit dem die Bundesregierung die Kosten im Arzneimittelbereich stabilisieren wollte. Zunächst sollten aber nur sektorale Budgets eingeführt werden.

Die Verantwortung wurde dadurch erleichtert, dass Horst Seehofer keine Defizite bei den Krankenkassen hinterlassen hatte. Das schaffte für die rot-grüne Bun-

---

<sup>141</sup> Vgl. Ärzten droht bei Budgetüberschreitung Regressforderungen, in: SZ vom 07./08.11.1998.

desregierung Zeit, gemeinsam mit den Beteiligten im Gesundheitswesen die nächste Strukturreform vorzubereiten.

Die Positivliste galt bei den Grünen, obwohl nicht ausdrücklich im Wahlprogramm erwähnt, wie schon gesagt als Essential. Beide Parteien waren sich über die Einführung der Positivliste einig. Die rot-grüne Bundesregierung startete damit einen erneuten Anlauf, um diesem Steuerungsinstrument zur Geltung zu verhelfen. Die Bundesregierung wollte mit einer Positivliste den Ärzten ein rationales Mittel geben, indem sie ihnen eine Liste von wirksamen Präparaten in die Hand gab. Die Ärzte hätten dann nur noch das Wirtschaftlichkeitsgebot zu beachten und bräuchten sich nicht mehr vorwerfen zu lassen, unwirtschaftliche oder nicht verordnungsfähige Arzneimittel verschrieben zu haben.

Die neue Gesundheitsministerin hatte es eilig: Sie musste das von der neuen Koalition versprochene Wahlgeschenk in eine Gesetzesvorlage bringen und noch vor Weihnachten den Bundestag passieren lassen. Um die Beiträge der Krankenkassen stabil zu halten, stand Andrea Fischer nun vor der schwierigen Aufgabe, Kosten zu senken sowie Leistungen auszugrenzen oder zu rationalisieren.

#### 4. Von der Beschließung bis zur Verabschiedung des Solidaritätsstärkungsgesetzes

Nachdem die Anhörungsfrist des im Juni 1998 vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) vorgelegten Entwurfs zur Änderung der Arzneimittelrichtlinien im Oktober abgelaufen war, fing der zuständige Arbeitsausschuss an, die zahlreichen Stellungnahmen zu sichten und zu bewerten. Bei einer Forum- Veranstaltung am 2. November 1998 auf dem Petersberg in Königswinter wurde bereits deutlich, dass es noch großen Änderungsbedarf gab.<sup>142</sup>

Unterdessen veröffentlichte die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) Daten der berufsständischen Apothekenrechenzentren. Danach erreichten die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in den alten Bundesländern in den ersten neun Monaten 19,4 Milliarden DM. Sie lagen damit um 2,9% über dem entsprechenden Vorjahreswert. In den neuen Bundesländern gaben die Krankenkassen allerdings nur 4,64 Milliarden DM für Arzneien aus. Das waren immerhin 2,2% weniger als in den ersten drei Quartalen des Jahres 1997. Die Monate August und September waren jedoch in den alten und auch neuen Bundesländern von starken Ausgabenzuwächsen im Vergleich zu den Vorjahresmonaten gekennzeichnet. Diese betragen im Westen 16,5% (August) und 12,8% (September) sowie jeweils 20,3% und 10,6% im Osten.<sup>143</sup>

Nach mehreren Anläufen beschlossen die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen am 9. November 1998 den endgültigen Entwurf dieses Vorschaltgesetzes, genauer "Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV", auch "Solidaritätsstärkungsgesetz" genannt.<sup>144</sup> Bereits am 11. November fand die erste Beratung zum Solidaritätsstärkungsgesetz im Bundestag statt, was Andrea Fischer die Gelegenheit gab, ihre erste Rede als Gesundheitsministerin zu halten.<sup>145</sup> Zwei Wochen später fand die erste Anhörung zum Solidaritätsstärkungsgesetz vor dem Bundestags-Gesundheitsausschuss statt. Mehr als 150 Abgeordnete und Experten aus allen Verbänden waren zur Anhörung nach Bonn gekommen.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien wahrscheinlich nicht mehr in diesem Jahr, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.

<sup>143</sup> Vgl. Arzneiausgaben nun leicht über Vorjahresniveau, in: ÄZ vom 19.11.1998.

<sup>144</sup> Vgl. Gesetzentwurf wird heute eingebracht, in: ÄZ vom 10.11.1998.

<sup>145</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24, 14/157 vom 11.11.1998.

<sup>146</sup> Vgl. Fuhr, Christoph: "Wir werden alles genau prüfen, und zwar sehr gewissenhaft", in: ÄZ vom 27./28.11.1998.

Einen Monat später, am 10. Dezember 1998 fanden die zweite und dritte Beratung zum Gesetzentwurf statt.<sup>147</sup>

Am 18. Dezember 1998 demonstrierten zehntausend Ärzte, Helferinnen, Apotheker und Teilnehmer anderer Gesundheitsberufe gegen die Sparpolitik im Gesundheitswesen. Hierzu aufgerufen hatten die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und fast alle regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Mit diesem Aktionstag erlebte die Bundesrepublik die größte Ärztedemonstration ihrer Geschichte.

Trotz aller Proteste verabschiedete der Bundesrat noch am gleichen Tage das Solidaritätsstärkungsgesetz endgültig.<sup>148</sup>

Ebenfalls am 18. Dezember 1998 wurde der vieldiskutierte Entwurf zur Änderung der Arzneimittelrichtlinien zur Beschlussfassung an den Bundesausschuss für Gesundheit übergeben.<sup>149</sup>

#### **4.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung**

Anfang November 1998 übermittelte das Bundesgesundheitsministerium den Regierungsfractionen der rot-grünen Koalition einen Gesetzentwurf zur Stärkung der Solidarität in der GKV. Dieser erste Entwurf des sogenannten Solidaritätsstärkungsgesetzes sah folgendes vor:

- Die ärztliche Gesamtvergütung sollte einem Globalbudget unterliegen;
- das Arzneimittelbudget 1999 sollte sich um 5,5% im Vergleich zu 1996 vermindern;
- eine Positivliste sollte erstellt und die Zuzahlungen für Arzneimittel gesenkt werden;
- Festbeträge von Arzneimitteln sollten im „unteren Drittel des Preises der Vergleichsgruppe“ festgesetzt werden.

Darüber hinaus sollte die eigentlich geplante Ablösung des Arzneimittelbudgets durch Richtgrößen wieder rückgängig gemacht werden.<sup>150</sup>

Bereits am 9. November 1998 beschlossen die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen den modifizierten Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes. Zur Begründung, insbesondere was die Reduzierung der Selbstbehalte

<sup>147</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24, 14/157 vom 11.11.1998.

<sup>148</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Ärzteproteste: Das Ringen um den Patienten, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

<sup>149</sup> Vgl. Gesundheitspolitik, in: DAZ Nr. 51/52 vom 17.12.1998.

<sup>150</sup> Vgl. Rot-grüne Koalition kippt nahezu alle Reformen der vergangenen Jahre, in: ÄZ vom 06./07.11.1998.

bei Arzneien auf acht, neun und zehn DM betrifft, hieß es, Arzneimittel würden vor allem älteren Patienten und chronisch Kranken verordnet, daher trete nunmehr besonders für diese Gruppen eine Entlastung ein. Eine erhebliche Veränderung gab es auch bei den Arzneimittelbudgets. Die durch das 2. Gesetzliche Krankenversicherungs-Neuordnungsgesetz (NOG) von 1997 geplante vollständige Ablösung der Arzneimittelbudgets durch Richtgrößen wurde wieder zurückgenommen. Richtgrößen sollten wieder ihre Funktion als flankierendes Steuerungsinstrument zur Regulierung der Budgets erhalten. Bei Budgetüberschreitungen haften künftig die Mediziner mit ihrem Honorar. Maximal 5% des Budgets werde, so der Gesetzentwurf, von ihrem Honorar abgezogen. Nach zwei Jahren müsse der Ausgleich für die Überschreitung in einem Budgetzeitraum erfolgt sein. Für die Vergangenheit solle aber der Rückzahlungsanspruch für das Überschreiten der Budgets entfallen. Überschreite ein verordnender Arzt Richtgrößen um mehr als 15%, so seien Überprüfungen seiner Verschreibungsweise auf Wirtschaftlichkeit durchzuführen.

Neu war darüber hinaus, dass die KVen das Recht erhalten sollten, ihre Vertragsärzte über die Wirtschaftlichkeit der verschriebenen Arzneimittel, beispielsweise über den konkreten therapeutischen Nutzen sowie die Preisangemessenheit des Medikaments, zu informieren. Weitere, ehemals von der konservativ-liberalen Regierung für 1999 und die folgenden Jahre, geplante Zuzahlungserhöhungen, wurden wieder aufgehoben. Die Dynamisierung bestehender Selbstbehalte, die zum 1. Juli 1999 zur Anhebung um 0,50 DM pro Verordnung und nach zwei Jahren erneut zu Anpassungen geführte hätten, entfiel. Diese Bestimmungen waren ebenfalls 1997 mit dem 2. NGO eingeführt worden. Wieder abgeschafft wurde auch der bis zum Jahresende ausgesetzte Kopplungsmechanismus, wonach steigende Beitragssätze steigende Zuzahlungen der Patienten nach sich gezogen hätten. Dies war Bestandteil des 1. NGO von 1997 gewesen. Die Koalitionsfraktion meinte zudem, die Höhe der Festbeträge sei nicht konkret genug gesetzlich definiert worden. Bisher wurde bei deren Festsetzung von den preisgünstigsten Apothekenpreisen in der Vergleichsgruppe ausgegangen. Mit der rot-grünen Koalition gab es nun eine Vorgabe, die die Festsetzung von Erstattungshöchstgrenzen im unteren Drittel der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Abgabepreis der Vergleichsgruppe vorsah. Die grundlegende Strukturreform nach dem Vorschaltgesetz war für das Jahr 2000 vorgesehen. Die Bundesregierung wollte grundsätzlich prüfen, so hieß es in der Gesetzesbegründung, ob die Zuzahlungsregelungen insgesamt neu gestaltet

werden müssten. Zudem sollte auch der Arzneimittelmarkt mittels Positivliste und Re-Importen neu geordnet werden.<sup>151</sup>

Im Rahmen dieses neuen Gesetzentwurfes bezeichnete Andrea Fischer die strikten Ausgabenobergrenzen für die Arzneimittel als vernünftige Regelungen. Sie erläuterte außerdem, warum den Krankenkassen im kommenden Jahr solch strikte Ausgabenbegrenzung, getrennt je nach den Bereichen: ärztliche Behandlung, Arzneimittel und Krankenhäuser, auferlegt würden. Es seien für die einzelnen Sektoren Regelungen gefunden, die nah an den jeweiligen Besonderheiten dieser Bereiche lägen, so Fischer am Rande der Fraktionssitzung am 9. November in Bonn. Überdies, so die Gesundheitsministerin, sei es ein Ziel, die derzeit "hohen Zuzahlungen" der Patienten zurückzuführen. Dies verlange jedoch von allen Beteiligten eine Art Selbstbeschränkung. Die Gewährleistung stabiler Beitragssätze hänge daher von moderaten Beiträgen aller Seiten ab.<sup>152</sup>

Am 10. November 1998 gab Gerhard Schröder schließlich seine erste Regierungserklärung als Bundeskanzler ab, in welcher er die Arbeit des nunmehr von ihm geführten Kabinetts umriss. Der neue Bundeskanzler betonte hierbei deutlich: „Im Gesundheitswesen reichen die heute zur Verfügung stehenden Finanzmittel für eine qualitativ hochwertige Versorgung im Prinzip aus.“ Nicht die Rationierung in der GKV, so Schröder, sei der richtige Weg, sondern die Rationalisierung in der Versorgung.<sup>153</sup>

Am darauf folgenden Tag hielt Andrea Fischer, ihre erste Rede als Gesundheitsministerin im Bundestag. Anlass war die erste Beratung zum Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes. Hierbei erklärte sie, dass sehr viele Menschen im Land den Eindruck gewonnen hätten, was für die Versicherung bezahlt werde, stimme nicht mit dem überein, was der Patient erhalte. Dies treffe vor allem auf die Zuzahlungen bei Arzneimitteln zu. Dennoch solle sich die Rückführung der Zuzahlungen in einem Rahmen bewegen, der insgesamt für das System vertretbar bleibe. Die Regierung, so Fischer, könne jedenfalls für sich in Anspruch nehmen, dass sich die überproportionale Entlastung bei den großen Packungen besonders zugunsten von chronisch Kranken und älteren Patienten auswirke. Abschließend lud Fischer alle, denen an der Sicherung und an dem Ausbau der Zukunft der GKV gelegen sei, zu einem offenen Dialog ein.<sup>154</sup>

Nicht in der Bundestagsrede der Gesundheitsministerin, jedoch in der am gleichen Tage durch das Bundesgesundheitsministerium verbreiteten Presserklärung wurde zu einigen Passagen der geplanten Ausgabendeckelung im Arznei-

---

<sup>151</sup> Vgl. Zuzahlungen sinken auf acht, neun und zehn Mark, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

<sup>152</sup> Vgl. Mindereinnahmen von 1,4 Milliarden, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

<sup>153</sup> Vgl. Schröder: Mittel reichen aus!, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

<sup>154</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 162-167.

mittelbereich Stellung genommen. So hieß es dort, um ärztlich veranlasste Leistungen zu begrenzen, sehe das Gesetz konkrete Vorgaben für das Arzneimittelbudget vor. Die "sprunghafte Ausgabenexpansion" bei Arzneimitteln seit Mitte 1998 zeige die dringende Notwendigkeit, die Wirtschaftlichkeit in diesem Bereich zu verbessern. Daher werde mit der Vorgabe für das Budget 1999, dies der Basis des Jahres 1996 unter Abzug der bislang erfolgten Zuzahlungen, ein konkreter Orientierungsrahmen geschaffen. Die Krankenkassen und die KVen könnten aufgrund verschiedener konkreter Parameter die Budgets fortschreiben. Als solche Parameter kämen Wirtschaftlichkeitsreserven, Innovationen, Preisveränderungen, sowie Alter und Zahl der Versicherten in der jeweiligen KV-Region in Betracht. Im Hinblick auf die finanzielle Auswirkung des neuen Gesetzes wurde seitens des Bundesgesundheitsministeriums präzisiert, dass die Mehrausgaben durch Absenkung der Arzneimittelzuzahlungen bei ca. 870 Millionen DM lägen, wogegen bei der Absenkung der Festbeträge für Arzneimittel Minderausgaben um 0,9 Milliarden DM zu erwarten seien.<sup>155</sup>

Der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Rudolf Dreßler versicherte am 11. November 1998 in seiner Rede vor dem Bundestag, die neue Koalition erfülle die Vorbedingungen für eine Gesundheitsreform. Zum einem werde das vorliegende Vorschaltgesetz dafür sorgen, dass die Ausgabenentwicklung bis zum Wirksamwerden der Strukturreform unter Kontrolle bleibe. Die Ausgaben werden damit nicht stärker wachsen als die Einnahmen. Zum anderen werden die unerträglich hohen Zuzahlungen erträglicher gestaltet. Ohne eine dauerhafte Orientierung der gesamten Krankenversicherungsausgaben am Wachstum der Gesamteinnahmen werde die Stabilität des Systems nicht zu gewährleisten sein, so Dreßler. Daher wolle die Koalition ein Globalbudget einführen, das diese Orientierung sicherstelle. Es sei klar, dass eine strikte Ausgabenvorgabe für Ärzte, Pharmaindustrie und Krankenhäuser die Beiträge stabil halte. Vor allem die sektorale Ausgabenbegrenzung schaffe ideale Voraussetzungen dafür, im Rahmen einer Strukturreform in ein Globalbudget umgeformt werden zu können. Auch die Steuerung der Angebotskapazitäten im Gesundheitswesen, wie zum Beispiel die Anzahl der pharmazeutischen Produkte, seien im Rahmen der Strukturreform aufzugreifen. Deshalb habe die Koalition den Vorschlag der Einführung einer Positivliste gemacht, wobei Dreßler ausdrücklich insistiert, dass dieser Vorschlag auch durchsetzbar sei.<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Vgl. „Kehrtwende in der Gesundheitspolitik“, in : DAZ Nr. 47 vom 19.11.1998; Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Kehrtwende in der Gesundheitspolitik ist eingeleitet, in: BMG- Pressemitteilung Nr. 89 vom 11.11.1998, <http://www.bmggesundheits.de/presse/1998/presse98/89>.

<sup>156</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 169 ff..

Auch am 11. November 1998 betonte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion, Gudrun Schaich-Walch, die SPD sei bereits im Wahlkampf mit Versprechungen eher vorsichtig gewesen. Im Gegensatz zur CDU/CSU sei die SPD aber bereit, die von ihr gemachten Versprechen auch einzulösen. Sie führte an, dass sich in den Jahren 1992 bis 1998 die Belastung der Versicherten sich verdreifacht habe. Bei jedem sechsten Arzneimittel sei von den Versicherten sogar der volle Apothekenpreis gezahlt worden. Allein für Arzneimittel sei das Fünffache an Zuzahlungen im Vergleich zu den Jahren 1991 und 1992 zu leisten gewesen. Schaich-Walch fragte, "was das denn anderes als eine ausgegrenzte Leistung" sei. Das müsse unbedingt geändert werden. Für chronisch Kranke, die schon über die Dauer eines Jahres die Grenze überschritten hätten, solle die Zuzahlung im zweiten Jahr vollständig gestrichen werden. Um weitere Zuzahlungen abbauen zu können, so Schaich-Walch an Fischer gerichtet, solle die Bundesregierung erst einmal die Strukturreform durchführen. Im Gegensatz zur Opposition sei die SPD nämlich der Überzeugung, dass es in diesem System durchaus Wirtschaftlichkeitsreserven gebe.<sup>157</sup>

Andrea Fischer sagte anlässlich ihrer ersten öffentlichen Diskussionsveranstaltung am 19. November 1998 auf der internationalen Fachmesse MEDICA für Medizin in Düsseldorf, ein Globalbudget für das Gesundheitswesen sei für die Bundesregierung zwar eine mögliche Option, aber keineswegs schon beschlossene Sache. Über die Eckpunkte der Gesundheitsreform für das Jahr 2000 solle nach ausgiebiger Diskussion aller Beteiligten im Gesundheitswesen entschieden werden. Und hier seien nicht zuletzt die Leistungserbringer gefordert, realisierbare Konzepte vorzustellen. Fischer räumte allerdings ein, dass beim Vorschaltgesetz noch Änderungen möglich seien, und sie diesbezüglichen Diskussionen nicht aus dem Wege gehe. Fest stehe allerdings, dass an der Beitragssatzstabilität für das kommende Jahr nicht gerüttelt werden dürfe. Mit dem Vorschaltgesetz plane die Bundesregierung Bedingungen zu schaffen, um im kommenden Jahr Zeit für den Dialog über die große Gesundheitsreform zu haben. Allerdings versicherte sie, dass die Budgetierung zunächst nur für 1999 gelte. Zusätzlich stellte sie aber klar, diese Budgetierung diene nicht der Gegenfinanzierung etwaiger Zuzahlungssenkungen. Dass die neue Bundesregierung mit der Reduzierung von Zuzahlungen einen Teil ihrer Wahlversprechen eingelöst habe, bezeichnete Fischer als Fazit ihrer Rede "ein Gebot der politischen Redlichkeit".<sup>158</sup>

---

<sup>157</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 176 f..

<sup>158</sup> Vgl. Schlingensiepen, Ilse: Andrea Fischer: Änderungen am Vorschaltgesetz noch möglich, in: ÄZ vom 20./21.11.1998.



Auf dem Gesundheitskongress Health '99, der am 24. November 1998 in Königswinter stattfand, wies Andrea Fischer Vorwürfe zurück, sie lasse "die Ärzte bluten", um die sektorale Budgetierung finanzieren zu können. Allein sektorale Budgets könnten die Ausgaben der GKV stabil halten. Sie seien unter anderem durch Mehreinnahmen aus Versicherungsbeiträgen im Bereich der 620-DM-Arbeitsverhältnisse und aus der Senkung der Festbeträge für Arzneimittel resultierenden Einsparungen gegenfinanziert. Die Gesundheitsministerin erklärte, auch die Behauptung, Arzneimittelbudgets gefährdeten eine moderne und ausreichende Arzneitherapie sei falsch. Budgetüberschreitungen in der Vergangenheit hätten ihre Ursachen auch darin gehabt, dass sich die Ärzte im Allgemeinen nicht an Budgets hielten, da sie sich in der Sicherheit wiegen, die hohen Regressforderungen würden sowieso nicht exekutiert. Wie absurd die Behauptung der Kritiker sei, zeige sich auch deutlich in der Tatsache, dass in vier KVen die betroffenen Ärzte mit ihren Verordnungen den Rahmen des Budgets nicht überschritten hätten.<sup>159</sup>

Am 4. Dezember 1998 verkündete Andrea Fischer, die GKV habe in den ersten drei Quartalen 1998 nur noch ein Defizit von -0,9 Milliarden DM erzielt. Das Defizit des ersten Halbjahres 1998 von -1,9 Milliarden DM konnte damit in den Monaten Juli bis September um rund 1 Milliarde DM reduziert werden. Diese günstige Finanzlage sowie die Ausgabenbegrenzung des Vorschaltgesetzes ermöglichten stabile Beiträge für 1999. Damit seien gute Voraussetzungen dafür geschaffen, dass die Bundesregierung die geplante Strukturreform ohne Finanzdruck vorbereiten könne.<sup>160</sup>

Anlässlich der europäischen Konferenz vom 7. Dezember 1998 in Paris zu Fragen des EU-Binnenmarkts für Arzneimittel, beurteilte Gesundheitsministerin Fischer den deutschen Arzneimittelmarkt im internationalen Vergleich als leistungsstark und versorgungsgerecht. Einerseits gewährleiste die Angebotsvielfalt eine umfassende Medikamentenversorgung, andererseits werde diese Marktvielfalt zugleich durch einen Preiswettbewerb ergänzt, der den Interessen der Patienten an begrenzten Krankenversicherungsbeiträgen entgegenkomme. So biete zum Beispiel das Angebot der Generikapräparate eine Marktbreite, die im Rahmen der unter den EU-Staaten einmalig sei. Damit finde in Deutschland ein intensiver Wettbewerb um das Angebot an Arzneimitteln statt, der Patienten und Versicherten in doppelter Weise zugute komme. Ermöglicht werde dies durch die Festbeträge, die das wichtigste Strukturelement in der Regelung des deutschen

---

<sup>159</sup> Vgl. Ministerin Fischer weist Vorwürfe der Ärzte zurück, in: ÄZ vom 25.11.1998.

<sup>160</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Beitragssätze bleiben stabil. Solide Grundlage für Strukturreform, in: Pressemitteilungen Nr. 94 vom 04.12.1998, <http://www.bmggesundheits.de/presse/1998/presse98/94.htm>.

Arzneimittelmarktes bildet. Fischer ergänzte, sie fände es bemerkenswert, dass ein Großteil der pharmazeutischen Hersteller in Deutschland das Festbetragssystem anerkennen würden.<sup>161</sup>

Drei Tage später fand die zweite Bundestagsdebatte zum Solidaritätsstärkungsgesetz statt. Auch hier verteidigte Andrea Fischer in ihrer nun zweiten Bundestagsrede am 10. Dezember 1998 ihre Vorgehensweise. Sie stellte klar, dass die Bundesregierung sich am Grundsatz der Beitragsstabilität orientiere und versicherte, die Bundesregierung werde ihre Wahlversprechen und Zusagen halten. Die Gesundheitsministerin betonte noch einmal, die sektorale Budgetierung sei nur eine Übergangsphase und nur auf ein Jahr angelegt. Sie machte diesbezüglich auf die Ausschussberatungen und Anhörungen zwischen erster, zweiter und dritter Lesung des Solidaritätsstärkungsgesetzes aufmerksam, welche mit den diversen betroffenen Gruppen geführten Gespräche durchgeführt worden seien. Fischer betonte, diese haben auch zu Veränderungen geführt. Sie erklärte, die Bundesregierung wolle den Ärzten dabei helfen bzw. sie darin zu unterstützen, ihr Verordnungsverhalten auf den Aspekt der Wirtschaftlichkeit zu orientieren, ohne gleichzeitig ein hohes Maß an Versorgungsqualität außer Acht zu lassen. Die Einsparungen bei Medikamenten sollten sich nicht auf das individuelle Honorar auswirken, sondern lediglich Maßnahmen zur Finanzierung der Qualitätssicherung darstellen. Ihrer Meinung nach befinde sich hier der Dreh- und Angelpunkt.<sup>162</sup>

Der SPD-Abgeordnete Horst Schmidbauer verwies bei der zweiten wie der dritten Beratung zum Solidaritätsstärkungsgesetz auf die für ihn deutlichen Zeichen einer weiterhin ignorierten Unwirtschaftlichkeit. Jährlich würden für 7 Milliarden DM Arzneimittel verordnet, deren therapeutischer Nutzen entweder nicht nachgewiesen oder nicht vorhanden sei. Für mehr als 30.000 Altarzneimittel lägen schon Beanstandungen seitens der Europäischen Kommission vor, da diese weiter bis zum Jahr 2005 ungeprüft verkauft werden könnten. Preisvergleiche auf internationaler Ebene machten klar, dass die Bundesrepublik Deutschland zu den Höchstpreisländern in der Welt gehöre. Er betonte auch, dass die medizinische Versorgung der Menschen in Bayern, Nord- und Südwürttemberg sowie in Südbaden kaum zweitklassig sei, obwohl die Arzneimittelausgaben in diesen Bezirken weit unter dem Durchschnitt lägen; dies im Gegensatz zum Spitzenreiter

---

<sup>161</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer sieht internationale Bestätigung für deutsche Arzneimittelpolitik, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 95 vom 10.12.1998, <http://www.bmggesundheits.de/press/1998/presse1998/94.htm>.

<sup>162</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 923-925.

Hamburg. Hier ließe sich erkennen, dass es eine aktive Politik und aktives Handeln der Krankenversicherungen in den jeweiligen Bezirken gebe.<sup>163</sup>

Für ihren Teil hob die parlamentarische Geschäftsführerin, Katrin Göring-Eckardt von der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen bei der zweiten und dritten Beratung des Solidaritätsstärkungsgesetzes hervor, dass der Gesetzentwurf vor allem die Reduzierung der Zuzahlungen für Medikamente vorsehe. Die Bundesregierung habe nicht nur die Zuzahlungen zurückgenommen, sondern auch deren weiteren Anstieg verhindert. Damit seien in erster Linie ältere Patienten und chronisch Kranke entlastet worden.<sup>164</sup>

In einem Interview mit der Ärzte Zeitung in Berlin am 21. Dezember 1998 wurde Andrea Fischer nach dem Ziel der Positivliste gefragt, worauf sie antwortete, im Vordergrund stehe die Sicherung der medizinischen Qualität. Aber auch bei Arzneimitteln käme man nicht an Ausgabenbegrenzung vorbei. Dies werde anscheinend selbst von den Leuten eingesehen, die sie wegen der Budgetierung kritisierten. Jene Gruppen versuchten die ständige Mengenausweitung durch eine Zweiklassenmedizin zu lösen. Die Steuerung solle dadurch erfolgen, dass ein größerer Teil der Medikamente privat bezahlt werden müsse. Was dies betrifft, so sei sie eine bekennende Konservative und stehe zum Sozialstaat sowie zur einheitlichen Versorgung. Auf ihre Haltung zu den Ärzteprotesten angesprochen, sagte Fischer, für diese gebe es keinen sachlichen Grund. Sie stelle lediglich fest, dass positive Aspekte des Vorschaltgesetzes überhaupt nicht gewürdigt würden. Durch die Amnestie des Arzneimittelregresses habe die Bundesregierung die Ärzte immerhin mit einem Federstrich von Rückforderungen in Höhe von 4 Milliarden DM befreit. Sie sei daher erstaunt, dass der Verzicht auf rückwirkende Regressforderungen bei der Ärzteschaft kaum auf Resonanz gestoßen sei. Abschließend bemerkte Fischer, es wundere sie schon, dass das harmlose Vorschaltgesetz eine solche Aufregung verursache. Ihrer Meinung nach habe das wohl etwas mit ihrem Vorgänger zu tun, denn Horst Seehofer habe bei den Ärzten zum Schluss die Hoffnung geweckt, dass die Beschränkungen beendet werden. Und nun komme die neue Regierung und begrenze den Zuwachs.<sup>165</sup>

---

<sup>163</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 902,903.

<sup>164</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 911.

<sup>165</sup> Vgl. Reform 2000: „Wir werden nicht mit der Axt im Walde holzen“, in: ÄZ vom 21.12.1998.

#### 4.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Der Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit der Union Wolfgang Lohmann äußerte anlässlich der ersten Beratung des Entwurfs zum Solidaritätsstärkungsgesetz am 11. November 1998, die SPD und die Bündnis 90/Die Grünen hätten die CDU mehrere Jahre mit der berühmten Frage der Zuzahlungen bei Arzneimitteln regelrecht diffamiert und den Menschen eingeredet, die Zuzahlungen habe mit Eigenverantwortung nichts zu tun, sondern sei nur von Übel. Und was dabei herausgekommen sei, so analysierte Lohmann, begrenze sich darauf, dass statt 9, 11 und 13 DM nun 8, 9 und 10 DM zugezahlt werden sollten. Und er bemerkte ironisch, es werde demnächst in den Apotheken ein "Sturm des Jubel" losbrechen, weil für das Arzneimittel nicht mehr 9, sondern nur noch 8 DM zugezahlt werden müssten. Diese für den einzelnen marginale Entlastung mache jedoch in der Summe für die GKV rund 1 Milliarde DM aus. Die CDU frage sich, wie die SPD dies gegenfinanzieren wolle. Weiter betonte Wolfgang Lohmann, die nach dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeführte Budgetierung, vor allem die sektorale Budgetierung, werde ins Elend führen. Denn angesichts der dynamischen Entwicklung im Gesundheitsbereich könne Budgetierung nicht der Gedanke der Zukunft sein. Er prophezeite der Ministerin, sie werde schon im Herbst des kommenden Jahres vor der Rationierungsfrage stehen. Auch fragte er, wer nun wohl die Finanziere dieser Versprechungen und Wahlgeschenke darstellten. Dies seien die Leistungserbringer, so Lohmann auf seine eigene Frage antwortend. Die pharmazeutische Industrie solle zahlen, indem die Festbeträge gesenkt werden. Andrea Fischer habe anscheinend nicht mitbekommen, dass nach der Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes die Pharmaindustrie "ihre Schularbeiten gemacht" habe. Zum einen habe es eine Preissenkung um 5% gegeben, und zum anderen habe die Einführung von Festbeträgen dazu geführt, dass die Umsätze der GKV noch immer unter den Umsätzen von 1992 lägen. Zum Schluss seiner Rede, resümierte er, Fischers Erstlingswerk sei ihr nicht gelungen.<sup>166</sup>

Ulf Fink, ebenfalls CDU-Abgeordneter, stellte fest, der erste Gesetzentwurf im Gesundheitsbereich sei keine große Gesundheitsreform, sondern nur ein Vorschaltgesetz. Dieses Vorschaltgesetz habe nur die Zuzahlungen im Arzneimittelbereich vermindert, aber nicht im Krankenhaus-, Kurmittel- und Heilmittelbereich. An den sektoralen Budgets könne man mehr als deutlich sehen, mit wem die rot-grüne Koalition es gut meine: Im Krankenhausbereich sei die Koalition relativ großzügig gewesen, mit dem ärztlichen Bereich meinte sie es schon weit weniger

---

<sup>166</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 162 f..

gut, mit den Zahnärzten gar nicht gut, und bei den Arzneimitteln habe sie richtig zugeschlagen.<sup>167</sup>

Der FDP-Gesundheitsexperte Dieter Thomae machte in seiner Bundestagsrede am 11. November 1998 deutlich, dass mit dem Gesetzentwurf die Patienten getäuscht würden. Es müssten 2 Milliarden DM eingespart werden, so beispielsweise im Bereich des Arzneimittelbudgets. Das Leistungs- und Qualitätsniveau, mit dem die CDU das Gesundheitswesen bisher organisiert habe, könne nicht weiter gewährleistet bleiben. Es müsse zu Rationierungen kommen. Durch Einführung des Arzneimittelbudgets würden chronisch Kranke schlechter behandelt werden, weil bei innovativen Produkten gespart werde. Besonders Krebskranke und chronisch Kranke wie zum Beispiel Aids-Infizierte seien durch das Arzneimittelbudget betroffen. Die konservativ-liberale Koalition habe durch Einführung der Richtgrößen unter den unterschiedlichen Patientengruppen genau differenzieren können. Beim Arzneimittelbudget sei das nicht möglich. Diesbezüglich sei ein anderer entscheidender Punkt, dass die rot-grüne Koalition hiermit wieder die Globalhaftung der Ärzte einführe. Die Bundesregierung werde es höchstens schaffen, dass viele Ärzte durch die Fixierung des Arzneibudgets nicht überleben werden. Er lehne daher die Globalhaftung ab, da sie letzten Endes auch Unschuldige treffen könne.<sup>168</sup>

In der gleichen Bundestagsdebatte erklärte die gesundheitspolitische Sprecherin der PDS, Ruth Fuchs, im Gegensatz zur FDP und CDU gehe die PDS davon aus, dass die beabsichtigten Rücknahmen von Leistungskürzungen und Zuzahlungen das Signal dafür seien, dass es künftig auch im Gesundheitswesen wieder sozial gerechter zugehen solle. Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen seien unsozial und müssten daher vollständig zurückgenommen werden. Alles in allem habe sich die rot-grüne Koalition mit ihrer Gesundheitspolitik viel Richtiges und Anspruchsvolles vorgenommen, und sei auf dem richtigen Wege, der aber nicht leicht sein werde, da heftige Anfeindungen und Versuche der Vereinnahmung durch bestimmte Lobbygruppen nicht ausbleiben würden. Fuchs versicherte allerdings, dass wenn die Koalition ihren Absichten auch die entsprechenden Taten folgen lasse, sie seitens der PDS eine konstruktiv-kritische Begleitung erfahren werde.<sup>169</sup> Nichtsdestotrotz kritisierte Ruth Fuchs nun in der zweiten und dritten Beratung des eingebrachten Entwurfs zum Solidaritätsstärkungsgesetz am 10.

---

<sup>167</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 176 ff..

<sup>168</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 167.

<sup>169</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 11.11.1998, S. 173.

Dezember 1998, die sektoralen Budgets, die in ihren Augen kein geeignetes Instrument zur Steuerung von Gesundheitsaufgaben seien.<sup>170</sup>

In der zweiten wie der dritten Bundestagsdebatte zum Solidaritätsstärkungsgesetz am 10. Dezember 1998 prangerte Dieter Thomae (FDP) das alte Prinzip der sektoralen Budgetierung an. Es behindere alle neuen Strukturen, mache die Verzahnung unmöglich und schwäche die Patientenversorgung erheblich. Für ihn, Thomae, sei das Vorschaltgesetz ein großer Fehler. Die Bundesregierung sei nicht zukunftsorientiert, sondern habe lediglich Instrumente der 70er Jahre aus der Mottenkiste herausgeholt. Die Leidtragenden dieser Politik würden die Patienten sein. Überdies bekräftigte Thomae, es dürften keine Heckenschnitte durch das Arzneimittelbudget gemacht werden. Vielmehr müssten Richtgrößen erarbeitet werden. Erst dann könne die SPD dem Patientenwillen entgegenkommen und deren Arzneimittelversorgung in diesem Lande.<sup>171</sup>

Der CSU-Abgeordnete Wolfgang Zöllner verkündete in seiner Bundestagsrede zum Solidaritätsstärkungsgesetz seine Interpretation: Es sei, spitzfindig bemerkt, elegant geregelt, dass wenn die Ärzte Arzneimittelkosten einsparen würden, dieses eingesparte Geld für die Honorarvergütung genommen werden könne.<sup>172</sup> Das bedeute im Klartext, die Bundesregierung fordere die Leute durch Einsparungen bei den Medikamenten auf, das ärztliche Honorar zu steigern.<sup>173</sup>

Wolf Bauer von der CDU wies in der zweiten und dritten Beratung des Gesetzesentwurfs darauf hin, dass die rot-grüne Koalition bei den Arzneimitteln 1 Milliarde DM einsparen wolle. Bauer betonte, dass die rot-grüne Bundesregierung zunächst suggeriere, man könne diese Einsparungen bei der pharmazeutischen Industrie holen. Letzten Endes seien aber doch die Patienten betroffen, die eine ganze Reihe von Medikamenten nicht mehr bekommen sollten, die sie sonst hätten bekommen können. Die logische Konsequenz sei, dass Patienten die Arzneimittel, welche nicht mehr auf einem Rezept stehen, nun selber bezahlen müssen. Das seien also, laut Bauer, die Wahlgeschenke der SPD. Was man durch eine Verringerung der Zuzahlung in die Tasche hineinstecke, hole man dadurch, dass die Patienten mehr selber finanzieren müssen, auf der anderen Seite wieder heraus. Hinzu käme, dass durch das Solidaritätsstärkungsgesetz, zumindest im Arzneimittelbereich, nicht mehr Solidarität eingeführt würde, sondern es eher zu einer Entsolidarisierung komme. Jedes Budget führe nach Bauers Ansicht zwangsläufig zu einer Rationierung. "Wenn ein Topf leer sei, dann sei er eben leer". Und er präziserte, dass wenn im November das Arzneimittelbudget aufge-

---

<sup>170</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 914-916.

<sup>171</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 916.

<sup>172</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 921.

<sup>173</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 921 f.

braucht sei und zu Weihnachten eine Grippewelle käme, dieser "Topf" dann immer noch leer wäre und die Ärzte nicht in der Lage seien vorauszusagen, welche Krankheitsbilder bevorzugt zum Ende des Jahres aufträten.<sup>174</sup>

Zum Schluss der Debatte verlangte Wolfgang Lohmann (CDU) noch einmal, dass sich die Koalition entscheiden müsse, ob ihre Wahlgeschenke über Einsparungen finanziert werden sollten oder ob es ihnen nur darum gehe, Zuwächse zu beschneiden.<sup>175</sup>

### **4.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure**

Die Pläne des Bundesausschusses für Arzneimittelrichtlinien führten Anfang November 1998 zu erneuten Diskussionen bei Ärzteverbänden und der Pharmaindustrie. In der Aktionsgemeinschaft "Pro Therapiefreiheit" hatten sich Arztverbände wie die Vertragsärztliche Bundesvereinigung, Selbsthilfegruppen sowie Patientenverbände zusammengeschlossen. Ihr Ziel war es, den Entwurf der Arzneimittelrichtlinien zu Fall zu bringen. Sie forderten von Andrea Fischer, dass sie sich gegen eventuelle Pläne des Bundesausschusses Ärzte und Krankenkassen zur Novellierung der Arzneimittelrichtlinien stelle, sollten diese Arzneimittelgruppen aus der Erstattungspflicht nehmen oder deren Verschreibung beschränken. Der Sprecher der Aktionsgemeinschaft, Werner Baumgärtner, meinte, die Pläne des Bundesausschusses für die Arzneimittelrichtlinien würden geradewegs in die Mehr-Klassen-Medizin führen und die Therapiefreiheit des Arztes beseitigen.<sup>176</sup>

Bei einer Forum-Veranstaltung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen am 2. November 1998 auf dem Petersberg in Königswinter wurde über die Arzneimittelrichtlinien diskutiert. Eine kurze Wertung der eingegangenen Stellungnahmen nahmen der Vorsitzende des Arbeitsausschusses Arzneimittelrichtlinien des BAK, Wolfgang Kaesbach, und sein Stellvertreter Wolfgang Brech vor. Brech verteidigte den grundsätzlichen Ansatz der Richtlinien. Er sei überzeugt, dass gut konzipierte Arzneimittelrichtlinien mehr Therapiefreiheit für die Ärzte und mehr Handlungsspielraum für die Industrie brächten als eine Positivliste. Sein Fazit sei, dass insgesamt in der Kritik an den Richtlinien maßlos übertrieben werde. Der Geschäftsführer des Bundesfachverbands der Arzneimittelhersteller (BAH), Bernd Eberwein, forderte, den Entwurf wegen der eh zu erwartenden Positivliste ganz zurückzuziehen. Sollte dies nicht möglich sein, so müsse den Anhö-

<sup>174</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 925 ff..

<sup>175</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24 vom 10.12.1998, S. 928.

<sup>176</sup> Vgl. Fischer soll bei Arzneirichtlinien Stellung beziehen, in: ÄZ vom 03.11.1998.

rungsberechtigten zumindest noch eine zusätzliche mündliche Anhörung zugestanden werden. BPI-Geschäftsführer Peter Dewein, der sich mit Eberwein in diesem Punkt einig war, meinte hierzu lakonisch: „Stampft diese Arzneimittelrichtlinien ein.“<sup>177</sup>

Das geplante Vorschaltgesetz der rot-grünen Koalition wurde von den halbstaatlichen und privaten Akteuren unterschiedlich aufgenommen. Für die KBV stand fest, dass die nur wenigen positiven Aspekte, welche in dem Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes vorhanden seien, wie z.B. die Amnestie für Arzneimittelbudgetüberschreitungen in den vergangenen Jahren, nichts an ihrer Generalkritik ändere, vor allem bezüglich der Budgetierungen. Zum Thema Arznei- und Heilmittelbudget forderte die KBV die Begrenzung der obligaten, sektoralen Budgetierung auf das Jahr 1999. Zudem müsse die Budgetablösung durch Richtgrößen möglich sein. Die Berechnungsbasis für das Budget (Ausgabenvolumen 1996 -4,5%) lehne die KBV strikt ab. Die Budgets müssten sich vielmehr an den jeweils zuletzt getroffenen Vereinbarungen orientieren.<sup>178</sup> Heftige Kritik äußerte auch Ärztekammerpräsident Karsten Vilmar. Die vorgesehene Budgetierung begrenze zwar die Ausgaben im Gesundheitswesen, nicht aber Krankheiten und Behandlungsmöglichkeiten.<sup>179</sup> Der Vorsitzende des Marburger Bundes, Frank Ulrich Montgomery, kritisierte zwar ebenfalls das vorgesehene Arzneimittelbudget, aber er bezweifelte zugleich, dass ein solcher Aufstand wirklich berechtigt sei. Denn seiner Meinung nach enthielten die Gesundheitsgesetze der neuen Koalition auch viel Positives, wie zum Beispiel die Entlastung von unsozialen Zahlungen.<sup>180</sup>

Völlig unerwartet, was das Ausmaß der Auswirkungen anbelangt, traf der erste Gesetzentwurf der neuen Gesundheitsministerin Andrea Fischer die Deutsche Apothekerschaft. ABDA-Präsident Hans-Günter Friese meinte, dass der Entwurf für die Apotheker katastrophale Folgen haben werde. Die Budgeteinhaltung bedeute Rohertragsverluste von voraussichtlich 50.000 DM je Apotheke. Die Wahlgeschenke würden also wieder einmal schwerpunktmäßig über den Arzneimittelbereich finanziert.<sup>181</sup> Am 23. November 1998 stellte die ABDA der Bundesregierung ihre Berechnungen zum Arzneibudget 1999 vor. Nach Einschätzung der Apothekerschaft war das Arzneimittelbudget 1999 im Entwurf für das Solidaritätsstärkungsgesetz viel zu niedrig angesetzt worden. Hans-Günter Friese pro-

<sup>177</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien wahrscheinlich nicht mehr in diesem Jahr, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.

<sup>178</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang: KBV will retten, was am Vorschaltgesetz noch zu retten ist, in: ÄZ vom 18.11.1998.

<sup>179</sup> Vgl. Sozialreformen der Koalition stoßen auf heftige Kritik, in: Handelsblatt vom 12.11.1998.

<sup>180</sup> Vgl. Sauga, Michael: „Hass und Neid“ (Interview), in: Spiegel Nr. 52, 1998.

<sup>181</sup> Vgl. Aufruf - Geschlossen agieren!, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.



phezeite, die Versorgung der Patienten werde dadurch in noch nie da gewesener Weise rationiert. Ausgehend vom Basisjahr 1996 sei nur ein einziger Faktor korrekt berücksichtigt worden, nämlich die seitdem gestiegenen Patientenzuzahlungen. Das Arzneibudget 1999 könne deshalb um 4,5% kleiner ausfallen als das des Jahres 1996. Allerdings führe erstens die Überalterung der Bevölkerung zu Mehrausgaben von etwa 1% jährlich. Zweitens müsse die Innovationskomponente bei Arzneien mit 2% pro Jahr berücksichtigt werden. Schließlich führe der Einsatz von Spezialpräparaten für schwerstkranke Patienten zu einem jährlichen Ausgabeneffekt von geschätzten 3%, wodurch aber der stationäre Sektor entlastet werde. Zusammengenommen ergab sich demnach aus allen Faktoren für die Jahre 1997 bis 1999 ein finanzieller Mehrbedarf für Arzneimittel von 18% (-4,5% aufgrund der gestiegenen Zuzahlungen). Die Budgetbasis 1996 müsste also für 1999 nicht um 4,5% gesenkt, sondern um 13,5% erhöht werden, um eine angemessene Versorgung zu gewährleisten.<sup>182</sup>

Das Vorschaltgesetz stieß bei den gesetzlichen Krankenkassen zunächst einmal auf eine positive Resonanz. Die GKV-Spitzenverbände stellten am 11. November 1998 fest, dass die Bundesregierung den guten Willen zeige, die notwendige Balance zwischen langfristiger Finanzierungssicherung bei gleichzeitiger Weiterentwicklung der GKV herzustellen. Dennoch forderten die Kassen sowohl eine solide Gegenfinanzierung, als auch die vorläufige Ausgabenbegrenzung bei den Arzneimitteln. Zusätzliche Ausgaben müssten woanders eingespart werden. Nur unter diesen Voraussetzungen könne das Vorschaltgesetz den Weg zu einer Strukturreform ebnen.<sup>183</sup>

#### **4.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Der BAK hatte mit seinen Vorhaben bereits im Sommer 1998 unter den Akteuren unterschiedliche Positionen hervorgerufen. Die Pläne des Bundesausschusses für Arzneimittelrichtlinien führten Anfang November zu erneuten Diskussionen bei Ärzteverbänden und Pharmaindustrie.

Zum Thema Arzneimittelrichtlinien gab Andrea Fischer selber keine Stellungnahme ab. Sie blieb der Forumveranstaltung am 2. November 1998 auf dem Petersberg in Königswinter fern und schickte an ihrer Stelle Manfred Zipperer, den

---

<sup>182</sup> Vgl. ABDA: Arzneibudget für 1999 sinkt auf 33,9 Milliarden DM, in: ÄZ vom 24.11.1998.

<sup>183</sup> Vgl. „Kehrtwende in der Gesundheitspolitik“, in: DAZ Nr. 47 vom 19.11.1998.

damals noch amtierenden<sup>184</sup> Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium zur Podiumsdiskussion. Dort erläuterte Zipperer, dass sich das Beanstandungsrecht des Ministeriums auch auf Fragen erstreckte, ob der Bundesausschuss seine Kompetenzen überschritten habe, ob die Verfahrensregelungen eingehalten worden seien und ob die Richtlinien eventuell gegen höherrangiges Recht verstießen. Zu der Wahrscheinlichkeit einer Beanstandung konnte Zipperer sich nicht äußern. Er glaubte allerdings, dass „es mit der Positivliste noch einige Zeit dauern“ werde.<sup>185</sup>

Andrea Fischer konnte sich zufrieden geben, da die Arzneimittelausgaben in den neuen Ländern in den ersten 9 Monaten sogar leicht rückläufig waren. Allerdings waren auch hier die Monate August und September wiederum von starkem Anstieg gekennzeichnet.<sup>186</sup> Auch arbeitete das Bundesgesundheitsministerium unterdessen mit Hochdruck und hinter verschlossenen Türen am sogenannten Vorschaltgesetz. Die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen kamen anfangs mit dem Vorschaltgesetz in Terminnot.<sup>187</sup> Sie schafften es aber am 9. November über die endgültige Fassung des Solidaritätsstärkungsgesetzes zu beraten, so dass der Gesetzentwurf in den Bundestag eingebracht werden konnte.<sup>188</sup> Änderungen sah die Regierung unter anderem bei den Festbeträgen vor. Die Koalition meinte hierzu, dass die Höhe der Festbeträge nicht konkret genug gesetzlich definiert worden sei.<sup>189</sup>

So fand dann am 11. November 1998 die erste Parlamentslesung zum Solidaritätsstärkungsgesetz statt und Gesundheitsministerin Fischer hielt ihre erste Bundestagsrede als Gesundheitsministerin. Bei dieser Gelegenheit verteidigte sie vehement ihren Gesetzentwurf und setzte auf Dialog mit allen Akteuren im Gesundheitswesen. Nichtsdestotrotz musste sich Fischer die zu erwartende Kritik seitens der Opposition gefallen lassen.

Die Reaktionen auf die Rede der neuen Gesundheitsministerin fielen bei den Akteuren im Gesundheitswesen unterschiedlich aus. Sowohl Jörg-Dietrich Hoppe, Vizepräsident der Bundesärztekammer, als auch der Chef der KBV, Winfried Schorre, begrüßte die Dialogbereitschaft von Ministerin Fischer. Beide kritisierten aber Einzelheiten des Vorschaltgesetzes, vor allem die strikte Budgetierung.<sup>190</sup>

Als ein "mit heißer Nadel gestricktes Spargesetz" bezeichnete Bundesärztekammerpräsident Karsten Vilmar das in erster Lesung im Bundestag beratene Solida-

<sup>184</sup> Manfred Zipperer ging am 27.11.1998 in den einstweiligen Ruhestand.

<sup>185</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien wahrscheinlich nicht mehr in diesem Jahr, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.

<sup>186</sup> Vgl. Arzneimittelausgaben in den ersten drei Quartalen rückläufig, in: ÄZ vom 19.11.1998.

<sup>187</sup> Vgl. Mit den Vorschaltgesetzen kommt die neue Koalition in Terminnot, in: ÄZ vom 02.11.1998.

<sup>188</sup> Vgl. Gesetzentwurf wird heute eingebracht, in: ÄZ vom 10.11.1998.

<sup>189</sup> Vgl. Zuzahlungen sinken auf acht, neun und zehn Mark, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

<sup>190</sup> Vgl. Schlingensiepen, Ilse: Andrea Fischer: Änderungen am Vorschaltgesetz noch möglich, in: ÄZ vom 20./21.11.1998.

ritätsstärkungsgesetz. Er bemängelte vor allem, dass die Budgetierung zwar die Ausgaben im Gesundheitswesen, nicht aber die Krankheiten begrenze. Auch könnten demographische Entwicklungen wie z.B. die ansteigende Zahl multimorbider Patienten sowie medizinischer Fortschritt nicht allein durch Rationalisierung kompensiert werden, wie es Bundeskanzler Schröder in seiner Regierungserklärung gefordert habe.<sup>191</sup>

Andererseits stellte sich der Chef des Ersatzkassenverbandes, Herbert Rebscher, hinter das Vorschaltgesetz, weil seiner Meinung nach Fischer die Vorschläge der GKV in ein stimmiges Konzept eingebracht habe. Auch die geplante Gegenfinanzierung bei den Zuzahlungen fand seine Zustimmung. Im Gegensatz zu Rebscher zeigte sich die Pharmaindustrie schockiert über das Vorschaltgesetz.<sup>192</sup>

Auf einer ganztägigen, öffentlichen Sitzung hörte sich der Gesundheitsausschuss des Bundestages am 25. November in Bonn die Stellungnahmen der Betroffenen zum Solidaritätsstärkungsgesetz an.<sup>193</sup> Sprecher der Ärzteschaft und der Pharmaindustrie trugen massive Bedenken gegen das Vorschaltgesetz vor und regten Nachbesserungen an. Im Verlauf der Anhörung stand unter anderem das enge Arzneimittelbudget im Mittelpunkt der Kritik.

Nach Einschätzung von Ärzteschaft, Pharmaverbänden und Apotheken war jenes auf der Basis "Budget von 1996 -4,5%" viel zu knapp bemessen worden. Das für 1999 geplante Budget würde deshalb zu einer massiven Reduzierung des Verordnungsvolumens zwingen. Stattdessen plädierte der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschland (BDA) dafür, Richtgrößenvereinbarungen weiterhin zuzulassen, wenn diese differenziertere Steuerungsmöglichkeiten ermöglichen. Im nächsten Jahr stünden den Ärzten für Verordnungen 10% weniger Mittel zur Verfügung als 1998, so der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI). Die Apothekervereinigung rechnete vor, dass für eine angemessene Versorgung das Arzneimittelbudget 1999 um 13,5% höher sein müsse als im Vorjahr.

Das enge Arzneibudget und die geplante Senkung der Festbeträge wertete der VFA als Signal gegen den Pharmastandort Deutschland. Der VFA erinnerte daran, dass der Anteil der Arzneimittel an den gesamten GKV-Leistungsausgaben von 16,4% im Jahre 1991 auf nur noch 13,8% für das 1997 gesunken sei. Der Verband der Generika-Hersteller vermutete, die Absenkung der Festbeträge

---

<sup>191</sup> Vgl. Budgets begrenzen die Ausgaben, aber nicht die Krankheiten, in: ÄZ vom 12.11.1998.

<sup>192</sup> Vgl. Krisenstimmung im Gesundheitswesen, in: Die Welt vom 14.11.1998.

<sup>193</sup> Vgl. Der BDA plädiert noch einmal für ein eigenes Hausarzt-Budget, in: ÄZ vom 26.11.1998.

werde sowohl die Versorgung mit Festbetragsmitteln als auch die Existenz vieler Hersteller gefährden.<sup>194</sup>

KBV und Bundesärztekammer wiesen beide darauf hin, dass die Begrenzungen der gesetzlichen Krankenkassen bei offener Leistungszusage zwangsläufig zu Rationierungen führen müssten. Der BDA gab zu Protokoll, das Vertrauen der Hausärzte in die zugesagte Stärkung ihrer Position sei durch die geplanten Kürzungen der Honorar- und Arzneimittelbudgets zur Zeit erschüttert. Es müsse befürchtet werden, dass die Allgemeinmediziner und Patienten die Hauptlast zu tragen hätten. Daher sprach sich der Verband dafür aus, das Arzneibudget zeitnäher als vorgesehen fortzuschreiben oder, besser noch, Richtgrößenvereinbarungen zuzulassen.<sup>195</sup>

Im Laufe dieser Anhörung des zuständigen Bundestagsausschusses unterstützten im Endeffekt nur die Krankenkassen das Konzept von Andrea Fischer. Aber auch diese monierten das Prinzip einer nicht gerade konsequenten Gegenfinanzierung, um Beitragssatzsteigerungen zu vermeiden. Vor allem sei die Ausgabenbegrenzung durch sektorale Budgets unverzichtbar, hieß es in einer gemeinsamen Erklärung der Kassenverbände.<sup>196</sup> Der AOK-Bundesverband wies deutlich darauf hin, dass die vorgesehene Absenkung der Festbeträge bei Arzneimitteln mit den gleichen Wirkstoffen nach Einschätzung der Ortskrankenkassen zu Problemen führen könne. Der Verband sah die Gefahr, dass keine ausreichende Mindestabdeckung des Marktes zu den anvisierten Festbeträgen garantiert sei. Sollte die Pharmaindustrie Preissenkungen aufgrund der neuen Festbeträge verweigern, seien viele Patienten dazu gezwungen, die resultierenden Differenzen selber zu bezahlen. Der Gesetzgeber sollte deshalb die Selbstverwaltung beauftragen, die Festbetragssetzung so zu gestalten, dass eine Mindestabdeckung des Marktes in Höhe von 30% zum Festbetrag also der Minimalvergütung garantiert sei.<sup>197</sup>

Die rot-grüne Koalition hatte sich trotz des engen Zeitrahmens die Mühe gemacht, die Positionen aller Beteiligten sorgfältig anzuhören. Dennoch stand nun die Gesundheitsministerin Fischer vor einer ersten Belastungsprobe, nachdem auch halbstaatliche und private Akteure ihre Kritik zum Solidaritätsstärkungsgesetz geäußert hatten. Als Antwort auf die Befürchtung der Spitzenverbände der Krankenkassen, wonach die Gegenfinanzierung des Solidaritätsstärkungsgesetzes gefährdet sei, erklärte Andrea Fischer, diese sei gesichert. Die von den Krankenkassen beanstandeten Änderungen der Budgetregelungen hätten keine

---

<sup>194</sup> Vgl. Ärzte und Industrie warnen vor zu knappen Budgets, in: ÄZ vom 26.11.1998.

<sup>195</sup> Vgl. Der BDA plädiert noch einmal für ein eigenes Hausarzt-Budget, in: ÄZ vom 26.11.1998.

<sup>196</sup> Vgl. Kostendeckel im Gesundheitswesen sorgt für Druck, in: FR vom 26.11.1998.

<sup>197</sup> Vgl. Noch mehr Einschränkungen für Ärzte, in: ÄZ vom 27./28.11.1998.

negativen Auswirkungen auf die Gegenfinanzierung im Sinne des Gesetzes. Die Budgets hätten die Aufgabe, die Steigerung der Ausgaben soweit zu begrenzen, dass diese nicht den entsprechenden Einnahmen davonliefen. Im Bereich der Arzneimittel sorgte die Budgetierung dafür, dass im Jahr 1999 von einem Einsparbetrag von einer Milliarde DM auszugehen sei.<sup>198</sup>

Zugleich wurde aber in der Koalition, angeregt durch die Kritik von Pharmaindustrie, Krankenkassen, Ärzteschaft und Apothekerschaft, an Modifikationen des Arzneimittelbudgets gearbeitet, um den Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes zu entschärfen. Resultat war, dass das Arzneimittelbudget nicht mehr auf der Basis "Budget 1996 -4,5%" und auch die Festbeträge für Arzneien im unteren Drittel des Preisspektrums im jeweiligen Marktsegment festgesetzt werden sollten. Da mit diesen Änderungen die Gegenfinanzierung nun nicht mehr gesichert war, wurde diskutiert, die Zuzahlungssenkungen um sechs Monate zu verschieben, denn dadurch wären Mehreinnahmen von 450 Millionen DM in die Krankenkassen geflossen. Nach heftiger Gegenwehr seitens der SPD-Fraktion, kam daraufhin das Dementi der Ministerin.<sup>199</sup> Dennoch konnten die Koalitionsfraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen nach tagelangen, internen Verhandlungen einen Änderungskatalog vorlegen. Am 2. Dezember 1998 empfahl der Gesundheitsausschuss eine Änderung zum Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes zu. Völlig überraschend wurde auf einmal eine neue Berechnung des Arzneimittelbudgets festgelegt, die auf individuellen Schätzungen, pro Versichertem der GKV festgelegt, basierte. Genau 541,61 DM sollte der Pro-Kopf-Wert betragen und von den Aufsichtsbehörden der jeweiligen KVen in der Gesamtsumme festgesetzt werden. Ebenso war aus der "Mussbestimmung" bei den Festbeträgen, sie im unteren Drittel der Produktpreise festzulegen, eine "Kannbestimmung" geworden. Allerdings wurde sie auf alle drei Festbetragsstufen ausgedehnt. Daraus resultierte, dass rund 200 Millionen DM weniger eingespart würden. Fast völlig von Reformen verschont blieb, zum Entsetzen auch vieler SPD-Abgeordneter, das Krankenhauswesen.<sup>200</sup> Außerdem wurden die Zuzahlungen für Arzneimittel noch einmal gesenkt. Je nach Packungsgröße waren jetzt acht, neun bzw. zehn DM zu zahlen. Die neue Regelung beschränkte die auf 1% des Einkommens eines chronisch Kranken abgesenkte Zuzahlung nur für den Betroffenen, nicht aber für seine Familienmitglieder.<sup>201</sup> Der Versicherte, der ein Jahr lang 1% der Jahresbruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt für Zuzahlungen aufgebracht hat (bis-

---

<sup>198</sup> Vgl. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Gegenfinanzierung steht, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 93 vom 02.12.1998, <http://www.bmggesundheits.de/presse/1998/presse98/93.htm>.

<sup>199</sup> Vgl. Koalition arbeitet an Modifikationen der Budgets für Ärzte und Arzneimittel, in: ÄZ vom 02.12.1998.

<sup>200</sup> Vgl. Völlig überraschend - Arzneimittelbudgets werden neu berechnet, in: ÄZ vom 03.12.1998.

<sup>201</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Regierungskoalition erweitert den Finanzspielraum für Strukturverträge, in: ÄZ vom 03.12.1998.

her 2%), wurde für die weitere Behandlung dieser Krankheit von Zuzahlungen zu notwendigen Arzneimitteln befreit.<sup>202</sup>

Als höchst problematisch und noch völlig unklar sah die KBV die grundlegend überarbeiteten Regelungen zum Arzneimittelbudget an. KBV-Chef Winfried Schorre sowie KBV-Hauptgeschäftsführer Rainer Hess kritisierten ein solches Berechnungsmodell regionaler Arzneimittelbudgets, weil es regionale Unterschiede, was die Struktur der Versicherten und auch die Morbidität anbelangt, sowie das traditionelle Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle nicht berücksichtige. Allerdings begrüßte die KBV, dass sie und die KVen die Befugnis erhielten, Vertragsärzte zur Steuerung der Arzneimittelausgaben zu informieren.<sup>203</sup>

Als Folge der umfassenden Änderungen an den Budgets für die Arzneimittel beschlossen der Vorstand der KBV und die Vorsitzenden der Länder-KVen am 5. Dezember auf ihrer Vertreterversammlung, gegen das Solidaritätsstärkungsgesetz zu demonstrieren. Mit einem bundesweiten Aktionstag am 18. Dezember 1998, dem Tag, an welchem das Solidaritätsstärkungsgesetz im Bundesrat verabschiedet werden sollte, wollten die Vertragsärzte in ganz Deutschland gegen die neue Kostendämpfungsrunde protestieren. KBV-Chef Schorre äußerte hierzu, dass "gehandelt werden müsse". Sie würden ihrerseits ein Programm ausarbeiten, um Ärzte und Patienten und im Prinzip die ganze Bevölkerung über das Gesetz und die weiteren Pläne der Bundesregierung aufzuklären. Schorre sagte, die Ärzte würden jeden denkbaren legitimen Widerstand leisten.<sup>204</sup> Die Ärzteschaft war somit entschlossen, gemeinsam gegen das Vorschaltgesetz vorzugehen. Falls die kommenden Protestaktionen nichts bewirken sollten, stand für die Ärzte fest, dass sie gezwungen waren, ab 1999 die Menge des Leistungsangebots der Menge des zur Verfügung stehenden Geldes anzupassen. Die Rationierungsdebatte war damit vollends entbrannt und man sprach von einer schärferen Gangart mit der neuen Regierung. Die Ärzteschaft hatte den Eindruck, vor vollendete Tatsachen gestellt worden zu sein und dies mit einer Radikalität, wie sie nach den ersten Kontakten mit der neuen Regierung kaum zu erwarten war. Die Ärzteschaft kritisierte zudem, dass ein Gesetz von solcher Tragweite für das Gesundheitswesen in so kurzer Zeit verabschiedet worden war. Gleichfalls bemängelten die Ärzte, dass aufgrund der Eile die Betroffenen noch nie so wenig an einer Gesetzgebung beteiligt wurden, und noch nie waren Änderungen zu einem Gesetz-

---

<sup>202</sup> Vgl. BPI (Hg.): Pharma Daten '99, S. 45 und siehe § 62 SGB V.

<sup>203</sup> Vgl. Laschet, Helmut: KBV äußert Zweifel an neuer Budgetberechnung, in: ÄZ vom 03.12.1998.

<sup>204</sup> Vgl. Ärzte leisten gemeinsam Widerstand - Aktionstag findet am 18. Dezember statt, in: ÄZ vom 07.12.1998.

entwurf in so großer Zahl eingebracht worden, um unmittelbar danach wieder verworfen, durch neue ersetzt und dann ganz gestrichen zu werden.<sup>205</sup>

Mit gewisser Erleichterung registrierte die Industrie die Korrekturen am Solidaritätsstärkungsgesetz. Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des VFA stellte klar, die sich abzeichnenden Gesetzesänderungen seien kein Geschenk an die Arzneimittelindustrie. Yzer erklärte, die vom Bundestagsgesundheitsausschuss beschlossenen Änderungen zeigten aber, dass kritische Argumente aufgenommen worden seien. Hiermit könne die ursprünglich vorgesehene, überproportionale Belastung des Arzneimittelbereichs und der damit verbundene Schaden verhindert werden. Der VFA bezog das sowohl auf die Versorgungsqualität der Patienten als auch auf die Entwicklung der High-Tech-Pharmabranche in Deutschland. Nach Einschätzung des Verbandes werde der gesetzliche Krankenversicherungs-Arzneimittelmarkt 1999 von rund eine Milliarde DM kleiner ausfallen als 1998. Immerhin hätten die Gesundheitspolitiker verstanden, dass sich die Medizin des Jahres 1999 nicht mit den Mitteln des Jahres 1996 bestreiten lasse. Auch die gefundenen Kompromisse bei den Festbeträgen waren laut Yzer geeignet, die größten Gefahren zumindest teilweise zu bannen. Die Ausweitung auf alle drei Festbetragsstufen war für den Verband jedoch nicht befriedigend.

Auch der BPI wertete einige Neuregelungen als "positives Signal". Die Regierungskoalition habe mit der neuen Festbetragsreglung Dialogbereitschaft gezeigt, erklärte BPI-Hauptgeschäftsführer Wolfgang Wenig in Bonn. Allerdings seien weitere Nachbesserungen notwendig, meinte Wenig einschränkend. So sei bei der Festsetzung der Budgets die Dynamik des Wachstumsmarktes Gesundheitswesen nicht ausreichend berücksichtigt worden. Die Vergangenheit habe gezeigt, dass zu niedrig angesetzte Budgets zu Arzneiverordnungsengpässen in den Arztpraxen führten. Dies sei auch 1999 zu befürchten.

Die Krankenkassen reagierten konsterniert auf die Änderungsvorschläge zum Gesetzentwurf. Sie kündigten Beitragssteigerungen infolge eines nicht gedeckten Mehrbedarfs von etwa zwei Milliarden DM an. Die Arbeitsgemeinschaft der GKV-Spitzenverbände in Siegburg erklärte, die korrigierten Arzneibudgets würden zu einem Finanzbedarf führen, der nicht gegenfinanziert sei.<sup>206</sup>

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer blieb sich treu und verteidigte weiterhin ihr Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform. Die Budgetierung von Arzneimittelausgaben müsse 1999 keineswegs zur Rationierung von Leistungen führen, beteuerte die bündnis-grüne Politikerin am 7. Dezember 1998 in Bonn. Bei einer

---

<sup>205</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang/ Laschet, Helmut: Ärzte sind entschlossen, gemeinsam und laut gegen das Vorschaltgesetz vorzugehen, in: ÄZ vom 07.12.1998.

<sup>206</sup> Vgl. Trotz neuer Budgets: Industrie zahlt eine Milliarde DM, in: ÄZ vom 04./05.12.1998.

Veranstaltung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung unterstrich Fischer, dass die Ausgaben für Arzneien im kommenden Jahr nicht gekürzt würden. Vielmehr sollten mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz nur die Zuwächse maßvoll begrenzt werden. Auch werde die Budgetierung niemals zur Gegenfinanzierung der Zuzahlungsabsenkung eingesetzt. Den Einwand des Geschäftsführers der KBV, Lothar Krimmel, das Arzneibudget lasse 1999 wegen einer Unterdeckung in Höhe von vier Millionen DM eine moderne Therapie für AIDS-, MS- und chronisch kranke Hepatitis-Patienten nicht mehr zu, wollte die Ministerin nicht gelten lassen. Sie wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Ärzte in mehreren KVen seit Jahren mit den jeweiligen Arzneibudgets auskämen.<sup>207</sup>

Derweil versuchten die Ärzte zu retten, was noch zu retten war. Bundesweit liefen bereits Aktionen, um das geplante Solidaritätsstärkungsgesetz doch noch zu stoppen. Rund 500 Ärzte und Patienten warnten bei einer Kundgebung vor der Schweriner Staatskanzlei vor einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung in den neuen Bundesländern. Die Ärzte forderten Mecklenburg-Vorpommerns Ministerpräsident Harald Ringstorff auf, gegen das in Bonn geplante Solidaritätsstärkungsgesetz zu stimmen.<sup>208</sup> Auch in Potsdam hatten Ärzte, Patienten und Apotheker gegen das Vorschaltgesetz der rot-grünen Regierung demonstriert.<sup>209</sup>

Andrea Fischer kritisierte die geplanten Praxisschließungen. Den Patienten die Versorgung vorzuenthalten, bezeichnete sie als drastische Maßnahme, für die sie keine Veranlassung sehe. Fischer kündigte an, das Vorschaltgesetz zur Gesundheitsreform wie vorgesehen am 10. Dezember 1998 vom Bundestag verabschieden zu lassen. Zudem wies sie die Kritik des stellvertretenden SPD-Fraktionsvorsitzenden Rudolf Dreßler und der Krankenkassen zurück, in welcher ihr vorgeworfen wurde, dass das Arzneibudget auf einer falschen Basis berechnet worden sei. Dreßler hatte dem Ministerium in diesem Zusammenhang handwerkliche Fehler vorgehalten.<sup>210</sup> Dreßler hatte erklärt, er wolle verhindern, dass durch unprofessionelles Verhalten die "Firma SPD" beschädigt werde. Er habe das Gefühl, die Gesundheitsministerin nehme keine Rücksicht auf seine Reputation bei Krankenkassen, Ärzten und Pharmaindustrie und "doktere an einem mühsam austarierten Reparaturgesetz herum". Dies bringe damit die SPD um ihren Ruf als verlässlicher Partner.<sup>211</sup> Nach Angaben der Gesundheitsminis-

<sup>207</sup> Vgl. Ausgaben werden nicht gekürzt, nur die Zuwächse begrenzt, in: ÄZ vom 09.12.1998.

<sup>208</sup> Vgl. Ärzte appellieren an Abgeordnete, dem Gesetz nicht zuzustimmen, in: ÄZ vom 10.12.1998.

<sup>209</sup> Vgl. Ärzte warnen vor Zwei-Klassen-Medizin, in: ÄZ vom 11./12.12.1998.

<sup>210</sup> Vgl. Fischer kritisiert geplante Praxisschließungen, in: ÄZ vom 10.12.1998.

<sup>211</sup> Vgl. Verdruss dürfte die Kritik von Dreßler kaum motiviert haben, in: FR vom 10.12.1998.



terin habe ihr Ministerium jedoch die Zahlen nochmals überprüft und sei zu dem Ergebnis gekommen, das alles richtig angesetzt worden war.<sup>212</sup>

Nicht nur die Gesundheitsministerin Fischer sondern auch die Spitzenverbände der Krankenkassen kritisierten die geplanten Ärzteproteste am 18. Dezember 1998 gegen die Bonner Gesundheitspläne. Für die Krankenkassen war nicht nachvollziehbar, dass die Ärzteschaft die Versorgung der Patienten gefährdet.<sup>213</sup>

Am 10. Dezember 1998 fanden zunächst die zweite und dritte Beratung zum Solidaritätsstärkungsgesetz statt. Diese Debatte hatte einige Wortgefechte zwischen der Bundesregierung und der Opposition zu verzeichnen. Fischer verteidigte nochmals vehement ihre Vorgehensweise und machte deutlich, dass sie mit allen Mitteln die Wahlversprechen einhalten wolle. Abgesehen von der CDU/CSU und der FDP kritisierte nun auch die PDS die Bundesregierung in ihrer Arzneimittelpolitik.

Der Streit um die Bonner Gesundheitsreform eskalierte, nachdem das Solidaritätsstärkungsgesetz den Bundestag passiert hatte. Mit einer ihm bisher nicht gekannten Schärfe reagierte der Präsident der Bundesärztekammer Karsten Vilmar. In einem Interview sagte er, wenn die Reform wie geplant umgesetzt werde, „dann müssen wir überlegen, ob wir das sozialverträgliche Frühableben fördern müssen.“ Vilmar begründete dies damit, dass die Budgetierung dem stark steigenden Behandlungsbedarf nicht gerecht werden könne. Einsparungen und Rationierungen würden die Folge sein.<sup>214</sup> Zu den Äußerungen von Karsten Vilmar, erklärte Andrea Fischer, dass dieser sich mit seinen Äußerungen in seiner Funktion als Präsident der Bundesärztekammer nicht nur völlig ins Abseits gebracht habe, sondern noch dazu einen ganzen Berufsstand in Verruf brächte. Seine Drohung, dass das zur Beschlussfassung vorliegende Vorschaltgesetz dazu zwingen könnte, Patienten die notwendige Versorgung zu verweigern, sei eine glatte Unverschämtheit. Sie habe wiederholt allen Beteiligten den offenen Dialog angeboten. Dass Vilmar aber nun meine, mit der Angst der Patienten und auf deren Rücken Lobbypolitik machen zu müssen, fehle ihr jegliches Verständnis.<sup>215</sup>

Karsten Vilmars Worte waren angesichts der gespannten Lage in der Arzneimittelpolitik gefallen. Viele niedergelassene Ärzte unterstützen seine Meinung, auch wenn dessen Formulierung etwas radikal ausgefallen war, denn diese sahen sich in einer zunehmenden Zwickmühle, da sie ihrer Meinung nach nicht mehr der Versorgung der Patienten mit guten Arzneimitteln gerecht werden könnten. Dass

---

<sup>212</sup> Vgl. Fischer kritisiert geplante Praxisschließungen, in: ÄZ vom 10.12.1998.

<sup>213</sup> Vgl. Kassen kritisieren geplante Ärzteproteste, in: ÄZ vom 08.12.1998.

<sup>214</sup> Vgl. Vilmar: Budgetierung führt zu mehr Todesfällen, in: Handelsblatt vom 11./12.12.1998.

<sup>215</sup> Vgl. Zu den Äußerungen von Karsten Vilmar gibt die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer eine Erklärung ab, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 96 vom 10.12.1998, <http://www.bmggesundheits.de/presse/1998/presse98/96.htm>.

Fischer so heftig reagierte, war ebenfalls auf die angespannte Situation zurückzuführen.

Unterdessen geriet Ärztepräsident Karsten Vilmar wegen seiner Kritik am rot-grünen Gesundheitsgesetz immer stärker unter Druck. Der Allgemeine Patientenverband prüfte sogar eine Strafanzeige gegen ihn. Gesundheitsministerin Andrea Fischer warf Vilmar "Panikmache" vor.<sup>216</sup>

Was die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen betrifft, so blieben diese bei ihrer Überzeugung, dass das vom Bundestag beschlossene Vorschaltgesetz 1999 nicht zu Einsparungen bei den Arzneimittelausgaben führen werde. Sie argumentierten weiterhin, das Bundesministerium gehe von falschen Daten aus. Bundesgesundheitsministerin Fischer hatte vor der Presse den Eindruck erweckt, diese Meinungsunterschiede seien ausgeräumt, aber bei den Krankenkassen hieß es hingegen, Beamte des Ministeriums hätten gegenüber Kassenvertretern Fehler eingestanden. Der Vorsitzende der Betriebskrankenkassen Wolfgang Schmeinck, hatte der Ministerin in einem Brief vorgerechnet, dass das Ausgangsbudget für Arznei- und Heilmittel von 1996 statt um 7,5% nur um 4% erhöht werden dürfe, wenn 1999 gegenüber 1998 eine Milliarde DM eingespart werden solle. Ohne eine gesicherte Einsparung im Arzneimittelbudget sei aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen die Gegenfinanzierung des Solidaritätsstärkungsgesetzes und die auch politisch gewollte Beitragsstabilität nicht gewährleistet, so Schmeinck.<sup>217</sup>

Am 14. Dezember 1998 entschuldigte sich Bundesärztekammerpräsident Vilmar für seine Äußerungen zu den Folgen der Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung. In einem Interview sagte er, es sei nie seine Absicht gewesen, Patienten zu verunsichern oder gar Panik zu verbreiten.<sup>218</sup> Gleichwohl verteidigte Vilmar erneut die geplanten Protestaktionen am 18. Dezember. Er warf der Bundesgesundheitsministerin vor, zu Beginn ihrer Amtszeit mit dem Vorschaltgesetz den gleichen Fehler zu machen, wie seinerzeit ihr Vorgänger Horst Seehofer mit dem Gesundheitsstrukturgesetz. Im Gegenzug hatte die Gesundheitsministerin den Ärzten mit Konsequenzen gedroht, falls Patienten am Protesttag selbst nicht behandelt werden würden. Sie warf den Ärzten vor, die Patienten für ihre Zwecke zu missbrauchen.<sup>219</sup> „Diese Ärzte sind einfach unersättlich“, stöhnte Ministerin Fischer. Immer wieder pochte sie auf ihre Verhandlungsbereitschaft, allerdings

<sup>216</sup> Vgl. Ärztepräsident gerät unter Druck, in: Handelsblatt vom 14.12.1998.

<sup>217</sup> Vgl. Krankenkassen erwarten keine Einsparungen, in: FAZ vom 12.12.1998.

<sup>218</sup> Vgl. Ärztechef entschuldigt sich, in: FR vom 15.12.1998.

<sup>219</sup> Vgl. Vilmar verteidigt die Protestaktionen - Fischer droht mit Konsequenzen, in: ÄZ vom 18./19.12.1998.

ohne Erfolg. Die Gesundheitsministerin resümierte: „Die Funktionäre verstehen nicht, dass bei einem Kompromiss keiner alles kriegen kann.“<sup>220</sup>

Zur vorgesehenen zentralen Kundgebung der KBV waren am 18. Dezember mehr als 4.000 Ärzte nach Bonn gekommen. In München gingen sogar mehr als 5.000 Ärzte auf die Straße. Aber auch in vielen anderen Städten wie Berlin, Dortmund, Nürnberg, Frankfurt, Halle oder Erfurt demonstrierten die Mediziner zusammen mit ihren Arzthelferinnen, unterstützt von Apothekern sowie anderen von der Budgetierung betroffenen Heilberuflern.<sup>221</sup> Wiederholt zeigte Fischer für den Ärzteprotest wenig Verständnis. In einem Interview erklärte sie, nicht die Politik, sondern das Unvermögen der Kassenärztlichen Verbände, Verteilungskämpfe zu lösen, sei für die Verbitterung der Ärzte ursächlich.<sup>222</sup> Vertreter der Opposition zeigten dagegen Verständnis für die Kundgebungen.<sup>223</sup>

Noch am gleichen Tag der Ärztedemonstrationen verabschiedete der Bundesrat mit der Mehrheit der sozialdemokratisch geführten Länder das Solidaritätsstärkungsgesetz, welches somit wie geplant am 1. Januar 1999 in Kraft treten konnte.<sup>224</sup>

#### 4.5. Ergebnis der Teilanalyse

Die rot-grüne Bundesregierung arbeitete gleich zu Beginn der Legislaturperiode, und dies unter Druck, am sogenannten Vorschaltgesetz für die Strukturreform 2000. Mit dem Vorschaltgesetz wurde eine Korrektur an dem eingeleiteten Paradigmenwechsel hin zu mehr Eigenverantwortung und folglich mehr Selbstbeteiligung begonnen, die von der ehemaligen, konservativ-liberalen Bundesregierung einst eingeleitet wurde. Bedeutende Änderungen gab es bei den Arzneimittelbudgets. Die Richtgrößen erhielten wieder ihre Funktion als Steuerungsinstrumente für Budgets. Bei einer Überschreitung der einheitlichen, arztgruppenspezifischen Richtgrößen um mehr als 15% sollte dies zukünftig zu einer Wirtschaftlichkeitsprüfung führen. Gleichfalls gab es Änderungen bei den Festbeträgen, die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer als das wichtigste Strukturelement zur Regelung des Arzneimittelmarktes ansah. Demnach mussten Festbeträge von Arzneimitteln im "unteren Drittel des Preises der Vergleichsgruppe" festgesetzt werden.

<sup>220</sup> Vgl. Niejahr, Elisabeth: Einfach unersättlich, in: Der Spiegel Nr. 51 1998.

<sup>221</sup> Vgl. Zehntausende Ärzte protestieren gegen Sparpolitik, in: ÄZ vom 21.12.1998.

<sup>222</sup> Vgl. "Wir werden nicht mit der Axt im Walde holzen", in: ÄZ vom 21.12.1998.

<sup>223</sup> Vgl. Unterschiedliches Echo auf den Protest zehntausender Ärzte, in: ÄZ vom 21.12.1998.

<sup>224</sup> Vgl. Zehntausende Ärzte protestieren gegen Sparpolitik, in: ÄZ vom 21.12.1998.

In ihrer ersten Rede am 11. November 1998 als Gesundheitsministerin ging Fischer, soweit es die Arzneimittelpolitik betrifft, nur auf die Zuzahlung für Medikamente ein. Die Arzneimittelpolitik spielte somit nur eine untergeordnete Rolle. Für Andrea Fischer war es erst einmal wichtig, sich auf die Einlösung des Wahlversprechens zu konzentrieren und in kleinen Schritten voranzuschreiten. Der stellvertretende SPD-Fraktionschef Dreßler unterstützte Fischer zunächst in ihrer Position, erwähnte jedoch zusätzlich die Positivliste.

Dagegen erachtete der FDP-Gesundheitspolitiker Thomae die Arzneimittelpolitik als wichtigen Punkt, so dass er auf sie ausführlicher einging. Er warf der Bundesregierung vor, mit dem Gesetzentwurf nur Rationierungen und letztlich auch Wartezeiten herbeizuführen. Dagegen kritisierte die CDU-Fraktion vehement die Aufhebung der Zuzahlungen und die Einführung der Arzneimittel-Festbeträge. Die PDS wiederum unterstützte als einzige Partei der Opposition die Koalition in ihrer Vorgehensweise, hoffte allerdings nicht nur auf gute Absichten sondern auch auf entsprechende Taten.

Wenige Tage vor den abschließenden Beratungen im Bundestag musste die Koalition endgültig entscheiden, wie das Solidaritätsstärkungsgesetz aussehen sollte. Vor allem die Organisationen der Ärzte, der pharmazeutischen Industrie und der Apotheker hatten in der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages auf die gravierenden Folgen des geplanten Kostendämpfungsgesetzes aufmerksam gemacht.

Es hatte sich gezeigt, dass die zuständigen Gesundheitspolitiker der rot-grünen Koalition trotz des engen Zeitraums die Argumente aller Beteiligten, also auch die der Leistungsanbieter, sorgfältig abzuwägen bereit waren. Somit waren im Arzneimittelbereich gegenüber dem ersten Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes auch Änderungen erfolgt. So sollte das Arzneibudget nun nicht mehr auf der Basis "Stand von 1996 -4,5%" und auch die Festbeträge für Arzneimittel nicht wie ursprünglich geplant im unteren Drittel der Produktpreise des jeweiligen Marktsegmentes festgesetzt werden. Völlig überraschend für alle Akteure, wurde eine neue Berechnung des Arzneimittelbudgets festgelegt, denn dieses wurde jetzt pro Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) festgelegt.

Die Bundesgesundheitsministerin hatte das Vorschaltgesetz gegen die Kritik der Krankenkassen und Ärzte, aber auch Vertretern aus den eigenen Reihen, hier vor allem des Koalitionspartners, verteidigt. Andrea Fischer demonstrierte damit ihre Entschlossenheit in der Arzneimittelpolitik. Sie versuchte mit dem Steuerungsinstrument Budgetierung die Arzneimittelausgaben in Grenzen zu halten,

wobei ihr half, dass die GKV insgesamt weniger Ausgaben für Arzneimittel verbuchten.

Aufgrund der Amnestie aus dem Arzneimittelgesetz hatte die Bundesregierung den Ärzten Rückforderungen in Höhe von 4 Millionen DM erlassen. Dennoch hatten diese seit den ersten Entwürfen zum Solidaritätsstärkungsgesetz Kritik geübt, was auch bei Apothekern und Pharmaindustrie nicht anders aussah. Die Krankenkassen standen anfangs noch auf der Seite von Gesundheitsministerin Fischer, aber nachdem die Anhörung zum Solidaritätsstärkungsgesetz stattgefunden hatte und zu ihren Ungunsten Änderungen vorgenommen worden waren, fingen auch jene an, sich gegen die Gesundheitsministerin zu stellen.

In ihrer zweiten Bundestagsrede am 10. Dezember 1998 verteidigte Andrea Fischer ihre zu Lasten der Krankenversicherung gehenden Wahlgeschenke gegenüber der CDU/CSU und der FDP. Sie versicherte nochmals, dass die Wahlversprechen eingehalten werden würden und betonte, dass die sektorale Budgetierung nur eine für ein Jahr angelegte Übergangsphase sei.

Aber nicht nur CDU/CSU und Liberale, sondern auch die PDS prangerten die sektoralen Budgets an, da diese ihrer Ansicht nach kein geeignetes Instrument zur Steuerung der Gesundheitsausgaben darstellten.

Auch in der zweiten und dritten Debatte des Solidaritätsstärkungsgesetzes wurde kaum über neue Konzepte in der Arzneimittelpolitik gestritten, sondern hauptsächlich über alte Rezepte. Andrea Fischer brachte besonders die Ärzteschaft gegen sich auf: Mit ihren Spargesetzen hatte sie die größte Ärztedemonstration in der Geschichte der Bundesrepublik provoziert. Nach jahrelangen Ausgabenstopps und Sparaktionen unter der christlich-liberalen Bundesregierung wiesen die demonstrierenden Ärzte auf eine Schiefelage in der Sparpolitik hin. Ärztedemonstrationen waren in solch einem Umfang ein Novum. Die Ärzte wussten zwar genau, dass sie das Vorschaltgesetz nicht mehr verhindern konnten, wollten aber zumindest die Öffentlichkeit durch ihre Aktionen über die Folgen des Gesetzes informieren. Fischer und ihre Kollegen von der SPD wiederholten ihre Kritik an diesen Protestaktionen. Die Vertreter der Opposition zeigten dagegen Verständnis für die Kundgebungen.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) hatte 1998 aufgrund zur Änderung der Arzneimittelrichtlinien für viel Aufregung bei den gesundheitspolitischen Akteuren gesorgt. Andrea Fischer hatte sich aus diesem so wichtigen Steuerungsinstrument herausgehalten, obwohl auch hier genügend Anhörungen für alle Akteure stattgefunden hatten, um mit erneuten Änderungen zur Beschlussfassung vor den Bundesausschuss zu treten.

Bundeskanzler Schröder erwähnte zwar in seiner ersten Regierungserklärung am 10. November 1998 die Gesundheitspolitik, aber von einer direkten Einflussnahme auf Fischers Arzneimittelpolitik kann nicht die Rede sein.

SPD und Grüne konnten ihre Wahlversprechen, was die Aufhebung der Zuzahlungserhöhungen anbelangt, sowohl in ihrer Koalitionsvereinbarung als auch im Solidaritätsstärkungsgesetz durchsetzen und somit halten. Das Wahlversprechen der SPD, ein Globalbudget einzuführen, konnte zwar noch nicht umgesetzt werden, aber immerhin hatte die Arbeit an diesem begonnen. Genauso sah es mit der Positivliste aus, die von der Koalition geplant, aber erst noch ausgearbeitet werden musste. Das Solidaritätsstärkungsgesetz sollte nur demonstrieren, dass die Koalitionsregierung zwar handelte, aber nichts überstürzte und gewillt war, ihre Wahlversprechen einzuhalten.

## 5. Die Neuordnung des Arzneimittelmarkts

Am 6. Januar 1999 brachte eine Gerichtsentscheidung erneut Bewegung in den Arzneimittelmarkt. Das Landgericht Düsseldorf hatte an diesem Tag festgestellt, dass das Verfahren zur Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel eigentlich gegen das europäische Kartellrecht verstieß und stufte sämtliche bisher festgesetzten Festbeträge als unzulässig ein. Auf Antrag eines mittelständischen Pharmaunternehmens hatte das Landgericht eine einstweilige Verfügung gegen die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erlassen. Hierdurch wurde den Kassen untersagt, die Festbeträge für morphinhaltige Arzneimittel aufrecht zu erhalten. Folglich waren nunmehr die Preise für Medikamente dieser Gruppe, wie z.B. Analgetika, die bei starken Schmerzen beispielsweise Krebspatienten verordnet werden, frei. Das Unternehmen hatte geltend gemacht, durch den Festbetrag für den Wirkstoff Morphin verringere sich sein Jahresumsatz um 6,7 Millionen DM. Das Gericht folgte der Argumentation, durch den Festbetrag werde europäisches Kartellrecht verletzt, denn sämtliche Voraussetzungen des Kartellverbots aus Art. 85 I des EG-Vertrages seien erfüllt. Zentraler Punkt der Begründung war die Einstufung der Krankenkassen als Unternehmen und ihrer Spitzenverbände als Unternehmensvereinigungen im Sinne dieses Artikels. Bei den Festbeträgen handele es sich allerdings um eine mittelbare Festsetzung der Ankaufspreise von Arzneimitteln. Aber jedwede auch nur mittelbare Fixierung von Preisen und jede Art von kollektiver Einflussnahme auf die Preisbildungsfreiheit der Unternehmen auf der Marktgegenseite sei nach dem europäischen Kartellrecht verboten.<sup>225</sup>

Am 8. Januar 1999 beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) nach monatelangen Diskussionen und Auseinandersetzungen mit der Pharmaindustrie die neuen Arzneimittelrichtlinien.<sup>226</sup> Diese bewirkten erneut kontroverse Reaktionen bei den Akteuren im Gesundheitswesen.

Aus dem am 7. Februar 1999 stattgefundenen, ersten Landtagswahlen in Hessen nach den Bundestagswahlen ging die CDU mit 43,4% der Zweitstimmen als Sieger hervor und besaß nun zusammen mit der FDP, auch wenn diese nur knapp die Fünf-Prozent-Hürde erreicht hatte, die absolute Mehrheit im hessischen Landtag. Zwar hatte auch die SPD überraschend an Stimmen gewonnen, konnte

<sup>225</sup> Vgl. Die Krankenkassen müssen die Festbeträge für Arzneimittel aufheben, in: FAZ vom 08.01.1999; siehe auch Landgericht Düsseldorf, Az.: 34 O (Kart) 182/98 Q.

<sup>226</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien bringen Einschränkungen, in: FAZ vom 09.01.1999.

aber nicht das katastrophale Ergebnis der Grünen, die über ein Drittel ihrer Wähler verloren hatten, ausgleichen.<sup>227</sup>

Am 18. und 19. Februar 1999 fand die erste Koalitionsklausur der Gesundheitspolitiker zur Gesundheitsreform 2000 in Bonn statt. Da bei der ersten Klausurtagung viele Punkte zur geplanten Gesundheitsreform nicht geklärt werden konnten, musste ein weiterer Termin angesetzt werden.<sup>228</sup> Auf der zweiten Klausurtagung am 2. März 1999 in Bonn konnten sich die Gesundheitsexperten immerhin über die Eckpunkte des Gesetzvorhabens einigen.<sup>229</sup>

### 5.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Anfang Januar 1999 regte der stellvertretende SPD-Fraktionschef Rudolf Dreßler, ein "Bündnis für Gesundheit" an. Als Eckpunkte einer Reform forderte er unter anderem die Einführung einer einheitlichen Arzneimittel-Positivliste.<sup>230</sup> Zur Vorbereitung der geplanten Strukturreform der GKV hielt er einen ausgedehnten Diskussionsprozess mit allen am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen für wünschenswert. Somit sollten Krankenkassen, Verbände der Leistungserbringer wie Ärzte, Krankenhäuser und Pharmaindustrie aber auch Gewerkschaften und Arbeitgeber in diese Debatte einbezogen werden.<sup>231</sup> Ungeachtet des Vorschlags von Dreßler fanden erst einmal getrennte Klausurtagungen der jeweiligen Koalitionsparteien statt.

Die SPD hatte für das nächste geplante Koalitionsgespräch ein Papier vorbereitet, das die Neuordnung des Arzneimittelmarkts bis spätestens 1. Januar 2001 sowie die "Schaffung einer qualitätsorientierten Arzneimittelversorgung" vorsah, wobei zu letzterer das Modell einer Dreiteilung des Marktes herangezogen werden sollte.<sup>232</sup> Demzufolge sollte die Eigenbeteiligung der Patienten je nach Wirksamkeit der Medikamente gestaffelt werden. Für lebensnotwendige Medikamente hätten Patienten künftig nicht, oder zumindest weniger als bisher, zuzuzahlen. Sinnvolle Medikamente würden einer Zuzahlung in bisheriger Höhe unterworfen bleiben, aber für die nicht als sinnvoll erachteten Medikamente sollten Patienten nunmehr alleine aufkommen.<sup>233</sup> Eine Sonderregelung für chronisch Kranke sah allerdings eine nachhaltige Entlastung für diese vor.

<sup>227</sup> Vgl. SPD kündigt Änderungen bei Staatsbürgerrecht an, in: SZ vom 09.02.1999.

<sup>228</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Arzneimittelsektor kommt in nächster Sitzung dran, in: PZ Nr. 8 vom 25.02.1999.

<sup>229</sup> Vgl. Gesundheitsministerin hofft auf stabile Beitragssätze, in: FAZ vom 04.03.1999.

<sup>230</sup> Vgl. Dreßler will "Bündnis für Gesundheit", in: Handelsblatt vom 04.01.1999.

<sup>231</sup> Vgl. Dreßler regt Bündnis an, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

<sup>232</sup> Vgl. Koalition hält an Positivliste fest, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

<sup>233</sup> Vgl. Zuzahlungen bald von Wirksamkeit abhängig?, in: ÄZ vom 18.01.1999.



Der Gesundheitspolitiker Rudolf Dreßler war sogar mit eigenen Vorschlägen in die Klausur gegangen, in der er neben einer "qualitätsorientierten Positivliste für Wirkstoffe" Preisverhandlungen zwischen Kassen und Industrie forderte. Gleichzeitig schlug er die Gründung eines Arzneimittelinstituts vor, das zur Aufstellung und Überwachung der Positivliste eingesetzt werden sollte.<sup>234</sup> Diese Vorschläge fanden offensichtlich vom letztgenannten abgesehen, keinen Anklang in den Koalitionsfraktionen.

Neben dem Koalitionspartner SPD hatte auch die Fraktion von Bündnis 90/Die Grünen ein Papier über die Zukunft des Gesundheitswesens erstellt. Autorin war die neue gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion, Katrin Göring-Eckardt. Die Grünen forderten ein Globalbudget, verlangten aber zur Sicherung der Qualität bei der Arzneimittelversorgung ebenfalls die Erstellung einer Positivliste. Hierbei sollte eine qualitätsorientierte Dreiteilung vorgenommen werden.

Konkret geht es um: „Arzneimittel, die notwendig, die für gezielte Indikation geeignet und solche deren Verordnung wegen Risiken oder zweifelhafter Wirkung wenig sinnvoll sind.“ Und es wird präzisiert: „Die Wirksamkeitskriterien, die zu erstellen sind, sollen sich auf Mittel der Naturheilkunde wie auf chemische Präparate gleichermaßen beziehen, so dass eine integrierte Positivliste entsteht.“<sup>235</sup>

Schließlich einigten sich die Koalitionsparteien Mitte Januar 1999 in Berlin, ohne allerdings Details konkret ausformuliert zu haben, auf mehrere Eckpunkte zur Gesundheitsreform.<sup>236</sup> Unter anderem sollte eine Neuordnung des Arzneimittelmarktes durch die obligatorische Positivliste erstattungsfähiger Medikamente sowie ein Globalbudget eingeführt werden.<sup>237</sup>

Kurz danach nahmen die Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen wieder Abstand von einer Strukturreform. Die noch vor kurzem beschlossenen Eckpunkte für die Gesundheitsreform standen bei der SPD erneut zur Diskussion. Hinzu kam, dass nun die geplanten Maßnahmen zeitlich gestreckt eingeführt werden sollten. Die SPD-Gesundheitspolitiker mussten demzufolge noch vor der Klausurtagung der Gesundheitsvertreter beider Koalitionsfraktionen am 18. und 19. Februar 1999 ihre endgültige Marschrichtung festlegen. Während Rudolf Dreßler eine Positivliste für Arzneimittel forderte und zu diesem Zwecke ein Arzneimittelinstitut gründen wollte, gab es andere, gegensätzliche Strömungen in der SPD. Das gleiche galt auch für die Frage nach dem eigentlich bereits beschlossenen Globalbudget.<sup>238</sup> Etwa eine Woche vor der Klausurtagung im Februar 1999 gab

---

<sup>234</sup> Vgl. Koalition hält an Positivliste fest, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

<sup>235</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Die grüne Zukunft des Gesundheitssystems, in: PZ Nr. 6 vom 11.02.1999.

<sup>236</sup> Vgl. Koalition hält an Positivliste fest, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

<sup>237</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Bonn will das ganze System umkrempeln, in: PZ Nr. 3 vom 21.01.1999.

<sup>238</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Reformfieber der Koalition ist deutlich gesunken, in: PZ Nr. 7 vom 18.02.1999.

Dreßler in einem Interview die Vorstellungen der SPD zur Gesundheitsreform 2000 bekannt, um nach den ganzen Querelen innerhalb der Partei Einigkeit demonstrieren zu können. Dreßler argumentierte, dass es in Deutschland zur Zeit 53.000 Präparate gebe, von denen 20.000 vom Bundesamt für Arzneimittel immer noch nicht zugelassen seien, während die Schweiz mit nur 8.000 Präparate auskomme. Daher sei es sehr wichtig, dass Arzneien wirksam sein müssen, und diese Wirksamkeit auch von unabhängigen Fachleuten nachgewiesen sei. Es würden zwischen sechs und sieben Milliarden Mark für nicht wirksame oder sehr zweifelhafte, allerdings verschriebene Arzneien von den Krankenkassen bezahlt werden. Rudolf Dressler meinte, "hier höre der Spaß auf", was ebenfalls für Naturheilmittel gelte. Im gleichen Atemzug äußerte Dreßler aber, es bestehe völliges Einvernehmen zwischen den Bündnisgrünen und der SPD über die der Integration von Naturheilmitteln in die geplante Positivliste, wobei diese nach wissenschaftlichen Kriterien, bzw. Nutzen oder Nichtnutzen, zu beurteilen seien.<sup>239</sup> Spekulationen, wonach es auf Druck der Grünen zwei Positivlisten, eine für chemische und eine für Naturarzneien, geben sollte, waren damit offenbar vom Tisch.<sup>240</sup>

Inzwischen hatte das Gesundheitsministerium ein Papier über die noch zu realisierenden Reformen für das Jahr 1999 erarbeitet, dessen Inhalt Andrea Fischer den Gesundheitspolitikern auf der ersten Klausurtagung am 18. und 19. Februar in Bonn vorstellte. Hier hieß es, dass der auf der Basis des Gesundheitsstrukturgesetzes entwickelte Vorschlag einer Positivliste eine gute Grundlage darstelle, die ständig aktualisiert werden müsse. Die Zuzahlungen würden nach medizinischen Kriterien differenziert. Ein Vergleich der Arzneimittelausgaben zwischen den verschiedenen kassenärztlichen Regionen offenbare beträchtliche, medizinisch nicht nachvollziehbare Unterschiede. Daher bedürfe es transparenter Hilfen für die Vereinbarungen über Arznei- und Heilmittelbudgets zwischen den Krankenkassen und den Ärzten. Am besten eigne sich dafür eine Orientierung an denjenigen Versorgungsregionen, in denen in den vergangenen Jahren eine bedarfsgerechte als auch wirtschaftliche Versorgung gewährleistet wurde. Dabei seien relevante Unterschiede zwischen den Regionen, z.B. Morbidität oder Altersstruktur, zu berücksichtigen. Das bisherige System zur Findung von Erstattungshöchstgrenzen mit Hilfe von Festbeträgen bleibe erhalten; zur rechtlichen Absicherung würden die Vorgaben für die Festlegung von Festbeträgen durch die Selbstverwaltung bzw. die Krankenkassen konkretisiert. Die Abgabe von

---

<sup>239</sup> Vgl. Graupner, Heidrun/ Hujer, Marc: "Kranke in Konkurrenz zum Eurofighter - das geht nicht", in: SZ vom 12.02.1999.

<sup>240</sup> Vgl. Hujer, Marc: Interpretationen und Streitpunkte, in: SZ vom 12.02.1999.

Re-Importen werde wieder verbindlich geregelt, hieß es in der internen Vorlage der Gesundheitsministerin für die Klausurtagung.

Nach zwei Tagen Koalitions-Klausur am 18. und 19. Februar 1999 kamen beide Teilnehmer dahingehend überein, ab dem Jahr 2000 ein Globalbudget für die Krankenkassen einzuführen, welches zudem an die einzelnen Kassenarten gebunden werden sollte. Die Krankenkassen und ihre Verbände hätten nunmehr auch Kontrollfunktionen zur Einhaltung der einzelnen Budgets sowie des Globalbudgets auszuüben. Dies gelte dann auch für das Arzneimittelbudget. Letzten Endes stand allerdings auch fest, dass der Arzneimittelmarkt erst bei einer späteren Klausurtagung der Gesundheitspolitiker der Koalitionsregierung über die Gesundheitsreform 2000 thematisiert werden sollte.<sup>241</sup>

Am 20. Februar 1999, also nach der ersten zweitägigen Koalitions-Klausur, versprach Fischer eine bessere Versorgung von Patienten. Ihr Vertragspartner Rudolf Dreßler versprach sogar „Qualitätssprünge“, die auf der Einführung einer Arzneimittel-Positivliste beruhen sollten, nach welcher nur noch solche Medikamente auf Kassenrezept verordnet werden sollten, die vorab vom Bundesinstitut das Label "wirksam" erhalten haben. Er kündigte gleichzeitig „Einsparungen in Milliardenhöhe“ bei der Arzneimittelversorgung an.<sup>242</sup>

Am 2. März 1999 einigten sich schließlich die Gesundheitsexperten von SPD und Bündnis 90/Die Grünen auf der zweiten Klausurtagung in Bonn auf die letzten Eckpunkte der Gesundheitsreform 2000. Die Koalition hatte sich für einschneidende Maßnahmen auf dem Arzneimittelmarkt entschieden und wiederholte hierzu ihre Absicht, eine Positivliste zu erstellen. Grundlage dafür sollten die bereits im Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 unter dem damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer erstellten Gesetze sein.<sup>243</sup> Für die Aktualisierung und Fortschreibung der Positivliste sollte ein unabhängiges Arzneimittelinstitut beim Gesundheitsministerium gegründet werden. In die Positivliste sollten alle Arzneimittel gestellt werden, die nach folgenden Kriterien geprüft worden sind: „nachgewiesener therapeutischer Nutzen und Zweckmäßigkeit der Verordnung,“ allerdings: „Dazu sollen auch Präparate der besonderen Therapierichtungen zählen.“ Noch nicht geklärt war die Frage der Zuzahlungen durch die Versicherten. In dem Eckpunkte-Papier hieß es lediglich: „Es wird geprüft, ob die Zuzahlungen der Versicherten nach medizinischen Kriterien beitragsneutral differenziert werden können.“ Die Koalitionsfraktion hatte auch das sogenannte "Dreiteilungsmodell" des Arzneimittelmarktes diskutiert, welches unterschiedliche Zuzahlungshöhen je

---

<sup>241</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Arzneimittelsektor kommt in nächster Sitzung dran, in: PZ Nr. 8 vom 25.02.1999.

<sup>242</sup> Vgl. Niedrige Beiträge bleiben frommer Wunsch, in: Handelsblatt vom 22.02.1999.

<sup>243</sup> Vgl. Gesundheitsministerin hofft auf stabile Beitragssätze, in: FAZ vom 04.03.1999.

nach Schweregrad der Krankheit vorsah. Dies löste allerdings nur einen endlosen Streit aus, vor allem unter den SPD-Politikern. Das bisherige System der Festbeträge sollte erhalten bleiben und rechtssicher gemacht werden. Zudem sollte die Abgabe von Re-Importen schließlich wieder verbindlich geregelt werden.<sup>244</sup>

Andrea Fischer beschäftigte sich nicht nur mit den Eckpunkten der Gesundheitsreform, sondern auch mit dem jüngsten Urteil zur Festsetzung von Festbeträgen. Das Landgericht Düsseldorf stellte in seiner Entscheidung vom 6. Januar 1999 fest, dass das Verfahren zur Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel gegen das europäische Kartellrecht verstieß und stufte sämtliche bisher festgesetzten Festbeträge als unzulässig ein.<sup>245</sup>

Im Bundesministerium sah man wohl die Tragweite des betreffenden Urteils, auch wenn das Ministerium die Rechtsauffassung des Gerichts nicht teilte. Das gesamte Festbetragsystem sei durch das Urteil gefährdet, hieß es. Zumindest bei der Neufestsetzung könnten betroffene Unternehmen die Festbeträge mit guten Erfolgsaussichten anfechten. Jene Festbeträge seien aber das geeignete Instrument, um eine marktwirtschaftliche Preisbildung bei Medikamenten anzuregen. Die Fachbeamten prüften daraufhin, welche Maßnahmen sie der Ministerin empfehlen konnten. Eine Verordnung wurde als rechtlich "wasserdicht" angesehen. Dies bedeutete aber auch eine Kompetenzverlagerung von der Selbstverwaltung auf das Ministerium.<sup>246</sup>

Auch innerhalb der SPD-Fraktion löste das Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 6. Januar 1999 eine Diskussion über die Festbeträge aus. Die Forderung des SPD-Gesundheitsexperten Klaus Kirschner nach staatlich festgelegten Obergrenzen für Arzneien war auf heftige Kritik in der SPD-Bundestagsfraktion gestoßen. Kirschners Äußerungen gäben eine "nicht abgestimmte Einzelmeinung" wieder, hieß es. Die SPD-Fraktion wolle keine staatliche Festsetzung von Medikamentenpreisen, sondern freie Preisverhandlungen zwischen Kassen und Pharma-Herstellern. Dies habe sie in früheren Gesetzesentwürfen zur Gesundheitsreform immer wieder festgelegt. Kirschner hatte in einem Interview der Süddeutschen Zeitung vom 21. Januar 1999 dafür plädiert, das geltende System der sogenannten Festzuschüsse, also der Festlegung von Erstattungsobergrenzen für Arzneien, zu erhalten und die Verantwortung dafür dem Staat zu übertragen. Dieser solle künftig per Rechtsverordnung die Erstattungsgrenzen für Arzneien bestimmen, die de facto Preisobergrenzen seien. Das Bundesgesund-

---

<sup>244</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Papier lässt noch zwei Fragen offen, in: PZ Nr.10 vom 11.03.1999; Koalition entscheidet sich für Positivliste, in: Medikament & Meinung Nr.3 vom März 1999.

<sup>245</sup> Vgl. Landgericht Düsseldorf Az.: 34 O (Kart) 182/98 Q.

<sup>246</sup> Vgl. „Ministerin Fischer muss Arzneimittel-Festbeträge festlegen“, in: FAZ vom 26.01.1999.

heitsministerium erklärte darauf lediglich, dass die Festsetzung der Medikamentenpreise neu zu regeln und die Beratungen noch nicht abgeschlossen seien.<sup>247</sup>

In der Koalition selbst wurde auch über eine Neureglung der Preispolitik im Arzneimittelbereich diskutiert. Sollte im Jahr 2000 im Rahmen der Gesundheitsstrukturreform eine Positivliste eingeführt werden, könnten künftig auch die Arzneimittelpreise frei zwischen Kassen und Herstellern verhandelt werden. Die derzeit geltende Festbetragsregelung wäre dann hinfällig.<sup>248</sup>

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer suchte ebenfalls nach einer neuen Rechtsgrundlage für die Arzneimittel-Festbeträge, nach denen die Krankenkassen die Kosten bestimmter Medikamente entgelten können. Im Gesundheitsministerium wurde erwogen, das Verfahren für die Bestimmung der Festbeträge genauestens im Gesetz vorzuschreiben. So sollte ein fester Marktanteil angegeben und auch die entsprechende Rechtsformel ins Gesetz aufgenommen werden. Die Krankenkassen hätten diesen Plänen zufolge nur als ausführendes Organ zu handeln.

Der Vorsitzende des Bundestagsgesundheitsausschusses, Klaus Kirschner (SPD), hatte von der Gesundheitsministerin gefordert, die Preise künftig per Verordnung festzulegen. Dazu hätte aber der § 35 SGB V in einem langwierigen Gesetzgebungsverfahren geändert werden müssen. Andrea Fischer wollte dieses vermeiden und suchte daher nach einer "eleganteren Lösung". Offenbar wollte sie auf § 213 Abs.3 SGB V zurückgreifen, falls die Kassenverbände die erforderlichen Beschlüsse nicht innerhalb einer vom Gesundheitsministerium gesetzten Frist zustande bekämen. Diese Voraussetzung für eine staatliche Fixierung der Festbeträge konnte in Absprache zwischen dem Ministerium und den Kassenverbänden leicht geschaffen werden. Ministerin Fischer wollte nun noch mit dem Justiz- und Wirtschaftsministerium prüfen, ob dieser Weg, das Problem ohne Gesetzesänderung zu lösen, tatsächlich gangbar sei.<sup>249</sup>

Zum Abschluss gab die Bundesgesundheitsministerin eine Stellungnahme zu dem viel diskutierten Entwurf der neuen Arzneimittelrichtlinien vom 8. Januar 1999 ab. Hierbei stimmte sie dem Entwurf der neuen Arzneimittelrichtlinien am 12. März 1999 grundsätzlich zu, forderte aber noch Klarstellungen. Andrea Fischer begrüßte die neuen Richtlinien und bezeichnete diese als Fortschritt auf dem Weg zu einer Arzneimitteltherapie, die am Wohl der Patienten ausgerichtet sei. Diese Ziele würden auch mit der geplanten Positivliste verfolgt. Fischer ver-

---

<sup>247</sup> Vgl. SPD-Fraktion gegen staatliche Festbeträge, in: SZ vom 22.01.1999.

<sup>248</sup> Vgl. Kassen befürchten hohe Verluste, in: Handelsblatt vom 19.01.1999.

<sup>249</sup> Vgl. Gesundheitsministerium sucht neue Grundlage für Festbeträge, in: Handelsblatt vom 22./23.01.1999; Gesundheitsministerin Andrea Fischer begrüßt Verbesserung durch Arzneimittelrichtlinien, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 17 vom 12.3.1999, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1999/presse99/17.htm>.

langte im Entwurf unter anderem die Präzisierung, dass auch künftig homöopathische Medikamente zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden könnten.<sup>250</sup>

## 5.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion, Dieter Thomae, erklärte zu den Ergebnissen der Klausurtagung der rot-grünen Gesundheitspolitiker, das geplante Globalbudget sei nichts anderes als die verschleierte Fortsetzung der sektoralen Budgetierung. Nach Aussage der Koalitionäre käme es nur noch darauf an, zu entscheiden, ob die Aufteilung auf die einzelnen Leistungsbereiche vertraglich oder durch Gesetzesvorhaben erfolgen sollte. Dass auf Sektoralbudgets "heruntergebrochen" werden sollte, schien hingegen keine Frage mehr zu sein. Der Weg in die Rationierung sei damit vorprogrammiert, so Thomae. Gekoppelt mit teuren Vorhaben wie dem Ausbau der Gesundheitsförderung und dem Abbau der Zuzahlungen durch die GKV ergebe sich, wenn die Beitragssätze wie verkündet nicht steigen sollten, ein noch explosiveres Gemisch. Was nütze es dem Patienten, fragt Thomae, ein paar Mark weniger zuzahlen zu müssen, wenn er im Ernstfall bestimmte Leistungen vollständig zu finanzieren habe.<sup>251</sup> Beim Thema Arznei-Festbeträge sah Dieter Thomae ebenfalls Handlungsbedarf. Die Vorschläge des Gesundheitsministeriums würfen Probleme auf. Daher forderte er ausdrücklich, dass der Wettbewerb unterhalb der Festbeträge nicht behindert werden dürfe.<sup>252</sup>

Ruth Fuchs von der PDS erkannte zumindest an, dass die Bundesregierung den Reformstau im Gesundheitswesen überwinden und die Weichen für eine andere Gesundheitspolitik stellen wolle. Sie kritisierte aber zugleich, dass das vorgesehene Globalbudget offensichtlich als Dauereinrichtung gedacht sei und erklärte, ein Budget könne nur für einen begrenzten Zeitraum sinnvoll und berechtigt sein, und zwar solange, bis vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven eines Gesundheitssystems erschlossen seien. Außerdem fiel es Fuchs auf, dass von einer weiteren Zurückführung der bisher kaum angetasteten Zuzahlungen und Selbstbetei-

<sup>250</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Ministerin erwartet noch einige Präzisierungen, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.

<sup>251</sup> Vgl. Zu den Ergebnissen der Klausurtagung der rot-grünen Gesundheitspolitiker erklärt Dieter Thomae: Rot-grüne Gesundheitspläne gefährden die Versorgung, in: Pressemitteilungen vom 15.01.1999, <http://mdb.liberal.de/fraktion/aktuelles.php?id=25253>.

<sup>252</sup> Vgl. Regierung will Arznei-Festbeträge neu regeln, in: FAZ vom 11.02.1999.

lungen der Patienten so gut wie nicht mehr die Rede sei, ganz zu schweigen von ihrer restlosen Abschaffung.<sup>253</sup>

Die CDU/CSU-Bundestagsfraktion versuchte mit einer neuen Initiative zur Gesundheitsreform die Gesundheitspolitik zu beeinflussen. Auf einer Klausurtagung legten sie die Ziele für ein Gesamtkonzept bis zum Jahre 2001 fest. In dem internen Papier forderten die Autoren das Verbot des Versandhandels von Arzneimitteln sowie die Abschaffung aller Formen einer auf Dauer angelegten Budgetierung. Die Unionspolitiker wollten die von der Regierungskoalition abgeschwächten Zuzahlungen der Versicherten wieder verstärkt als Instrument der Geldbeschaffung für Krankenkassen einsetzen. Sie befürchteten bei weiterer Absenkung dieser Zuzahlungen eine Beitragssteigerung der Krankenkassen.<sup>254</sup>

### 5.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Die Kassen forderten Anfang Januar nun auch patentgeschützte Medikamente in das Festbetragsystem einzubeziehen. "Pseudoinnovative Molekülvariationen", die nach Auffassung der Kassenfunktionäre teuer, aber "ohne therapeutische Vorteile" seien, sollten "ebenfalls einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit erbringen". Dagegen wies der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) darauf hin, dass gezielte Parallelentwicklungen aus Herstellersicht keinen Sinn machten. Gleichwohl werde es immer Parallelentwicklungen geben, da weltweit bis zu 20 Unternehmen eine Indikation gleichzeitig beforschten, erläuterte die Hauptgeschäftsführerin Cornelia Yzer des VFA in Bonn. Dadurch verschärfe sich schon während der Entwicklungszeit der Wettbewerb, was Innovationen und damit auch den therapeutischen Fortschritt beschleunige. Zudem verstärke die Markteinführung strukturell verwandter Stoffe den Preiswettbewerb bereits bei patentgeschützten Präparaten. In der Regel lägen die Tagesdosiskosten der Parallelentwicklung unter denen des Erstanbieters. Das dadurch bewirkte Einsparvolumen zugunsten der Krankenkassen bezifferte Yzer alleine bei ACE-Hemmern im Referenzjahr 1994 auf rund 400 Millionen DM.<sup>255</sup>

Das Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 6. Januar 1999 zur Festbetragsfestsetzung für Arzneimittel führte zu kontroversen Reaktionen bei den halbstaatlichen und privaten Akteuren im Arzneimittelwesen. Diesem Urteil kam nach Auffassung des Bundesfachverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH) weitreichen-

<sup>253</sup> Vgl. Ruth Fuchs: Ja und Aber zur Strukturreform, in: PDS-Pressemitteilungen vom 25.02.1999, <http://www.2pds-online>.

<sup>254</sup> Vgl. Unionspapier setzt erneut Signale für Gesundheitsreform, in: PZ Nr. 12 vom 25.03.1999.

<sup>255</sup> Vgl. Kritik am Absolutheitsanspruch des Reports, in: ÄZ vom 07.01.1999.

de Bedeutung zu, da das Landgericht Düsseldorf sämtliche bisher festgesetzten Festbeträge als unzulässig eingestuft hatte. Der Verband forderte den Gesetzgeber auf, das Festbetragsverfahren zu ändern und die Industrie an einem neuen Verfahren zu beteiligen.<sup>256</sup>

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen hingegen forderten Andrea Fischer auf, das System der Festbeträge für Arzneimittel zu retten. Sie befürchteten, dass nach dem jüngsten Urteil des Landgerichts Düsseldorf die gesamten durch Festbeträge erzielten Einsparungen von 3 Milliarden DM auf dem Spiel stünden. Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen (BKK), Wolfgang Schmeinck, sprach von einer ernsten Lage. Schmeinck forderte die Gesundheitsministerin auf, eine neue Rechtsgrundlage für die Festbetragsregelung zu schaffen, um zu verhindern, dass dieses Instrumentarium durch weitere Gerichtsverfahren ausgehöhlt werde.<sup>257</sup> Er schlug vor, die Bundesregierung solle die Festbeträge in einer Rechtsverordnung festlegen. Die Chancen der Spitzenverbände, ohne Tätigwerden des Ministeriums oder des Gesetzgebers die erwartenden Einsparungen zu erzielen, bezeichnete Schmeinck als aussichtslos. Nach dem Vorschaltgesetz sollten die Festbeträge im unteren Drittel der Preisspanne für die jeweiligen Gruppen liegen. Es müsse jetzt schnell die entsprechende Rechtsgrundlage geschaffen werden, damit auf dem Verordnungsweg Festbeträge erlassen werden können, so Schmeinck.<sup>258</sup> Zusätzlich forderte der Bundesvorstand der Betriebskrankenkassen das Bundesgesundheitsministerium auf, das Sozialgesetzbuch derart zu ändern, dass das Ministerium selbst durch Rechtsverordnung die Festbeträge erlassen könne. Das entspreche einer staatlichen Preisfestsetzung für Arzneimittel, wie sie in fast allen europäischen Ländern üblich sei.<sup>259</sup>

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) beschäftigte sich stattdessen mit dem Arzneimittelbudget. KBV-Hauptgeschäftsführer Rainer Hess kündigte an, Ärzten, die bereit seien gegen das Arznei- und Heilmittelbudget zu klagen, Rechtshilfe zu geben. Denn da die KBV eine öffentlich-rechtliche Körperschaft sei, könne sie ihrerseits keine Verfassungsbeschwerde einlegen. Hess hielt allerdings das Budget für verfassungsrechtlich bedenklich, weil es sich nicht an der wirtschaftlichen Verordnung durch Kassenärzte orientiere. Erst auf den Arzt bezogene Verordnungsdaten können dem Mediziner einen Überblick verschaffen, wie er das Budget einhalten könne. Diese Daten würden den KVen aber vorent-

<sup>256</sup> Vgl. Die Krankenkassen müssen die Festbeträge für Arzneimittel aufheben, in: FAZ vom 08.01.1999.

<sup>257</sup> Vgl. Gesundheitsministerin sucht neue Grundlage für Festbeträge, in: Handelsblatt vom 22./23.01.1999.

<sup>258</sup> Vgl. "Ministerin Fischer muss Arzneimittel-Festbeträge festlegen", in: FAZ vom 26.01.1999.

<sup>259</sup> Vgl. Kassen befürchten hohe Verluste, in: Handelsblatt vom 19.01.1999.



halten. Nach Ansicht der KBV sei es nicht rechtlich haltbar, dass eine Budgetüberschreitung zu Abzügen bei der ärztlichen Gesamtvergütung führen könne.<sup>260</sup> Der Hartmannbund kündigte am 6. Januar 1999 eine Mobilisierung von Ärzten, Vertretern anderer Gesundheitsberufe und Patienten gegen das am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Vorschaltgesetz an.<sup>261</sup> Auf Plakaten und Handzetteln für Praxen sowie in Diskussionsveranstaltungen wollte der Verband über die Folgen der Budgetierung informieren. Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Hans-Jürgen Thomas, erklärte sich gegen die gesetzlichen Budgetierungsregelungen, insbesondere der Arznei- und Heilmittelausgaben. Thomas äußerte lakonisch, "Krankheit lasse sich nicht budgetieren". Die Ärzte würden als Rückversicherer der Krankenkassen missbraucht, weil ihnen das Morbiditätsrisiko aufgebürdet werde. Denn bei einer Überschreitung der Medikamentenbudgets verringere sich die ärztliche Vergütung. Unter einem Globalbudget, wie es die Regierung für die Strukturreform angekündigt habe, werde sich der schleichende Qualitätsverlust in der ambulanten Versorgung beschleunigen.<sup>262</sup> Das Arzneimittelbudget müsse nach Einschätzung des Hartmannbundes mindestens 4% höher ausfallen als die Ausgaben der GKV für Medikamente im Jahre 1997. Dies sei erforderlich, um auch innovative Präparate einsetzen zu können. Der Bundesregierung warf Hans-Jürgen Thomas vor, mit ihrer Gesundheitspolitik koppele sie Patienten vom therapeutischen Fortschritt ab, nehme Qualitätseinbußen in Kauf und gefährde hunderttausend Arbeitsplätze im Gesundheitswesen.<sup>263</sup> Währenddessen bezog die Mehrzahl der Repräsentanten der Ärzte Stellung zu den Eckpunkten der Bundesregierung, die im Januar 1999 bekannt geworden waren. So legte z.B. die Bundesärztekammer ein Positionspapier zur Gesundheitsreform vor, in welchem es hieß, dass der Einführung einer Positivliste zugestimmt werden könne. Bei der genannten Neuordnung des Arzneimittelmarktes kritisierte sie jedoch das Arzneimittelbudget. Gefordert wurde hier aber vor allem die Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Arzneien.<sup>264</sup> Auch die Bundesärztekammer trat dafür ein, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens sich nach dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung richten müsse. Eine starre Begrenzung der Mittel stehe dem allerdings entgegen. Zu knapp bemessene Budgets zwingen den Arzt dazu, dem Patienten medizinisch notwendige Maßnahmen zu verweigern. Budgets, die bei Medikamenten die Verordnung von Leistungen mit dem Arzteinkommen verknüpfen, bezeichnete die Ärztekammer als "ethisch und ord-

<sup>260</sup> Vgl. Ärzte erwägen Verfassungsklage, in: FAZ vom 04.02.1999.

<sup>261</sup> Vgl. Gesundheitspolitik soll Kanzlersache werden, weil Arbeitsplätze bedroht sind, in: ÄZ vom 07.01.1999.

<sup>262</sup> Vgl. Ärzte kündigen weitere Proteste an, in: FAZ vom 07.01.1999.

<sup>263</sup> Vgl. Gesundheitspolitik soll Kanzlersache werden, weil Arbeitsplätze bedroht sind, in: ÄZ vom 07.01.1999.

<sup>264</sup> Vgl. Leitlinien statt Budget gefordert, in: Medikament & Meinung Nr. 1, Januar 1999.

nungspolitisch nicht akzeptabel". Die Kammer wandte sich gegen ein einnahmeorientiertes Globalbudget. Das Morbiditätsrisiko dürfe nicht bei den Ärzten liegen, sondern müsse von den Krankenversicherungen übernommen werden. Die Ärzteschaft stellte einer globalen Budgetierung, wie sie die Bundesregierung plante, einen eigenen Vorschlag entgegen. Krankenkassen und Leistungserbringer sollten unter Mitwirkung der Politik ein finanzielles Gesamtvolumen für das Gesundheitswesen einschließlich seiner Aufbringung vereinbaren. Im Papier hieß es: „Das notwendige Finanzvolumen muss epidemiologisch begründet, demographisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein.“<sup>265</sup>

Obgleich die gesundheitspolitischen Ziele der Bundesregierung im Januar 1999 noch nicht endgültig formuliert waren, erwartete die Pharmabranche eindeutige Weichenstellungen und einen weitreichenden Paradigmenwechsel. Mit drastischen Einschnitten in den Arzneimittelmarkt rechnete der BAH aufgrund der geplanten Gesundheitsreform 2000. Mark Seidschek, BAH- Hauptgeschäftsführer, sagte, dass der Ausgestaltung der angekündigten Positivliste eine Schlüsselrolle zukommen werde.<sup>266</sup>

Infolge des neusten Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 8. Januar 1999 zu den Arzneimittelrichtlinien herrschte ein Dissens zwischen den Akteuren im Arzneimittelwesen. Der BPI forderte Andrea Fischer auf, die neuen Arzneimittelrichtlinien nicht zu genehmigen und machte darauf aufmerksam, dass die Richtlinien die Stellung der Hausärzte schwäche, weil gerade sie die gestrichenen Medikamente benötigten. Die Stärkung der Hausärzte sei doch aber politisches Ziel der Bundesregierung. Zudem befürchtete die pharmazeutische Industrie Umsatzeinbußen von 6%. Zwar sei nahezu jedes Unternehmen betroffen, doch vor allem die Mittelständler müssten erhebliche Umsatzeinbußen hinnehmen, so ein Sprecher des BPI, denn je kleiner die Produktpalette einer Firma sei, um so schwerer treffe es sie, wenn eines ihrer Mittel nicht mehr verschrieben werden dürfe. Auch einige Ärzteverbände wie die KBV, Selbsthilfegruppen und Patientenverbände lehnten die Richtlinien ab, da sie die Therapiefreiheit der Ärzte einschränkten.<sup>267</sup> Im Gegensatz dazu sagte der erste Vorsitzende der Kassenärztliche Vereinigung (KV) Hessen, Jürgen Bausch, im Namen der ärztlichen Vertreter im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, die Ärzte benötigen einen Kompass, um sich auf dem nicht mehr überschaubaren Arzneimittelmarkt zurechtzufinden. Die Richtlinien seien eine Hilfe,

---

<sup>265</sup> Vgl. Bundesärztekammer befürwortet Ausdehnung der Beitragspflicht, in: FAZ vom 16.01.1999.

<sup>266</sup> Vgl. Reform zwingt Pharmabranche zu neuen Marktstrategien, in: SZ vom 23./24.01.1999.

<sup>267</sup> Vgl. Kassen hoffen auf Einsparungen in Milliardenhöhe, in: Handelsblatt vom 11.01.1999.

um mit den neu erlassenen Budgets besser umgehen zu können. Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der BKK, Wolfgang Schmeinck, lobte ebenfalls die Richtlinien als konkret und übersichtlich. Sie würden deshalb mehr Beachtung finden als die bisherigen, könnten allerdings eine gesetzliche Positivliste der verordnungsfähigen Medikamente nicht ersetzen. Dieser Einschätzung schloss sich auch der Bundesausschuss insgesamt an. Der Bundesausschussvorsitzende Karl Jung sagte zu den neuen Arzneimittelrichtlinien, die Positivliste sei notwendig, um medizinisch fragwürdige Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Kassen auszuschließen. Von 50.000 verordnungsfähigen Mitteln seien 20.000 nie auf ihre Wirksamkeit geprüft worden. Der Ausschluss eines Präparates durch die Richtlinien habe nach Angaben Jungs die gleiche Verbindlichkeit wie eine Nichtberücksichtigung auf einer Positivliste. Während der Bundesausschuss sich aber darauf beschränken müsse, das gesetzliche Wirtschaftlichkeitsgebot zu konkretisieren, sei der Gesetzgeber in seiner Begründung frei. Der Bundesausschuss äußerte die Erwartung, dass mit der angekündigten Strukturreform der GKV eine Positivliste verwirklicht werde.

Der BAH forderte Andrea Fischer auf, zu prüfen, ob der Bundesausschuss seine Kompetenzen nicht überschritten habe. Es dürfe nicht dazu kommen, dass konkurrierende Arzneimittellisten aufgestellt würden.<sup>268</sup> Der BPI sprach von einer "Ausdünnung des Leistungskatalogs" und forderte die Gesundheitsministerin auf, die Genehmigung zu versagen.<sup>269</sup> Der VFA sah innovationshemmende Akzente in den neuen Richtlinien. So würden beispielsweise Heilversuche auf den individuellen Einzelfall beschränkt und künftig von der Zustimmung durch die Krankenkassen abhängig gemacht. Die Aktionsgemeinschaft "Pro Therapiefreiheit" forderte Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer auf, dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen "auf die Finger zu schauen". Die Aktionsgemeinschaft befürchtete, dass die voraussichtlich am 1. April 1999 in Kraft tretenden neuen Richtlinien, mittels neuer Verordnungsbeschlüsse insbesondere zu Lasten alter, sozial schwacher und chronisch kranker Menschen gingen. Die Aktionsgemeinschaft bat die Bundesgesundheitsministerin um eine möglichst rasche öffentliche Stellungnahme.<sup>270</sup> Aus der Sicht des Hartmannbundes waren die neuen Richtlinien allein von wirtschaftlichen Erwägungen geprägt, medizinische Erfordernisse und die bedarfsgerechte Versorgung der Patienten blieben hingegen auf der Strecke. Gerade in der Basisversorgung hätten die von Verordnungseinschränkungen betroffenen topischen Venen- und Rheumamittel eine

<sup>268</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien bringen Einschränkungen, in: FAZ vom 9.01.1999.

<sup>269</sup> Vgl. Vor allem für Hausärzte werden Probleme gesehen, in: ÄZ vom 12.01.1999.

<sup>270</sup> Vgl. Aktionsgruppe appelliert an Fischer, in: ÄZ vom 11.01.1999.

therapeutische Berechtigung. Insofern seien die Richtlinien ein Angriff auf die im Interesse der Patienten dringend notwendige Therapiefreiheit des Arztes.

Als "hausarztfeindlich" bezeichnete der Berufsverband der Allgemeinärzte die neuen Richtlinien. Sie schränkten die Therapiemöglichkeiten der Hausärzte ein und belasteten die Praxen erneut mit bürokratischem Aufwand. Und der Regressdruck werde schon allein durch die Tatsache steigen, dass mit höheren Arzneimittelausgaben durch den Wegfall vieler preisgünstiger Medikamente zu rechnen sei.<sup>271</sup>

Nachdem die „Eckpunkte zur Gesundheitsreform 2000“ bekannt geworden waren, formierte sich in Bonn erneut eine Ablehnungsfront gegen die Bundesregierung. Die Leistungsanbieter begannen einen verbalen Kampf gegen die Beschlüsse der Koalitionsregierung vom 2. März 1999 zu führen, der in dieser Form selten war. Vor allem die Beschlüsse zur Positivliste hatten die gesamte Pharmaindustrie getroffen. Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) bezeichnete die Regelungen als "erstaunlich einfallslos". Wer die Illusion wecke, eine Positivliste löse die finanziellen Probleme der Krankenversicherung, der täusche die Wähler. Gerade die Positivliste sei 1993 von Seehofer aus der Gesundheitsstrukturreform zurückgezogen worden, weil sie erhebliche methodische und medizinische Fehler aufwies. Der Verband zeigte sich erstaunt darüber, dass solche Anleihen bei der alten Bundesregierung gemacht wurden. Ähnlich äußerten sich auch die übrigen Pharmaverbände. Dabei befürchtete der VFA vor allem neue Innovationshürden. Auf völliges Unverständnis stieß bei allen die Absicht der Bundesregierung, Re-Importe wieder zu fördern. Der Verband aktiver Pharmaunternehmen, ein Generikaverband, sah in der Einführung von Positivlisten keine Einsparmöglichkeiten. Sinnvoller wäre eine Förderung der Generika, mit denen seiner Ansicht nach rund drei Milliarden DM jährlich einzusparen wären. Viel massiver in der Wortwahl gingen die anderen Verbände vor. Der Ärzteverband NAV-Virchowbund sagte kurz und knapp: „Die Reform ist ein Sammelsurium der Willkür.“<sup>272</sup> Für den Ärzteverband Hartmannbund waren die geplanten Reformen Grund genug, eine bundesweite Plakataktion zu starten. Unter dem Motto "Rationierung im Gesundheitswesen - das geht auf Ihre Knochen" wollte der Hartmannbund auf Plakaten und Handzetteln für Wartezimmer sowie in Protestbriefen vor dem Vorhaben warnen.<sup>273</sup> Bereits Anfang Januar hatte der Hartmannbund eine Mobilisierung von Ärzten gegen das am 1. Januar in Kraft

---

<sup>271</sup> Vgl. Vor allem für Hausärzte werden Probleme gesehen, in: ÄZ vom 12.01.1999.

<sup>272</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Eckpunkte, Sammelsurium der Willkür und Wählertäuschung, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

<sup>273</sup> Vgl. Hartmannbund startet Protestaktion, in: ÄZ vom 04.03.1999.

getretene Vorschaltgesetz angekündigt, und diese wollten auch weiterhin ihren Protest gegen die Arzneimittelpolitik der Bundesregierung demonstrieren.

Dagegen ging den Krankenkassen die Reform nicht weit genug.<sup>274</sup> Im Hinblick auf die Positivliste empfahl Jörg Hoffmann, Vorstandsvorsitzender des Landesverbandes der BKK in Nordrhein-Westfalen, die Einführung einer solchen zu verzichten und statt dessen die Zuzahlungsregelungen zu modifizieren. Er betrachtete die Positivliste kritisch, denn sie könne keine indikationsgerechte und wirtschaftliche Anwendung der Arzneimittel gewährleisten, so Hoffmann.<sup>275</sup> Auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) kritisierte, das Koalitionskonzept sei bei weitem nicht ausreichend, da es lediglich eine Stabilisierung der Kassenbeitragssätze anstrebe. Auch warnte die ABDA ihrerseits vor den Folgen einer Positivliste im Rahmen der Gesundheitsreform. ABDA-Präsident Friese erklärte, dass nach der Marktzulassung der Arzneimittel durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die kassenärztliche Verordnung bereits in den Arzneimittelrichtlinien und den Negativlisten geregelt sei, und sich daher ernsthafte Zweifel ergäben, ob durch eine Positivliste wirklich, wie von der Bundesgesundheitsministerin vermutet, eine Qualitätsverbesserung in der Arzneimittelversorgung erreicht werden könne. Nach Auffassung der Apotheker war nicht die Beseitigung der Arzneimittelvielfalt, sondern der sachgerechte Umgang mit dieser von entscheidender Bedeutung. Friese wies auch darauf hin, dass neue und innovative Arzneimittel in der GKV erst später als in anderen Ländern zum Einsatz kommen könnten.<sup>276</sup>

#### **5.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Die Entscheidung des Landgerichts Düsseldorf vom 6. Januar 1999, die erneut Bewegung in den Arzneimittelmarkt brachte, ließ Gesundheitsministerin Andrea Fischer zunächst unkommentiert.

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse legten eine neue Preisliste für Arzneimittel vor, die von April 1999 an gelten sollte.<sup>277</sup> Um die damit verbundenen 550 Millionen DM Einsparungen jährlich nicht aufs Spiel zu setzen, baten die Spitzenverbände die Ministerin, die neuen Festbeträge durch Ersatzvornahme festzusetzen, einer Möglichkeit, die das Gesetz im Falle des Nichtzustandekommens einer Entscheidung der Spitzenverbände vorsah. Als Dauerlösung kam

<sup>274</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Eckpunkte, Sammelsurium der Willkür und Wählertäuschung, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

<sup>275</sup> Vgl. BKK-Chef Hoffmann sieht Positivliste kritisch, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

<sup>276</sup> Vgl. ABDA warnt vor Folgen der Positivliste, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

<sup>277</sup> Vgl. Hujer, Marc: „Der Staat muss die Arztpreise festlegen“, in: SZ vom 21.01.1999.

dieser Weg für die Krankenkassen allerdings nicht in Betracht. Ihrer Ansicht nach sollte so schnell wie möglich eine Rechtsgrundlage geschaffen werden, damit auf dem Verordnungsweg Festbeträge erlassen werden konnten<sup>278</sup>. Die rot-grüne Bundesregierung hatte die Festbeträge Ende 1998 in ihrem Vorschaltgesetz neu geregelt und die Kassen bestanden folglich nur auf der entsprechenden Ausführung dieser neuen Regelung.

Mit der Hessenwahl am 7. Februar 1999 hatte die SPD ihre Mehrheit im Bundesrat verloren. Um im Bundesrat mitbestimmen zu können, braucht eine Partei mindestens 35 Stimmen, eine Mehrheit die aber weder die SPD noch die CDU hatte.<sup>279</sup> Für Andrea Fischer bedeutet dieses Ergebnis, dass zukünftige Gesetzesvorhaben eventuell nicht mehr vom Bundesrat verabschiedet würde.

Nach der Landtagswahl in Hessen beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 8. Januar 1999 die neuen Arzneimittelrichtlinien.<sup>280</sup> Die Botschaft kam für viele Akteure als Schreckensnachricht abends per Fernseher in die Wohnzimmer. Voraussichtlich ab dem 1. April 1999 mussten sich nun die Vertragsärzte an schärfer formulierte Arzneimittelrichtlinien halten. Verordnungseinschränkungen gab es für bedeutende Krankheitsbilder wie Diabetes, Fettstoffwechselstörungen, Demenz oder auch benigne Prostata-Hyperplasie. Rund eine Milliarde DM, so hieß es, wolle der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit den nun beschlossenen neuen Arzneimittelrichtlinien einsparen.<sup>281</sup> In der Neufassung der Arzneimittelrichtlinien wurden insgesamt 22 neue Arzneimittelgruppen genannt, die nicht oder nur noch eingeschränkt auf Rezept verordnet werden durften.<sup>282</sup> Die bislang schon geltenden Negativlisten, mit denen Arzneien gegen geringfügige Gesundheitsstörungen oder allgemein unwirtschaftliche Arzneimittel gesetzlich seit langem ausgeschlossen waren, wurden in den Richtlinien der Vollständigkeit halber noch einmal aufgenommen. Der Bundesausschuss präzierte das sozialrechtliche Wirtschaftlichkeitsgebot. Unwirtschaftlich war danach die Verordnung von Arzneien, die nicht der Behandlung von Krankheiten dienten, zum Beispiel im Rahmen der Primärprävention, oder solchen, bei denen das Behandlungsziel mit anderen Arzneien medizinisch zweckmäßiger und/oder kostengünstiger zu erreichen sei. Weiterhin waren jene Verordnungen unwirtschaftlich, bei denen das Behandlungsziel mit nichtmedikamentösen Maßnahmen medizinisch zweckmäßiger und/oder kostengünstiger zu erreichen sei, und bei denen anstelle von fixen Wirkstoffkombinationen das Be-

---

<sup>278</sup> Vgl. „Ministerin Fischer muss Arzneimittel-Festbeträge festlegen“, in: FAZ vom 26.01.1999.

<sup>279</sup> Vgl. Hujer, Marc: Im Bundesrat muss es stets die absolute Mehrheit sein, in: SZ vom 09.02.1999.

<sup>280</sup> Vgl. Neue Arzneimittelrichtlinien bringen Einschränkungen, in: FAZ vom 09.01.1999.

<sup>281</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Arznei-Richtlinien: Höhere Anforderungen an eine wirksame und wirtschaftliche Therapie, in: ÄZ vom 11.01.1999.

<sup>282</sup> Vgl. Kassen hoffen auf Einsparungen in Milliardenhöhe, in: Handelsblatt vom 11.01.1999.

handlungsziel mit therapeutisch gleichwertigen Monopräparaten medizinisch zweckmäßiger und/oder kostengünstiger zu erreichen sei.<sup>283</sup> Die Nachricht von den neuen Arzneimittelrichtlinien bewirkte, angesichts der vielen Stellungnahmen, sehr viel Unruhe bei den Akteuren im Gesundheitswesen.

Anfang Februar 1999 reagierte Andrea Fischer dann doch auf das Urteil des Landgerichts Düsseldorf, nachdem es diesbezüglich bereits viele Diskussionen in der SPD gegeben hatte. Die Gesundheitsministerin Fischer hatte alle Eventualitäten eruiert und wollte das deutsche Arzneipreissystem stärker als bisher regulieren. Die Pläne der Ministerin sahen konkret vier Einzelpunkte vor:

- Zunächst sollte im Gesetz ein fester Marktanteil angegeben werden, der für die Berechnung der Festbeträge maßgeblich war.
- Außerdem war vorgesehen, dass die Rechenformel, mit der die Festbeträge ermittelt werden, ebenfalls ins Gesetz aufgenommen wurde.
- Drittens sollte das Bundesgesundheitsministerium ein Beanstandungsrecht eingeräumt werden.
- Als vierte und letzte Neuerung sollte im Gesetz klargestellt werden, dass für die Festbetragsregelung nicht die Verwaltungsgerichte, sondern die Sozialgerichte zuständig sein sollten. Damit sollten unliebsame Entscheidungen, wie der des Landgerichts Düsseldorf, vorgegriffen werden. Die Neuregelung sollte als gesondertes Gesetz eingebracht werden und zustimmungspflichtig sein.<sup>284</sup>

Mit den ersten beiden Maßnahmen sollte demonstriert werden, dass die Krankenkassen nur als ausführendes Organ und nicht gestalterisch tätig waren, wenn es um Arzneifestbeträge ging. Damit sollte der Vorwurf des Gerichts zunichte gemacht werden, hier handle ein Monopol und dies verstoße gegen das Kartellrecht.

Da auch noch zum 1. April 1999 aufgrund der verabschiedeten Gesundheitsgesetze eine allgemeine Senkung der Festbeträge anstand, musste mit zahlreichen Folgeklagen gerechnet werden. Die Krankenkassen forderten Ministerin Fischer deshalb zu schnellem Handeln auf. Aus eigener Sicht hatte Fischer nur zwei Möglichkeiten: eine provisorische und eine langfristige. Die provisorische hätte darin bestanden, die Spitzenverbände der Krankenkassen erklären zu lassen, sie könnten sich auf keine Festbeträge einigen, denn dann hätte sie den Notparagrafen<sup>285</sup> in Anspruch nehmen und zusammen mit dem Wirtschaftsminister per Ersatzvornahme die Festbeträge eigenhändig festsetzen können. Eine Ge-

<sup>283</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Arznei-Richtlinien: Höhere Anforderungen an eine wirksame und wirtschaftliche Therapie, in: ÄZ vom 11.01.1999.

<sup>284</sup> Vgl. Gesundheitsministerin will deutsche Arzneipreise stärker regulieren, in: SZ vom 10.02.1999.

<sup>285</sup> Siehe § 35a SGB V, in: Sozialgesetzbuch Beck-Texte im dtv, 28. Aufl., Stand: 03.12.2001.

setzesänderung wäre nicht nötig gewesen. Wohl aber bei der zweiten, langfristig tragbaren Lösung. Hierbei hätte Fischer das Gesetz dahingehend ändern müssen, dass die Festbeträge nicht von den Krankenkassen, sondern vom Bundesgesundheitsministerium per Rechtsverordnung festgelegt werden. Das war der Gesundheitsministerin wohl zu heikel, zumal dies letzten Endes zu staatlich festgelegten Arzneipreisen geführt hätte. Der Vorschlag von SPD-Fraktionsvize Rudolf Dreßler, das Festbetragssystem durch Preisverhandlungen zu ersetzen, wurde im Ministerium ebenfalls als nicht zielführend erachtet.<sup>286</sup>

Dreßler hatte die vom Gesundheitsministerium geplante Neuregelung des Arzneipreissystems als "Übergangslösung für ein gutes halbes Jahr" bezeichnet. Er kommentierte, es sei zwar richtig, dass das Ministerium etwas unternehme, um das System im Jahr 1999 nicht zusammenbrechen zu lassen, plädierte aber persönlich dafür, mit der großen Gesundheitsreform im Jahr 2000 einen kompletten Systemwechsel bei den Arzneipreisen zu vollziehen. Dann müsse, so Dreßler, das geltende Festbetragssystem durch ein "marktwirtschaftliches Modell" abgelöst werden, das so ausgestaltet zu sein habe, dass die Arzneipreise nicht mehr wie bisher über eine statistische Rechenformel de facto begrenzt, sondern über Preisverhandlungen zwischen Krankenkassen und Pharmaunternehmen ermittelt werden können. Dreßler wörtlich: „Das Festbetragssystem ist blanker Dirigismus. Das hat mit Markt überhaupt nichts zu tun, in einer Wettbewerbsgesellschaft sind Preisverhandlungen normal.“ Der SPD-Sozialexperte Rudolf Dreßler hoffte, damit in Deutschland wieder ein wettbewerbsrechtlich einwandfreies Arzneipreissystem etablieren zu können.

Das Gesundheitsministerium war allerdings skeptisch, ob mit freien Preisverhandlungen das kartellrechtliche Problem, das durch das Landgericht Düsseldorf aufgeworfen wurde, gelöst werden könne. Schließlich standen sich bei Preisverhandlungen zwei Monopole gegenüber: das der Spitzenverbände der Krankenkassen und das der Pharmaunternehmen. Auch diese Tatsache konnte kartellrechtlich problematisch werden. Dreßler wies diesen Einwand zurück und erklärte, wenn es wegen der Preisverhandlungen kartellrechtliche Probleme gebe, dann müsse der Staat die ausgehandelten Preise eben gegenzeichnen. Das Bundesgesundheitsministerium blieb jedoch zunächst dabei, dass das Festbetragssystem juristisch abgesichert werden sollte, indem das Verfahren bis auf Einzelheiten wie Marktanteile und Rechenformel komplett per Gesetz vorgegeschrieben werde. Dies war bisher nicht der Fall gewesen und diente im Endeffekt nur dem Ziel, den Spitzenverbänden der Krankenkassen praktisch jeglichen Er-

---

<sup>286</sup> Vgl. Gesundheitsministerin will deutsche Arzneipreise stärker regulieren, in: SZ vom 10.02.1999.



messensspielraum bei der Bestimmung der Festbeträge zu nehmen und somit das Argument des Landgerichts Düsseldorf, hier handele ein Monopolist, hinfällig zu machen.<sup>287</sup>

Unterdessen hatte die rot-grüne Koalition sich Mitte Januar auf mehrere Eckpunkte einer Strukturreform im Gesundheitswesen geeinigt. Vorgesehen war, den Arzneimittelmarkt völlig neu zu ordnen. Demnach sollten Krankenkassen ein Globalbudget für ihre Ausgaben erhalten. Bemessungsgrundlage würde die Entwicklung der Grundlohnsumme oder aber das Bruttoinlandsprodukt sein.<sup>288</sup> Vom Jahr 2000 an sollten die sektoralen Budgets durch ein Globalbudget abgelöst werden. Das bedeutete, die Politik wiese nur dem gesamten System Geld zu, weitere Verteilungen oblägen den Kassen, Ärzten und Kliniken selbst. Noch konnte Andrea Fischer bei den sektoralen Budgets bestimmen, wie viel Geld jeder einzelne Sektor pro Jahr verbrauchen durfte. Entscheidend war nun, wer die Verantwortung für das Budget trug. Auch hier gab es innerhalb der Koalition noch Unstimmigkeiten.<sup>289</sup> Die SPD hatte vier Globalbudgets für die vier Kassenarten (Orts-, Betriebs-, Innungs- und Ersatzkrankenkassen) gefordert, was im Ministerium nicht auf Zustimmung stieß, da dies die Trennung des ambulanten vom stationären Bereich behinderte. Denn Andrea Fischer wiederum wollte die Budgets für die ambulante Versorgung, also die Arznei- und Honorarbudgets der Kassenärzte, beibehalten.<sup>290</sup>

Seitens der SPD war zusätzlich eine Dreiteilung des Arzneimittelmarktes vorgesehen, was bedeutet hätte, dass notwendige Arzneien voll, wichtige teilweise, mit Eigenzuzahlungen erstattet und alle anderen gar nicht erstattet worden wären.<sup>291</sup> Am 18. und 19. Februar 1999 fand dann endlich die erste Klausurtagung der Gesundheitspolitiker beider Koalitionsfraktionen einschließlich der Ministerin Andrea Fischer statt. Geeinigt hatte man sich zunächst darauf, dass der Arzneimittelmarkt geändert werden solle. Dazu zählten auch die schon seit langem geplante Positivliste sowie die Gründung eines Arzneimittelinstituts, dessen Aufgabe darin bestehe, die Positivliste fachlich zu begleiten. Konkrete Festlegungen gab es noch nicht und das Thema Festbeträge wurde auf einen späteren Zeitpunkt verschoben.<sup>292</sup> Daher musste ein weiterer Termin angesetzt werden, um die noch ungeklärten Inhalte der geplanten Gesundheitsreform zu beraten. Eine weitere Klausurtagung musste unbedingt in den darauffolgenden Wochen stattfinden,

---

<sup>287</sup> Vgl. Dreßler: Arzneipreise marktwirtschaftlich ermitteln, in: SZ vom 11.02.1999.

<sup>288</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Auf niedergelassene Ärzte kommen massive Umwälzungen zu, in: ÄZ vom 18.01.1999.

<sup>289</sup> Vgl. Hujer, Marc: Interpretationen und Streitpunkte, in: SZ vom 12.02.1999.

<sup>290</sup> Vgl. Graupner, Heidrun: Gut gemeint ist das Gegenteil von gut, in: SZ vom 19.02.1999.

<sup>291</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Auf niedergelassene Ärzte kommen massive Umwälzungen zu, in: ÄZ vom 18.01.1999.

<sup>292</sup> Vgl. Die lange Liste der noch nicht geklärten Fragen, in: ÄZ vom 22.02.1999.

wenn die Gesundheitsreform 2000 rechtzeitig zum Jahresende Gesetz werden sollte.

Bereits in der ersten Klausurtagung hatte es vor allem unter den SPD-Gesundheitspolitikern harte Auseinandersetzungen gegeben; woran dann auch präzisere Detailregelungen trotz einzelner Grundsatzentscheidungen gescheitert waren. Bundesgesundheitsministerin Fischer hielt sich aus diesem Streit heraus, verwies allerdings darauf, dass ihr „Eckpunktepapier für eine Gesundheitsreform“ bereits mit Bundeskanzler Schröder abgestimmt worden sei und versuchte somit Druck auf jene SPD-Abgeordneten auszuüben, die andere Vorstellungen zur Reform hatten.<sup>293</sup>

Ebenfalls im Februar 1999 sprach sich erstmals der Bundesrat für eine interventionistische Politik auf dem Arzneimittelmarkt aus und plädierte für eine Positivliste, die Förderung von Parallelimporten sowie eine beschleunigte Zulassung von Generika. Darüber hinaus, hieß es, müsse sichergestellt werden, dass sich "baldmöglichst nur noch Arzneimittel mit nachgewiesener therapeutischer Wirksamkeit" auf dem deutschen Arzneimittelmarkt befänden. Weiter sprach sich der Bundesrat für eine Prüfung aus, ob direkte Preisverhandlungen zwischen Industrie und Kassen "marktgerechte Arzneimittelpreise fördern könne". Anlass der Stellungnahme war eine Mitteilung der Europäischen Kommission zur Entwicklung des Binnenmarktes für Arzneimittel in der Europäischen Union.<sup>294</sup>

Schon seit einiger Zeit rätselten die meisten Organisationen im Gesundheitswesen, wer zum internen Beraterzirkel der Gesundheitsministerin gehören könne. Vor allem einige der GKV-Spitzenverbände waren irritiert, da sie es gewohnt waren, bei allen bisherigen Reformen maßgeblichen Einfluss auf die Ziele auszuüben. Die Krankenkassen wollten bereits im Dezember vergangenen Jahres ein Gespräch mit der Ministerin führen, ihr schriftlich eingereicherter Wunsch wurde aber viele Wochen nicht bearbeitet, da er angeblich verschwunden war. Die Krankenkassen hatten immer aktiv kooperiert, wenn es galt, zusammen mit dem Bundesgesundheitsministerium die Gesundheits-Reformgesetze vorzubereiten. Dies war nun nicht mehr der Fall, denn in Vorfeld einer politischen Festlegung wollte Andrea Fischer mit keinem der Beteiligten im Gesundheitswesen sprechen.<sup>295</sup> Es stellte sich aber heraus, dass die Ministerin von einem internen Zirkel beraten wurde, auf den Organisationen und Verbände im Gesundheitswesen keinen direkten beeinflussbaren Zugriff hatten. Fischer hatte Kontakte zu der

---

<sup>293</sup> Vgl. Bonn möchte die Hausärzte stärken, weiß aber nicht, wie man das macht, in: ÄZ vom 22.02.1999.

<sup>294</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Bundesrat für Positivliste und Parallelimporte, in: PZ Nr. 6 vom 11.02.1999.

<sup>295</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Andrea Fischers grüne Ideenschmiede für die Gesundheitsreform ist eine Hamburger Consulting-Firma, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

Hamburger Agentur Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, einem Unternehmen, dass zum damaligen Zeitpunkt Krankenhäuser und Krankenkassen als Kunden hatte. Der Gesellschafter, Helmut Hildebrandt, war ebenfalls Vertreter der Grünen, nämlich in der Hamburger Bürgerschaft. Bereits im Januar 1999 hatte die Consultingfirma der Ministerin ein Eckpunktepapier zur Gesundheitsreform zugeleitet. Am 8. Februar 1999 folgte ein zweiter Entwurf.<sup>296</sup> Nach eigenen Angaben ließ sich die Consultingfirma von Geschäftsführern großer Krankenkassen und Krankenhäuser beraten. Letzten Endes waren die gesetzlichen Krankenversicherungsverbände durch die Hintertür, doch wieder bei den vorbereitenden Gesprächen zur Gesundheitsreform vertreten. Ganz offensichtlich wollte die Ministerin vor Festlegungen in der Gesundheitsreform nicht den Sachverstand der beteiligten Organisationen in Anspruch nehmen, sondern nur den ihres internen Zirkels. Das erklärte auch, warum die Ministerin sich immer standhaft geweigert hatte, vor der Aufstellung der Eckpunkte zur Gesundheitsreform Gespräche mit Ärzte- und Apothekerschaft, Krankenkassen und anderen Akteuren zu führen.<sup>297</sup>

In dieser ungewöhnlichen Vorgehensweise der Ministerin war die Ursache für die harten Auseinandersetzungen während der Klausurtagungen zu sehen, die sich Politiker der Bündnisgrünen und der SPD lieferten. Rudolf Dreßler warf der Ministerin "Fehler in ihren Eckpunkten" vor; trotz der bisherigen Einigungen lehnte er inhaltlich die Tendenzen dieser Eckpunkte ab. Sogar die Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokraten im Gesundheitswesen forderte Bundesregierung und SPD-Fraktion auf, sich mehr Zeit für die Beratung der Gesundheitsreform zu lassen und diese nicht unbedingt im Jahre 1999 zu verabschieden. Die Vielschichtigkeit der Problematik erfordere zwingend ausreichend Zeit für die konkrete Formulierung der Ziele, so die Arbeitsgemeinschaft.<sup>298</sup>

In einer Pressemitteilung ließ Andrea Fischer am 3. März 1999 verkünden, dass die Arzneimittelausgaben trotz des erhöhten Zuzahlungsniveaus um 4,8% gestiegen waren. Die Ausgabenpolitik hatte sich im Laufe des Jahres 1998 dramatisch beschleunigt, denn im ersten Halbjahr waren die Arzneimittelausgaben gegenüber 1997 erst noch um 4% zurückgegangen. Im zweiten Halbjahr waren sie dann emporgeschossen. Im Bereich der Arzneimittelversorgung hatte sich gezeigt, dass der Versuch der alten Bundesregierung gescheitert war, durch massive Zuzahlungserhöhungen die Krankenkassen zu entlasten. Zusammenfassend konnte Andrea Fischer nicht ohne Stolz behaupten, dass sowohl das Vorschaltgesetz als auch die Eckpunkte für die Strukturreform im Gesundheitswesen ge-

<sup>296</sup> Vgl. Fischer holt sich Rat bei Hamburger Consulting-Firma, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

<sup>297</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Andrea Fischers grüne Ideenschmiede für die Gesundheitsreform ist eine Hamburger Consulting-Firma, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

<sup>298</sup> Vgl. SPD: Regierung soll sich Zeit lassen, in: ÄZ vom 17.03.1999.

nau an den Schwachpunkten des Systems angesetzt hatten.<sup>299</sup> Die Gesundheitsministerin fühlte sich somit in ihren Handlungen bestätigt und wollte ihren Weg fortsetzen. Dass der Druck seitens der Pharmaindustrie, der Kassen sowie der Ärzte und Apotheker immer größer wurde, hielt sie nicht von ihrem weiteren Vorhaben ab.

Auf der zweiten Klausurtagung, die am 2. März 1999 in Bonn abgehalten wurde, konnten sich die Koalitionsfraktionen bei der Frage der Zuzahlungen von Medikamenten nicht einigen. Die SPD hatte eine Dreiteilung der Zuzahlungen für Arzneimittel vorgeschlagen, die sich an ein altes AOK-Modell anlehnte. Interessanterweise hatte der VFA ebenfalls diesen Vorschlag bereits Ende Februar 1999 eingebracht. Für unverzichtbare Medikamente sollte es keine Zuzahlung geben, für sinnvolle Präparate etwa 10% und umstrittene Arzneimittel müsste der Versicherte voll bezahlen. Wegen dieser Frage hatte es schon Streit vor allem unter den SPD-Politikern gegeben. Die Bündnisgrünen sperrten sich schlichtweg ganz gegen den Vorschlag der SPD, daher musste das Thema Zuzahlungsregelungen bis auf weiteres auf einen anderen Zeitpunkt vertagt werden.<sup>300</sup> Nachdem endlich die wichtigsten Reformvorstellungen zwischen den Gesundheitspolitikern der Koalitionsfraktion ausgehandelt worden waren, sollten anschließend die Verbände im Gesundheitswesen angehört werden. Ihnen blieb allerdings nur übrig, bei den Detailregelungen behilflich zu sein. Grundsätzliche Neuorientierungen waren nicht mehr möglich.<sup>301</sup>

Am 16. März 1999 nahm Andrea Fischer die erste Verhandlungsrunde mit dem BKK-Bundesverband, der KBV und der VFA auf. Sie bat die Ärzteschaft um Verständnis, den Dialog erst jetzt aufgenommen zu haben und betonte, sie habe erst die Eckpunkte erarbeiten müssen.<sup>302</sup>

Gesundheitsministerin Fischer hatte ganz deutlich auf die Festlegung der Reform-Eckpunkte gesetzt und nicht auf den Dialog.<sup>303</sup> Daher musste sie sich nun mit massiven Attacken seitens der Ärzte auseinandersetzen. Am 20. März 1999 verteidigte Fischer vehement ihre Eckpunkte auf dem außerordentlichen deutschen Kassenärztetag in Köln. Der KBV-Chef Winfried Schorre forderte auf eben diesem Deutschen Kassenärztetag eine grundlegende Überarbeitung des Reformkonzepts. Ministerin Fischer wiederum versuchte die Ärzte zu beschwichtigen und bediente sich Worten wie: die geplante Reform sei nur eine Weiterent-

<sup>299</sup> Vgl. Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt Notwendigkeit von Vorschaltgesetz und Strukturreform, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 13 vom 03.03.1999, <http://www.bmggesund.de/presse/1999/presse99/13.htm>.

<sup>300</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Gesundheitsreform 2000: In puncto Qualität will der Gesetzgeber den Krankenkassen Beine machen, in: ÄZ vom 04.03.1999; Vollmer, Rainer: Papier lässt noch zwei Fragen offen, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

<sup>301</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Fischer suchte Rat bei Consultingfirma, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.

<sup>302</sup> Vgl. Fischer: Eckpunkte missverständlich, kein Einkaufsmodell, keine Sektion, in: ÄZ vom 18.03.1999.

<sup>303</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Fischer suchte Rat bei Consultingfirma, in: PZ Nr.11 vom 18.03.1999.

wicklung des Solidarsystems und gehe nicht zu Lasten der niedergelassenen Ärzte.<sup>304</sup> Die KBV überreichte anschließend der Gesundheitsministerin Fischer mehr als 260.000 Unterschriften von Ärzten und Patienten gegen das Anfang 1999 in Kraft getretene GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz.<sup>305</sup>

Die Reaktion der Gesundheitsministerin auf die Kritik an den neuen Arzneimittelrichtlinien vom 8. Januar 1999 kam relativ spät, und zwar erst am 12. März 1999. Wahrscheinlich wollte sie die Diskussionen, die bereits gelaufen waren nicht noch einmal unnötig anheizen.<sup>306</sup>

Ein internes Papier aus dem Gesundheitsministerium dokumentierte dann doch ernste Bedenken zu den Arzneimittelrichtlinien. Offenbar gab es einen tiefen Dissens innerhalb des Ministeriums. Besonders die Abteilung 1 (Arzneimittel) und die Abteilung 3 (Gesundheitsversorgung und Krankheitsbekämpfung) hatten massive Bedenken gegen die Arzneimittelrichtlinien geäußert. In dem Papier hieß es, dass es zweifelhaft sei, ob der Bundesausschuss tatsächlich mit hinreichender Bestimmtheit ermächtigt wäre, Arzneimittel wegen Unwirtschaftlichkeit absolut auszuschließen. Gegen die Zulässigkeit sprächen auch EU-Kartellrechtsgründe. Außerdem sei völlig unklar, welche Voraussetzungen an die Bedingungen der Sekundärprävention im Zusammenhang mit der Verordnung von Lipidsenkern gebunden sein sollen. Allein die medizinische Problematik erfordere schon eine Klarstellung. Die neuen Arzneimittelrichtlinien schlossen die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln in einer nicht zugelassenen Indikation für die Regelversorgung aus. Das könne ein Verstoß gegen § 2 I SGB sein, der allgemein den Versorgungsanspruch von gesetzlich Krankenversicherten beschreibt, und zwar dann, wenn sich in einer bestimmten Indikation die Behandlung mit Arzneimitteln durchgesetzt hat, die für diese Indikation nicht zugelassen sind, jedoch dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Als Beispiele führte das Ministerium Zytostatika<sup>307</sup> und Biphosphonate<sup>308</sup> in der ambulanten Krebstherapie, der Behandlung von Kindern sowie der Therapie bei Tropenkrankheiten an. Hier sei der Arzt rechtlich zur Verordnung verpflichtet, folglich sei es zweifelhaft, ob dann überhaupt noch von einem "Heilversuch" im Sinne der neuen Arzneimittelrichtlinien die Rede sein könne.<sup>309</sup>

<sup>304</sup> Vgl. „KVen werden Sicherstellungsauftrag abgeben“, in: ÄZ vom 22.03.1999.

<sup>305</sup> Vgl. „Ausverkauf der solidarischen Krankenversicherung“, in: DÄBl. 96, Heft 13 vom 02.04.1999.

<sup>306</sup> Vgl. Ministerin erwartet noch einige Präzisierungen, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.

<sup>307</sup> Zytostatika sind Chemotherapeutika gegen Krebs, die zu einer Zerstörung oder Schädigung von Tumorzellen führen.

Vgl. Mutschler, Ernst: Arzneimittelwirkungen, 7. Aufl., Stuttgart 1997, S. 742.

<sup>308</sup> Biphosphonate sind Substanzen, die bevorzugt in der Osteoporose-Therapie eingesetzt werden.

<sup>309</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Arznei-Richtlinien: Das BMG weiß um die Konflikte für den Arzt, in: ÄZ vom 25.03.1999.

## 5.5. Ergebnis der Teilanalyse

Die unwillkommene Entscheidung des Landgerichts Düsseldorf Anfang Januar 1999 zur Zulässigkeit der Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel und die daraus resultierende Diskussion spielte sich vor einem ungünstigen, wirtschaftlichen Hintergrund ab, der die ganze Debatte um noch niedrigere Festbeträge fragwürdig erscheinen ließ. Seit langem stagnierten die Arzneimittelpreise oder sanken sogar.

Nach der Landtagswahl im Februar 1999 in Hessen war in der Gesundheitspolitik nichts mehr so wie zuvor. Die rot-grüne Koalition hatte ihre Mehrheit im Bundesrat verloren. SPD und Grüne waren nun bei künftigen Gesetzesvorhaben auf Stimmen von unions-mitregierten Ländern im Bundesrat angewiesen. Für Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer sollte es nun schwieriger werden, zustimmungspflichtige Gesetzesvorhaben in die Wege zu leiten. Die Schonfrist für Rot-Grün schien ihrem Ende zu zugehen. Auch das Klima in der Koalition wurde schwieriger.

Bereits auf der SPD-Klausurtagung zum Jahresbeginn 1999 gab es innerhalb der SPD gegensätzliche Meinungen zur weiteren Vorgehensweise in der Gesundheitsreform. Andrea Fischer forderte zum Beispiel vehement ein Globalbudget, während innerhalb der SPD eher gegensätzliche Meinungen vertreten wurden. Auffallend war nur, dass das umstrittene Globalbudget gerade im Wahlprogramm der SPD und eben nicht der Grünen stand.

Ministerin Fischer und der SPD-Fraktionsvize Dreßler waren nach ihrer zweitägigen Klausurtagung am 18. und 19. Februar 1999 einem neuen Gesundheitsreformgesetz kaum näher gekommen. Völlig unklar blieb auch, wie Dreßler Milliarden-Einsparungen bei umstrittenen Arzneimitteln realisieren wollte, wo doch Heilkräuter, die dann nicht mehr von den Kassen bezahlt werden bräuchten, für viele Grüne geradezu den Inbegriff ihrer alternativen Medizin darstellten. Dennoch hatten sich beide Koalitionspartner auf mehrere Eckpunkte für die Gesundheitsreform 2000 einigen können, ohne aber Details konkret ausformuliert zu haben. SPD und Grüne mussten letzten Endes die angekündigte Strukturreform für das Gesundheitswesen durchsetzen, um ihr Gesicht zu wahren. Allerdings war die Zeit bis zum 1. Januar 2000 sehr knapp bemessen, angesichts so viel überwindbarer Hürden.

Aber auch auf der zweiten Klausurtagung am 2. März 1999 gab es immer noch erhebliche Meinungsunterschiede zwischen der SPD und den Grünen. Die Auseinandersetzung zwischen Dreßler und Fischer schwoll sogar weiter an. Immer-

hin einigten sich die Koalitionsfraktionen trotz alledem auf die letzten Eckpunkte der Gesundheitsreform 2000. Es sollte eine Positivliste erstellt werden, in der die abrechnungsfähigen Medikamente in der GKV aufgelistet werden. Für die Aktualisierung und Fortschreibung der Positivliste würde ein unabhängiges Arzneimittelinstitut beim Bundesgesundheitsministerium eingerichtet. Das bisherige System der Festbeträge sollte erhalten bleiben und rechtssicher gemacht werden. Re-Importe sollten wieder verbindlich geregelt werden. Ungeklärt blieb die Frage der Zuzahlungen der Versicherten. Summa summarum handelte es sich um Maßnahmen, die nachhaltige Wirkungen auf den Arzneimittelmarkt ausüben würden.

Von einer großen Reform hatte sich die Ministerin Fischer mit ihren Eckpunkten allerdings verabschiedet. Wie sie das Globalbudget in die Praxis umsetzen wollte, hatte sie bislang noch nicht erklärt. Nachdem die wichtigsten Eckpunkte zwischen den Fraktionen der SPD und den Grünen ausgehandelt worden waren, sollten schließlich die wichtigsten Verbände im Gesundheitswesen angehört werden. Diesen blieb allerdings nur noch übrig, bei Detailregelungen behilflich zu sein, denn grundsätzliche Neuorientierungen waren nicht mehr möglich.

Die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen fragten sich zurecht, welche gesundheitspolitische Richtung nun endlich eingeschlagen werden würde, zumal die zuständigen Regierungsvertreter von SPD und Grünen sich selbst noch nicht sicher waren, was von den angekündigten Änderungen der Arzneimittelpolitik, und vor allem wie, verwirklicht werden sollte.

Die Opposition kritisierte besonders das Globalbudget, wobei die CDU/CSU-Fraktion einen so großen Handlungsbedarf sah, dass sie sogar ein eigenes Gesamtkonzept zur Gesundheitsreform erarbeitete.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Kassen, Bundesrat und Krankenkassen unterstützten die Koalition in der Forderung nach einer Positivliste. Dagegen lehnten Pharmaindustrie und Apotheker, aber auch ein Teil der Ärzte, die Positivliste ab.

Andrea Fischer versuchte mit Hilfe einer Consultingfirma die Probleme in der Gesundheitspolitik lösen zu können. Dies vielleicht auch, um als Neuling in dieser Branche neue Wege gehen zu können. Vermutlich auf Anraten der Consultingfirma hatte sie sich auch geweigert, den Sachverstand der beteiligten Organisationen anzuhören. Dreßler war dagegen ein alter Hase im Gesundheitswesen, kannte jedes Gesetz und alle Organisationen und befand sich damit in festgefahrenen Bahnen, im Gegensatz zu Ministerin Fischer. Für Rudolf Dreßler kam allerdings ein Problem hinzu: es gab innerhalb seiner Partei unterschiedliche Posi-

tionen, deren Einfluss anscheinend so stark war, dass dies Andrea Fischer in ihren Plänen aufhielt. Die Ministerin musste also ihren Koalitionspartner unter Druck setzen, um den gesetzten Zeitplan einzuhalten.

Die Kritik seitens der Ärzte wurde immer stärker. So hatte der Hartmannbund nicht nur schon am 6. Januar 1999 eine Mobilisierung der Ärzte gegen das am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Vorschaltgesetz angekündigt, sondern nun auch gedroht, eine bundesweite Plakataktion gegen die geplante Reform zu starten.

Auch Pharmaindustrie und Apothekerschaft hielten mit Kritik gegen die geplante Reform und die neuen Arzneimittelrichtlinien nicht zurück.

Das Projekt der Arzneimittelrichtlinien machten der Gesundheitsministerin ebenfalls zu schaffen, da nicht nur die privaten und halbstaatlichen Akteure dieses kritisierten, sondern auch in ihrem eigenen Haus ein Dissens zu diesem Thema bestand.



## 6. Andrea Fischers Reformkonzept

Ungeachtet eines noch offenen Rechtsstreits beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) am 26. März 1999 die "neuen" Arzneimittelrichtlinien nochmals, wenn auch in leicht geänderter Form. Zu diesem Zeitpunkt war noch nicht klar, ob diese in der beschlossenen Fassung in Kraft treten konnten.<sup>310</sup>

Am 31. März 1999 untersagte das Landgericht Hamburg dem BAK per einstweiliger Verfügung, die neuen Arzneimittelrichtlinien im Bundesanzeiger zu veröffentlichen, und verhinderte damit ihr Inkrafttreten. Das Gericht folgte mit seiner Entscheidung in vollem Umfang den Anträgen von drei betroffenen Arzneimittelherstellern und wertete, wie schon im Januar 1999 das Landgericht Düsseldorf, die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als Unternehmen. Nach den Regeln des europäischen Wettbewerbsrechts sei es untersagt, sich gegenüber Leistungserbringern wie der pharmazeutischen Industrie zu kartellieren und quasi als Nachfragemonopol aufzutreten. Als ein solches unzulässiges Kartell wurde in dem entsprechenden Urteil nun auch der BAK angesehen.<sup>311</sup>

Die Bonner Koalition hielt am bisherigen Zeitplan für die Gesundheitsreform fest. Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und Kanzler Gerhard Schröder kamen am 26. April 1999 überein, dass die Strukturreform wie geplant am 1. Januar 2000 in Kraft treten sollte.<sup>312</sup>

Am 4. Mai 1999 wurde unter anderem über die Änderung des Solidaritätsstärkungsgesetzes und den Referentenentwurf zur neunten Novellierung des Arzneimittelgesetzes im Bundestag debattiert. Die Bundesregierung wollte mit der Novellierung des Arzneimittelgesetzes die Nachzulassung von Arzneimitteln verkürzen und den Regeln der Neuzulassungen anpassen.<sup>313</sup>

Kaum eine Woche später demonstrierten etwa tausend Ärzte, Helferinnen und Schwestern in Berlin gegen die geplante Gesundheitsreform 2000.<sup>314</sup>

Am 26. Mai 1999 stellte die Bundesregierung den Referentenentwurf für die Gesundheitsreform 2000 vor, der aber auch weiterhin noch Nachbesserungen vor-

<sup>310</sup> Vgl. Bedenken kaum berücksichtigt, Gerichtsentscheidung erst am Mittwoch, in: ÄZ vom 29.03.1999.

<sup>311</sup> Vgl. Wettbewerbs-Verstoß: Neue Arznei-Richtlinien werden nicht gültig, in: ÄZ vom 01.04.1999.

<sup>312</sup> Vgl. Koalition ist sich einig, dass die Strukturreform am 1. Januar in Kraft tritt, in: ÄZ vom 28.04.1999.

<sup>313</sup> Vgl. Auf die Industrie kommen drastische Veränderungen zu, in: ÄZ vom 16./17.04.1999.

<sup>314</sup> Vgl. Ärzteproteste gegen die Reform 2000 lassen Fischer unbeeindruckt, in: ÄZ vom 11.05.1999.

sah.<sup>315</sup> Das Kabinett beschloss schließlich am 23. Juni 1999 den Gesetzentwurf.<sup>316</sup>

### 6.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

In der Bundestagsdebatte am 4. Mai 1999 verteidigte Gesundheitsministerin Andrea Fischer wie gewohnt ihre Gesundheitsreform. Sie erklärte, der medizinische Fortschritt habe Veränderungen bewirkt und bekannt wäre schließlich, dass einige dieser Veränderungen ausgesprochen kostspielig seien. Gerade jetzt käme die von der Opposition so geschmähte Debatte über "Qualität und Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt" zum Tragen. Sie glaube, dass der medizinische Fortschritt nicht zwangsläufig dazu führen müsse, dass immer nur "draufgelegt" werde. Es solle erstens geprüft, ob alles Neue, auch wirklich besser sei und zweitens, ob nicht das Neue vielleicht das Alte ersetzen könne. Dafür wolle die Bundesregierung die Voraussetzungen schaffen.<sup>317</sup> Vier Tage zuvor, am 30. April 1999, hatte Staatssekretär Erwin Jordan den Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 vorgelegt. Die Bundesregierung wollte trotz Vorbehalte in der SPD ihren Zeitplan beibehalten und am 23. Juni 1999 im Kabinett den Gesetzentwurf beschließen. Jordan äußerte, die Reform bringe eine unverzichtbare Modernisierung des Gesundheitssystems.<sup>318</sup> Der Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 sah die Beibehaltung der sektoralen Arzneimittelbudgets für die Vertragsärzte vor. Mehr "Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung" für die Patienten mit GKV versprach sich das Gesundheitsministerium von zwei Positivlisten verordnungsfähiger Präparate, sowie herkömmlicher als auch naturheilkundlicher Art. Wann diese Listen eingeführt werden sollten, blieb vorerst offen, denn zunächst ging es darum, ein Institut einzurichten, das diese Listen auch vorbereitet. Außerdem wollte Andrea Fischer die Apotheker wieder verpflichten re-importierte Arzneien abzugeben. Bei der Anpassung der Arzneimittelbudgets sollte ein "Benchmarking-Modell" (Benchmark = Festmarke) eingeführt werden, auf dessen Basis der medizinische Dienst der Kassen-Spitzenverbände einen nach Alter und Geschlecht standardisierten, durchschnittlichen Ausgabenbetrag je Versicherten für jede Kassenärztliche Vereinigung (KV) ermitteln sollte. Der Pro-Kopf-Mittelwert aus den drei KVen mit der jeweils niedrigsten Ausgabensteigerung sollte dann in Budgetverhandlungen als

<sup>315</sup> Vgl. Erdmann, K. Frank: Detail-Diskussion ist jetzt eröffnet, in: ÄZ vom 27.05.1999.

<sup>316</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Rot-grünes Reformgesetz soll heute im Kabinett die erste Hürde nehmen, in: ÄZ vom 23.06.1999.

<sup>317</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 37. Sitzung, Drucksache 14/614, 14/622 vom 04.05.1999, S. 3045.

<sup>318</sup> Vgl. Heftige Kritik am Entwurf zur Gesundheitsreform, in: FAZ vom 03.05.1999.

"Indikator für bestehende Wirtschaftlichkeitsreserven" herangezogen werden. Für KVen, die über diesem Referenzwert lägen, wäre damit automatisch zusätzlicher Druck auf die Verordnungsmengen vorprogrammiert. Das Bundesgesundheitsministerium wollte zudem durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates verbindliche Listen verordnungsfähiger Fertigarzneimittel in der vertragsärztlichen Versorgung erlassen. Neue Arzneimittel im Sinne von § 49 des Arzneimittelgesetzes seien unmittelbar nach ihrer Zulassung verordnungsfähig. Eine Aufnahme in die Listen könne mit der nach Ablauf eines Jahres nächsten Aktualisierung erfolgen. Geschehe das nicht, sei das neue Präparat dann auch nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Der Arzt könne in Ausnahmefällen auch nicht gelistete Präparate mit Begründung auf einem gesonderten Verordnungsblatt verschreiben. Das Verfahren zur Überprüfung dieser Verordnungen werde von der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den GKV-Spitzenverbänden gemeinsam und einheitlich geregelt werden. Auch die Apotheker sollten wieder gesetzlich zur Abgabe von "preisgünstigen importierten Arzneimitteln" verpflichtet sein. Hierbei gehe es darum, mehr Preiswettbewerb bei patentgeschützten und nicht der Festbetragsregelung unterworfenen Präparaten auszulösen.<sup>319</sup>

Anlässlich der Vorstellung des Referentenentwurfs zur Gesundheitsreform 2000 am 26. Mai 1999 in Bonn, erklärte Andrea Fischer: „Ich erwarte, dass die Vorgaben für die Arzneimittelausgaben in diesem Jahr eingehalten werden.“ Die Ministerin ließ keinen Zweifel aufkommen, dass sie die Ärzteschaft bei anhaltender Überschreitung des Arzneimittelbudgets ab 2000 "auf jeden Fall" in Regress nehmen werde. Die Steigerung der Ausgaben um 17% im ersten Quartal sei ihrer Meinung nach nicht allein auf eine Grippewelle zurückzuführen, sondern vor allem auf eine nicht gerechtfertigte massive Verschreibung von Antibiotika.

Die Gesundheitsministerin äußerte den Verdacht, dass die Überschreitung des Budgets als politisches Machtkampfmittel von Ärztefunktionären gegen die Gesundheitsreform 2000 möglicherweise missbraucht werde. Fischer kritisierte in diesem Zusammenhang die "Panikmache" von KBV und Ärzteverbänden gegen die geplante Reform. Die KBV sei keine Ärztegewerkschaft, sondern eine Anstalt des öffentlichen Rechts, betonte die Ministerin.<sup>320</sup>

<sup>319</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Positivliste wird reanimiert - komplizierte Vorarbeiten nötig, in: ÄZ vom 06.05.1999.

<sup>320</sup> Vgl. Fischer warnt die Ärzte, ihre Reformen mit Panikmache zu blockieren, in: ÄZ vom 27.05.1999.

## 6.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Das Hamburger Urteil vom 31. März 1999 wurde von den CDU-Abgeordneten Hermann Kues und Wolf Bauer begrüßt. Die Arzneimittelrichtlinien schränken die Therapiefreiheit der Ärzte ein und die medizinische Versorgung der Patienten sei gefährdet, gaben sie zu bedenken. Beispielsweise würde eine der Richtlinien dazu führen, dass Ärzte vor der Verordnung bestimmter Präparate zur Krebsbehandlung erst eine Genehmigung der Krankenkasse einholen müssten. Dadurch könnten im Einzelfall riskante Behandlungsverzögerungen eintreten. Ähnliche Gefahren sahen Kues und Bauer auch im Bereich der Kinderheilkunde sowie der Behandlung von AIDS und Tropenkrankheiten.<sup>321</sup>

Der CDU-Abgeordnete Hans Georg Faust machte in seiner Rede am 4. Mai 1999 zum Thema Gesundheitsreform im Bundestag deutlich, dass nicht mehr allzu viele Rationierungsreserven im System stecken würden. Die politische Kunst bestehe darin, dieses System zu reformieren, zu optimieren und die Patienten davon zu überzeugen, dass Mehrleistungen nicht unbegrenzt unter dem Gebot der Beitragsstabilität ohne Beteiligung der Versicherten erbracht werden könnten. Nach seiner Auffassung werde "alles nur komplizierter und dirigistischer" und der Druck, dem sich die Leistungsanbieter ausgesetzt sähen, immer stärker. Jüngstes Beispiel für die Fehlentwicklungen sei das Arzneimittelbudget. Wenn das Notprogramm der Gesundheitsministerin nicht helfe, sei das Jahresbudget, angesichts zwölfprozentiger Steigerung schon im ersten Quartal des Jahres 1999, bereits im Oktober, spätestens jedoch im November aufgebraucht. Abgesehen davon, dass das Globalbudget ein "Monstrum", ein "sperriges und unhandliches Instrument" sei, würden die sektoralen Budgets für die einzelnen Bereiche nicht aufgehoben, sondern im Arzneimittelbereich noch schärfer gefasst und ausgeweitet.<sup>322</sup>

Ebenfalls zum Thema Globalbudget, stellte der FDP-Abgeordnete Dieter Thomae in der gleichen Debatte am 4. Mai 1999 im Bundestag fest, dass das Globalbudget anscheinend durch sektorale Budgets gestützt werden solle. Wie Globalbudget und sektorale Budgets zusammenpassen sollen, werde hoffentlich im Gesetzentwurf zu erkennen sein. Zum Thema Arzneimittelbudget sagte Thomae, dass dieses schon durch Fischers Vorschaltgesetz eingeführt worden sei und die Ministerin jetzt feststelle, dass alles darauf hindeute, dieses Arzneimittelbudget in den neuen Bundesländern schon ab Ende des Sommers überschritten zu sehen,

<sup>321</sup> Vgl. Das BMG will die letzte Instanz abwarten, in: ÄZ vom 06.04.1999.

<sup>322</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 37. Sitzung, Drucksache 14/614, Drucksache 14/622 vom 04.05.1999, S. 3025-3027.

in den alten Ländern immerhin "erst" ab September. Auf die Reaktion der Gesundheitsministerin, dann mache sie halt ein "Notprogramm", stellte sich Thomae die Frage, wie dieses Notprogramm denn aussehen solle. Angesichts der Tatsache, dass schon nach einem halben Jahr aufgrund einer politischen Entscheidung alles in die Luft gehe, weil die Arzneimittelbudgets falsch formuliert worden seien, konnte Thomae nur resigniert darauf aufmerksam machen, dass Arzneimittelbudgets praxisorientiert formuliert zu sein hätten. Überdies habe das Arzneimittelbudget fälschlicherweise den Durchschnitt der KVen zur Grundlage genommen. Zwischen den einzelnen Regionen gebe es sehr große Unterschiede im Verhältnis von stationärer und ambulanter Behandlung. In den neuen Bundesländern seien seit der Wiedervereinigung massiv Betten abgebaut und somit die Patientenbetreuung vom stationären in den ambulanten Bereich verlagert worden. Dies sei ein Punkt, den die Bundesregierung bei der Arzneimittelbudgetformulierung überhaupt nicht berücksichtigt habe. Zudem hätten die Regierungsfractionen immer bestritten, dass Zuzahlungen eine steuernde Wirkung haben. Laut Thomae sei es jetzt viel brutaler, da die Patienten die Arzneimittel gar nicht mehr bekämen, weil das Arzneimittelbudget ausgeschöpft sei. Zum Thema Positivlisten sagte Thomae, dass es schon schwer genug sei, eine Positivliste zu formulieren. Zwei Listen zu formulieren werde der Bundesregierung nie gelingen, da eine Abgrenzung in diesem System einfach nicht möglich sei.<sup>323</sup>

Ruth Fuchs von der PDS äußerte in ihrer Rede am 4. Mai 1999, nachdem das Anfang März veröffentlichte Eckpunktepapier keineswegs Klarheit über den Kurs gebracht habe, lasse die Ministerin jetzt zumindest einen Arbeitsentwurf vorstellen. Allerdings habe dieses Papier die Sorgen um das Schicksal der dringend notwendigen und wichtigen Reform nicht verringern können. Sie begrüße allerdings die Absichten des Gesundheitsministeriums, an den solidarischen Grundlagen des Gesundheitssystems aber auch an Prinzipien wie der paritätischen Finanzierung oder der Sachleistung festzuhalten. Auch die PDS meine, dass es richtig sei, zu einer rationellen Arzneimittelversorgung zu kommen.<sup>324</sup>

Der Gesundheitspolitische Arbeitskreis der CSU bezeichnete die geplante Gesundheitsreform 2000 schlichtweg als "organisierten Wahnsinn". Bei der jüngsten Veranstaltung des Gesundheitspolitischen Arbeitskreises in Würzburg erklärte dessen Vorsitzender, Klaus Gröber, die Reform werde direkt in die Zweiklassenmedizin führen. Da mit dem Globalbudget eine staatlich organisierte Mangelver-

---

<sup>323</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 37. Sitzung, Drucksache 14/614, Drucksache 14/622 vom 04.05.1999, S. 3032, 3033.

<sup>324</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 37. Sitzung, Drucksache 14/614, Drucksache 14/622 vom 04.05.1999, S. 3035.

waltung drohe, würden sich gerade die besser betuchten Patienten immer häufiger privat behandeln lassen.<sup>325</sup>

In einem Positionspapier warfen die Unionspolitiker Andrea Fischer daher eine "Demontage des Gesundheitswesens" vor. Sie kritisierten, gerade die Kostendämpfungspolitik der rot-grünen Koalition gefährde die GKV. Die defizitäre Entwicklung im ersten Quartal 1999 und der Anstieg der Arzneimittelausgaben zeigten, dass genau dort, wo Ausgaben "gedeckelt" würden, diese gerade am meisten explodierten. Listenmedizin werde als "patientenfeindlich" abgelehnt, denn für Mittel, die aus der Positivliste herausfielen, müsse der Patient selbst aufkommen. Teilweise würden ganze Indikationsgebiete ausgegrenzt, weil für diese nur geringfügig wirksame Medikamente existierten. Außerdem führe ein Globalbudget zu einer Zweiklassenmedizin, die zu Lasten der sozial Schwachen gehe.<sup>326</sup>

### 6.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

In einer ersten Reaktion bedauerte der Hauptgeschäftsführer der KBV, Rainer Hesse, die Entscheidung des Hamburger Landgerichts und bezeichnete sie als "Pyrrhussieg der Pharmaindustrie". Er war der Meinung, dass es wegen der fehlenden Orientierung zu "undifferenzierten, besonders die innovativen und teuren Präparate betreffenden Verordnungseinschränkungen" kommen werde.<sup>327</sup>

Ausdrücklich begrüßt wurde die Entscheidung des Hamburger Urteils hingegen vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), dem die drei klagenden Pharmafirmen angehörten.

Eine schnellstmögliche rechtliche Klarstellung, verlangten die Spitzenverbände der Krankenkassen und forderten die Bundesregierung auf, eine eindeutige Rechtszuweisung zu den Sozialgerichten vorzunehmen. Der Bundesausschuss müsse in die Lage versetzt werden, seinen gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, der darin bestehe, durch Richtlinien die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung zu gewährleisten, so die Kassenverbände. Darüber hinaus forderten die Krankenkassen Andrea Fischer auf, die Begrenzung der Arzneimittelausgaben sicherzustellen, denn die Entwicklung in diesem Bereich sei "besorgniserregend", hieß es. Die Ausgaben der Kassen für Arzneien seien seit Jahresbeginn, im Bereich der Zuzahlung, um 10% gestiegen. Wenn sich dieser Trend fort-

<sup>325</sup> Vgl. CSU- Arbeitskreis verärgert über Bonner Pläne, in: ÄZ vom 16./17.04.1999.

<sup>326</sup> Vgl. Unionspolitiker werfen Fischer Demontage vor, in: ÄZ vom 02.06.1999.

<sup>327</sup> Vgl. Vorgeschmack auf die Positivliste, in: PZ Nr. 14 vom 08.04.1999.

setze, werde das Arzneimittelbudget 1999 um ca. 3,5 Milliarden DM überschreiten, was die Stabilität der Beitragssätze gefährde.<sup>328</sup>

Was die Kassenverbände betrifft, so bezweifelten diese, das vorgesehene Globalbudget zur Begrenzung der Ausgaben einhalten zu können. Es fehlten, so hieß es in der gemeinsamen Stellungnahme "stringente Steuerungsmöglichkeiten".<sup>329</sup>

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) lehnte das Benchmarking-Modell ab. ABDA-Präsident, Hans-Günter Friese betonte, es seien in § 84 SGB V bereits Anpassungsfaktoren für die Änderung der Arzneibudgets der KVen vorgesehen. Außerdem gebe es keine Möglichkeit, die Arzneimittelausgaben der 23 KVen auf methodisch akzeptable Art vergleichbar zu machen, was aber Voraussetzung für ein funktionierendes Benchmarking wäre. Neben technischen Problemen spreche ja gerade gegen die Koalitionspläne auch, dass die Arzneimittelversorgung in den einzelnen KVen nur unter Berücksichtigung verschiedener Versorgungsstrukturen vergleichbar wäre. In Niedersachsen zum Beispiel lägen die Arzneimittelausgaben höher als in Hessen. Die Behandlung onkologischer<sup>330</sup> Patienten werde in Niedersachsen zu 25% mehr ambulant durchgeführt als in Hessen, wo diese Patienten vorwiegend stationär versorgt würden.<sup>331</sup> Desweiteren äußerte Friese die Befürchtung, die Gesundheitsreform 2000 werde zu einer gravierenden Einschränkung bei der Arzneimittelversorgung führen, und da Arzneimittel bei vielen Krankheiten die kostengünstigste Therapieform darstellten, seien die vorgesehenen Einschränkungsmaßnahmen kaum nachvollziehbar.

Der deutsche Gewerkschaftsbund befürwortete die rot-grüne Gesundheitspolitik. Er unterstützte die geplante Gesundheitsreform 2000. Für wichtig erachtet wurde insbesondere die Einführung eines Globalbudgets für die gesetzlichen Ausgaben im Bereich der Krankenversicherung. Ziel müsse es sein, auf allen Ebenen ein Controlling-System zu entwickeln, um auftretende Ausgabensteigerungen rechtzeitig zu erkennen.<sup>332</sup>

Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, warnte als Sprecher des "Bündnis Gesundheit 2000"<sup>333</sup>, die Patienten müssten wegen der von Rot-Grün geplanten Gesundheitsreform mit drastischen Leistungseinschränkungen rechnen.

---

<sup>328</sup> Vgl. Andrea Fischer will Leistungen erhöhen, in: Handelsblatt vom 30.04./01.05.1999.

<sup>329</sup> Vgl. Krankenkassen fürchten steigende Beitragssätze, in: Handelsblatt vom 12.05.1999.

<sup>330</sup> Onkologie ist die Wissenschaft von den Geschwülsten und Tumoren, die zur Krebsheilung angewandt wird.

<sup>331</sup> Vgl. Apotheker lehnen das Benchmarking entschieden ab, in: ÄZ vom 06.05.1999.

<sup>332</sup> Vgl. DGB bejaht rotgrüne Gesundheitspolitik, in: PZ vom 15.04.1999.

<sup>333</sup> Bündnis zahlreicher Berufsverbände im Gesundheitswesen, mit dem Ziel gemeinsam Front gegen den Gesetzentwurf der Bundesgesundheitsministerin zu machen. Vgl. Neue Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 28./29.05.1999.

Der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) sah in dem Entwurf zur Gesundheitsreform 2000 ein negatives standortpolitisches Signal für eine High-Tech-Branche, die sich gerade erst wieder vermehrt dem Standort Deutschland zugewendet habe. Scharf kritisierte der Verband auch die Arzneimittelbudgets, und hierbei vor allem den Plan, das Verordnungsvolumen der Ärzte in den einzelnen KVen auf den Durchschnitt der drei kostengünstigsten KVen zu begrenzen. Beim "Maßnahmen am Billigsten" gehe es der Ministerin einzig und allein um Kostensenkung, die in weiten Teilen Deutschlands eine qualitativ hochwertige Arzneimitteltherapie gefährde.<sup>334</sup>

#### 6.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure

Am 26. März 1999 hatte der BAK neue Arzneimittelrichtlinien beschlossen und dabei am Beschluss vom 8. Januar 1999 lediglich einige marginale Änderungen berücksichtigt, so wie es das Bundesgesundheitsministerium vorgesehen hatte.<sup>335</sup> Per einstweiliger Verfügung stoppte am 31. März 1999 das Landgericht Hamburg die Veröffentlichung der neuen Arzneimittelrichtlinien im Bundesanzeiger und verhinderte damit deren Inkrafttreten. Nachdem im Januar 1999 das Landgericht Düsseldorf den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Festsetzung von Festbeträgen mit Hinweis auf geltendes europäisches Kartellrecht untersagt hatte, war dies bereits das zweite Mal im gleichen Jahr, dass verschärfende regulative Eingriffe in den Arzneimittelmarkt gerichtlich gestoppt wurden.<sup>336</sup> Gleichzeitig war es auch die zweite grundlegende Entscheidung im Jahre '99, die der Macht der Krankenkassen Grenzen setzte.

Zunächst wollte das Bundesgesundheitsministerium nicht in den Streit um die Arzneimittelrichtlinien eingreifen. Gehandelt werden sollte erst dann, wenn das Hamburger Oberlandesgericht die Position der Pharmaunternehmen bestätigen sollte, denn in diesem Fall war das Bundesministerium zu allem bereit, um die Arzneimittelrichtlinien trotzdem rechtssicher zu machen.<sup>337</sup>

Angesichts der unklaren und verworrenen Rechtslage im Zusammenhang mit den Arzneimittelrichtlinien zog die KBV Konsequenzen. Sie drohten damit, ihre Vertreter im BAK an einer weiteren Beschlussfassung nicht mehr mitwirken zu lassen. Nun sei die Bundesregierung aufgefordert, hieß es in einer Presseerklärung, mit staatlichen Preisfestsetzungen und Positivlisten für eine Bereinigung

<sup>334</sup> Vgl. Neue Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 28./29.05.1999.

<sup>335</sup> Vgl. Bedenken kaum berücksichtigt, Gerichtsentscheidung erst am Mittwoch, in: ÄZ vom 29.03.1999.

<sup>336</sup> Vgl. Vorgeschmack auf die Positivliste, in: PZ Nr. 14 vom 08.04.1999.

<sup>337</sup> Vgl. Das BMG will die letzte Instanz abwarten, in: ÄZ vom 06.04.1999.



des Verordnungspotentials zu Lasten der GKV zu sorgen. Darüber hinaus erwog die KBV die Neuauflage eines Notprogramms, um Überschreitungen der Arzneimittelbudgets zu verhindern.<sup>338</sup>

Mit der neunten Novellierung des Arzneimittelgesetzes wollte die Bundesregierung insbesondere die Nachzulassung von Arzneimitteln strenger gestalten und den Neuzulassungsregeln anpassen. Außerdem hätte die Bundesregierung, so begründete dies das Gesundheitsministerium, das deutsche Arzneimittelrecht aufgrund einer begründeten Kritik der EU-Kommission an das Gemeinschaftsrecht der Europäischen Union anzupassen. Der Referentenentwurf des Gesetzes sähe daher einschneidende Veränderungen für die Pharmaindustrie vor. Bei Neuzulassungsanträgen für Arzneimittel solle demnach die sogenannte Mängelbehebungsfrist von 18 auf nur noch sechs Monate begrenzt werden. Infolgedessen hätten Unternehmen bei Beanstandungen ihrer Anträge innerhalb von sechs Monaten die Mängel zu beheben.

Erhebliche Bedenken, vor allem gegen die Mängelbehebungsfrist, erhob der BPI. In einem Schnellgutachten hatte Erhard Denninger, ordentlicher Professor an der Universität Frankfurt, verfassungsrechtliche Fragen aufgeworfen. Daraufhin bekundete das Gesundheitsministerium, dass es "einige Nachbesserungen" geben könnte,<sup>339</sup> was bedeutete, dass Ministerin Fischer sich keinem weiteren Gerichtsurteil unterziehen wollte und fing an, ihre Position noch einmal zu überdenken.

Ende April 1999 prophezeite der stellvertretende Hauptgeschäftsführer der KBV, Lothar Krimmel, dass der "Weltuntergang" in den neuen Bundesländern am 6. Oktober 1999 und im Westen am 3. Dezember 1999 stattfinden werde. Genau an jenen Tagen seien nämlich die gesetzlichen Arznei- und Heilmittelbudgets erschöpft; ab diesem Zeitpunkt müssten dann eigentlich die Ärzte jene Arzneimittel, die sie ihren gesetzlich versicherten Patienten verordneten, aus eigener Tasche bezahlen. Der KBV-Vorsitzender Winfried Schorre erwartete "ein Rationierungschaos bislang nicht gekanntes Ausmaßes". Besonders dramatisch werde die Lage in den neuen Bundesländern, wo sich die Patienten Arznei- und Heilmittel schon ab Oktober privat beschaffen müssten. Die zuständigen Landesregierungen hätten ohne Berücksichtigung der inzwischen wissenschaftlich belegten höheren Krankheitshäufigkeit die Budgets "absurd niedrig" festgelegt. Die KBV ging davon aus, dass das Bundesverfassungsgericht die Verfassungswidrigkeit der Versorgungsbudgets für Arznei- und Heilmittel schon feststellen werde. Ministerin

---

<sup>338</sup> Vgl. KBV zieht ihre Vertreter zurück, in: ÄZ vom 19.04.1999.

<sup>339</sup> Vgl. Auf die Industrie kommen drastische Veränderungen zu, in: ÄZ vom 16./17.04.1999.

Fischer wurde daher schlichtweg aufgefordert, "den Irrweg planwirtschaftlicher Gesundheitspolitik" zu verlassen.

Mit Horrorprognosen hatte die KBV schon im ersten Budgetjahr 1993 Politik zu machen versucht. Damals prophezeite Krimmel für 1993, ebenfalls auf der Basis der vorangegangenen Ausgabenwachstums, für 1993 ein Ausgabenvolumen für Arzneien von über 28 Milliarden DM allein im Westen. Dies hätte eine Budgetüberschreitung von vier Milliarden DM bedeutet. Eine derart massive Verunsicherungspolitik verfehlte damals ihre Wirkung nicht; denn die Ärzte traten konsequenterweise auf die Verordnungsbremse, sodass das Budget sogar um 2,2 Milliarden DM unterschritten wurde.<sup>340</sup> Auch damals schien offensichtlich schon die gleiche Taktik angewandt worden zu sein, um die Arzneimittelausgaben innerhalb der Ärzteschaft im Lot zu halten.

Innerhalb der Koalition gab es im April 1999 heftigen Streit darüber, ob die Gesundheitsreform wie geplant zum 1. Januar 2000 in Kraft treten sollte. Die Lage war dermaßen gespannt, dass am 26. April 1999 ein Spitzengespräch zwischen Bundeskanzler Gerhard Schröder, Gesundheitsministerin Andrea Fischer und den Fraktionschefs Peter Struck (SPD) und Rezzo Schlauch (Die Grünen) stattfinden musste, um die Konfliktpunkte auszuräumen. Fischer war von Anfang an dafür, dass die Gesundheitsreform 2000 planmäßig in Kraft trete. Doch einige Sozialdemokraten, wie z.B. der stellvertretende Fraktionschef Dreßler, machten Druck, um den Terminplan um ein halbes Jahr zu verschieben und die Reform nur stufenweise umzusetzen. Eine einheitliche Position nahm die SPD zu dieser Frage nicht ein. Der Kern des Konflikts innerhalb der Koalition wurde zunächst wieder an den Animositäten zwischen Fischer und Dreßler deutlich. Zusätzlich warfen zahlreiche SPD-Politiker der Gesundheitsministerin und ihrem Ministerium handwerkliche Mängel vor. Viele SPD-Politiker hatten offensichtlich Angst, die Reform könne ein "Schnellschuss" werden, bei dem aufgrund der komplizierten Materie dann wieder einiges nachgebessert werden müsse.<sup>341</sup>

Auf dem 48. Deutschen Ärztekongress in Berlin bekräftigte Andrea Fischer am 10. Mai 1999 im vorgesehenen Zeitplan, den Referentenentwurf bald vorzulegen und das Gesetzesvorhaben noch vor der Sommerpause in den Bundestag zu bringen, um dessen 2000 in Kraft treten zu gewährleisten. Fischer räumte ein, sie schließe Schwierigkeiten nicht aus, sei aber "ausgesprochen zuversichtlich", dass dies gelingen werde. Sie verteidigte somit prinzipiell den Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform 2000 und rief nochmals zu konstruktiver Mitarbeit auf. Andrea

---

<sup>340</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Ab dem 6. Oktober gehen die Lichter aus, in: ÄZ vom 26.04.1999.

<sup>341</sup> Vgl. Schütz, Dieter/ Brückner, Karl H.: Gesundheitsreform 2000: Die Angst vor dem Pfusch am Bau wächst – und damit auch die Zeitnot, in: ÄZ vom 27.04.1999.

Fischer erklärte, das System der solidarischen Krankenversicherung könne nur erhalten bleiben, wenn es rasch den geänderten gesellschaftlichen Bedingungen angepasst werde. Sie, für ihren Teil, wolle das System bewahren, und dies für die Zukunft.<sup>342</sup> Fischers Rede wurde allerdings von einer Ärztedemonstration begleitet, denn knapp tausend Ärzte, Helferinnen und Schwestern protestierten vor dem Tagungsort gegen das geplante "Spar-Chaos im Gesundheitswesen".<sup>343</sup> Eine zweitägige Klausurtagung der SPD-Gesundheitsexperten unter der Leitung Rudolf Dreßlers endete am 13. Mai 1999 in Bonn ohne abschließendes Ergebnis. Hauptstreitpunkt unter den Sozialdemokraten war die Steuerung des angestrebten Globalbudgets, durch das die Gesamtausgaben der Krankenkassen begrenzt werden sollten, um somit die Beitragssätze stabil zu halten.<sup>344</sup> Es musste aber, wenigstens darüber waren sich die SPD-Gesundheitsexperten unter der Leitung von Dreßler einig, zu einer einheitlichen Positivliste kommen.<sup>345</sup> Der Arbeitsentwurf vom Gesundheitsministerium wurde entsprechend als allgemein unzureichend zurückgewiesen. Die Folge war, dass die SPD am 17. Mai 1999 ohne einheitliches Konzept in Koalitionsverhandlungen mit den Grünen gehen musste.<sup>346</sup> Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer hatte in ihrem Arbeitsentwurf zur Reform ursprünglich zwei Listen, davon eine für allgemeine Arzneimittel und eine weitere für Arzneimittel besonderer Therapierichtungen vorgeschlagen.<sup>347</sup> Umstritten war bei den Koalitionspartnern vor allem die Erstattungsfähigkeit von Naturheilmitteln und anderen alternativen Medikamenten durch die Kassen.<sup>348</sup> Am 17. Mai setzte sich die SPD in den Beratungen mit ihrer Forderung weitgehend durch, nur noch eine einzige Positivliste zu erstellen. Homöopathische Mittel sollten darin in einem Anhang aufgenommen werden.<sup>349</sup> Allerdings bestand Konsens darüber, dass Naturheilmittel auch weiterhin auf Kosten der Krankenkassen verschrieben werden könnten.<sup>350</sup> Ebenfalls einigte sich die Koalition auf die Schaffung des Globalbudgets, wobei die Verantwortung für dessen Aufstellung und Kontrolle bei den einzelnen Kassen liegen sollte. Damit setzte sich die SPD gegen den ursprünglichen Wunsch der Ministerin Fischer durch, die Kassenverbände in die Verantwortung einzubeziehen.<sup>351</sup>

<sup>342</sup> Vgl. Massive Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 11.05.1999.

<sup>343</sup> Vgl. Ärzte warnen vor „Spar-Chaos“, in: FR vom 11.05.1999.

<sup>344</sup> Vgl. Streit in der SPD über die Steuerung der Kassenausgaben, in: Handelsblatt vom 14./15.05.1999.

<sup>345</sup> Vgl. Rot-Grün streitet um Bezahlung von „sanften“ Arzneimitteln, in: Handelsblatt vom 17.05.1999.

<sup>346</sup> Vgl. Streit in der SPD über die Steuerung der Kassenausgaben, in: Handelsblatt vom 14./15.05.1999.

<sup>347</sup> Vgl. Doch nur eine Positivliste, in: PZ Nr. 20 vom 20.05.1999.

<sup>348</sup> Vgl. Rot-Grün streitet um Bezahlung von „sanften“ Arzneimitteln, in: Handelsblatt vom 17.05.1999.

<sup>349</sup> Vgl. Doch nur eine Positivliste, in: PZ Nr. 20 vom 20.05.1999.

<sup>350</sup> Vgl. Teileinigung bei Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 18.05.1999.

<sup>351</sup> Vgl. AOK wirft Ärzten Boykott vor, in: FR vom 21.05.1999.

Unterdessen forderte das "Aktionsbündnis Mittelstand im Gesundheitswesen"<sup>352</sup> Gerhard Schröder auf, in der Gesundheitspolitik von seiner Richtlinienkompetenz Gebrauch zu machen. Auf einer Kundgebung des Bündnisses hatten am 19. Mai 1999 in Bonn etwa 1500 Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Physiotherapeuten und Helferinnen gegen die geplante Gesundheitsreform protestiert.<sup>353</sup>

Kaum war sich die rot-grüne Koalition über den Referentenentwurf einig geworden, wurde Gesundheitsministerin Andrea Fischer Ende Mai von der AOK mit einer neuen Kostenexplosion konfrontiert. Als besondere Kostentreiber bezeichnete der stellvertretende AOK-Verbandschef, Ernst Picard, den Arzneimittelsektor und die Krankenhausbehandlung. Die Ausgaben für Arzneimittel seien im ersten Quartal allein im Westen um 17,5% und im Osten sogar um 20,2% gestiegen.<sup>354</sup> Für Andrea Fischer muss es niederschmetternd gewesen sein, ausgerechnet in den Bereichen, in denen Kosten durch Budgets gedeckelt waren, die Ausgaben explodieren zu sehen.

Freunde hatte sich die Gesundheitsministerin mit ihrem Arbeitspapier zur Gesundheitsreform nicht gerade gemacht. Der scheidende Präsident der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, warf ihr im Namen des Bündnisses Gesundheit 2000 sogar vor, "ahnungslos" ein "chaotisches Gesetzgebungsverfahren" zu betreiben und dabei den Dialog mit den Betroffenen hartnäckig zu verweigern. Gegenwehr kam auch von den Verbänden der pharmazeutischen Industrie und der Apothekerschaft.<sup>355</sup> Statt besserer Versorgung und geringeren Beiträgen gebe es Budgetierung und Rationierung, kritisierte selbst die CDU-Generalsekretärin Angela Merkel, die bislang zu diesem Thema zurückhaltend geblieben war. Sie bemerkte, die Gesundheitsministerin verspreche mehr Vorsorge, geringere Eigenbeteiligung und bessere Versorgung bei stabilen Beiträgen. Das sei allerdings "die Quadratur des Kreises", so Merkel. Schon durch die Senkung der Zuzahlungen seien die Kosten für Medikamente in den ersten Monaten des Jahres 1999 "weit in die Höhe geschnellt".<sup>356</sup> Fraglich blieb also auch, ob die Gesundheitsministerin die erforderliche Mehrheit für ihr Gesetzesvorhaben im Bundesrat finden würde. Unionsgeführte Länder kündigten an, das Gesetzesvorhaben abzulehnen.<sup>357</sup>

Noch dazu hatte sich im Mai die politische Stimmung für die SPD verschlechtert, für die CDU/CSU dagegen deutlich verbessert. Die SPD wäre bei einer Politba-

<sup>352</sup> Gründung: Anfang 1999, Gründungsmitglieder: Hartmannbund, KBV, Freier Verband Deutscher Zahnärzte und BPI.

<sup>353</sup> Vgl. Bündnis fordert vom Kanzler, auf Ministerin Fischer einzuwirken, in: ÄZ vom 21./22.05.1999.

<sup>354</sup> Vgl. AOK meldet Kostenexplosion, in: Handelsblatt vom 21./22.05.1999.

<sup>355</sup> Vgl. Sorge um Qualität der Medizin und Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, in: ÄZ vom 28./29.05.1999.

<sup>356</sup> Vgl. Proteststurm gegen rot-grüne Gesundheitspläne nimmt weiter zu, in: Handelsblatt vom 27.05.1999.

<sup>357</sup> Vgl. Neue Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 28./29.05.1999.

rometerumfrage nur noch auf 40% gekommen, falls es Bundestagswahlen gegeben hätte. Auch die FDP erreichte einen besseren Wert als im April, wogegen die Grünen an Unterstützung eher verloren. Aber trotz der großen Reibereien zwischen den Leistungsanbietern und Ministerin Fischer stand das Thema Gesundheitspolitik in Deutschland bei der Bevölkerung nur an Platz Nummer fünf.<sup>358</sup>

Derweil eskalierte der Streit um die Gesundheitsreform. Fischer beschuldigte die Ärzte, zur Verhinderung der Reform bewusst unnötige Arzneimittel zu verschreiben. Den KVen drohte sie mit rechtlichen Schritten. Sämtliche großen Ärzteverbände reagierten zum Auftakt der Ärztwoche in Cottbus mit Empörung.<sup>359</sup> Der Streit zwischen Andrea Fischer und den Ärzten spitzte sich daraufhin noch mehr zu. In einer außergewöhnlich aggressiven Rede hatte der KBV-Vorsitzende Winfried Schorre Ministerin Fischer "Ideologie und Vorurteile" vorgeworfen. Die KBV lehnte den Referentenentwurf in toto ab. Auch Korrekturen in Einzelheiten sollten daran nichts ändern, denn Rationierung, Risikoselektion und Verluste von Arbeitsplätzen in sechsstelliger Höhe seien laut KBV vorauszusehen, falls die Gesundheitsreform 2000 so wie im vorliegenden Entwurf umgesetzt werde. Vor Journalisten drohte Schorre mit einem gesundheitspolitischen Chaos, das allen wehtun werde, Ärzten, Patienten und auch der Politik.

Es lässt sich feststellen, dass sachliche Beiträge zu diesem Zeitpunkt von populistischen Phrasen überlagert waren. Deutlich war allerdings, dass die Ärzte und ihre Repräsentanten mit der Gesundheitsministerin keinen Konsens mehr finden konnten. Die Ärzte versuchten Andrea Fischer unter Druck zu setzen, um sie zum Rückzug ihres Entwurfs zur Gesundheitsreform zu bewegen. Wahrscheinlich unterschätzten sie zum einen Fischers Rückhaltevermögen und zum anderen die ihr gewährte Rückendeckung durch den Kanzlers sowie, und was vielleicht noch wichtiger war, die ihres Hauptkontrahenten in der Arzneimittelpolitik, Rudolf Dreßler.

Trotz der Eskalation gab die Ministerin bekannt, dass sie den Streit mit den Ärzten durch Gespräche ausräumen wolle.<sup>360</sup> Fischer versuchte den Streit zu deeskalieren, indem sie bei der Eröffnung des 102. Deutschen Ärztetages in Cottbus an Bundesärztekammer und KBV appellierte, wieder eine gemeinsame Gesprächsgrundlage zu finden. Fischer bedauerte ausdrücklich, dass in Folge ihrer Kritik an den Arzneiausgaben im ersten Quartal der Eindruck entstanden sei, sie wolle die Ärzteschaft unethischen Verhaltens bezichtigen, denn das sei nicht ihre Absicht gewesen. Die Ministerin sah ein, dass gesunkene Zuzahlungen,

---

<sup>358</sup> Vgl. Die Union hat die SPD wieder überholt, in: SZ vom 22./23./24.05.1999.

<sup>359</sup> Vgl. Streit zwischen Andrea Fischer und den Ärzten spitzt sich zu, in: Handelsblatt vom 31.05.1999.

<sup>360</sup> Vgl. KBV kündigt massiven Widerstand gegen die Gesundheitsreform an, in: ÄZ vom 01.06.1999.

Mehrwertsteuererhöhung und Grippewelle Mitursachen des Ausgabenwachstums gewesen seien. Höchstwahrscheinlich machte Fischer diese Zugeständnisse, nachdem Jürgen Bausch, Vorstandsmitglied des KBV, nach einer Analyse das starke Ausgabenwachstum unter anderem auf eine extreme Virusgrippewelle, starkes Wachstum bei innovativen Spezialpräparaten zur Behandlung schwerster Krankheiten und schließlich auf rückläufige Zuzahlungen aufgrund des Solidaritätsstärkungsgesetzes zurückführen konnte.<sup>361</sup>

Als bekannt wurde, dass die GKV im ersten Quartal 1999 ein Defizit von 2,23 Milliarden DM erzielt hatte, wobei die größten Verluste im Bereich der Arzneimittel lagen, kommentierte die Gesundheitsministerin diesen Ausgabenanstieg sehr vorsichtig. Als "Sondereffekte" bezeichnete sie jetzt die Grippewelle Anfang des Jahres und die Übernahme ehemaliger Versicherten-Zuzahlungen durch die Kassen.<sup>362</sup> Fischer verhielt sich damit äußerst zurückhaltend und wollte wohl in dieser Situation die Anfeindungen seitens der Akteure weiter beschwichtigen.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass auch die privaten Krankenkassen einen Anstieg bei den Arzneimitteln zu verzeichnen hatten.<sup>363</sup>

Im Streit um die Gesundheitsreform verteidigte Bundeskanzler Schröder die Politik seiner rot-grünen Regierung massiv gegen die Ärzteproteste und kündigte zugleich Kampfbereitschaft an. Das Konzept seiner Ministerin sei richtig und ein "schlüssiges Politikangebot", so Schröder. Der Konflikt mit den Ärzten müsse durchgestanden werden.<sup>364</sup> Fast genau die gleichen Worte benutzte Rudolf Dreßler. Er zeigte sich unbeeindruckt von den Ärzteprotesten. Die Regierung müsse den Konflikt durchstehen und dürfe sich in dieser Frage nicht erpressen lassen, so Dreßler.<sup>365</sup> Er verteidigte die Reform genauso wie Kanzler Schröder und Ministerin Fischer, indem er behauptete, manche Ärzte vermittelten den Eindruck, dass nicht mehr ausreichend medizinisch untersucht werden könne oder notwendige Medikamente nicht mehr hinreichend verschrieben werden dürften. Mit dem neu gewählten Ärztekammerpräsidenten Jörg-Dietrich Hoppe sehe er allerdings die Chance zu einem Neuanfang.<sup>366</sup>

Inzwischen bekamen die Ärzte Rückendeckung von einem Hochschullehrer des Sozialrechts, Juraprofessor Rainer Pitschas, welcher erklärte, das geplante Globalbudget für Ärzte verstieße gegen die Grundrechte der Versicherten. Pitschas sah damit gute Chancen für die von der KBV angedrohte Verfassungsklage. Er

---

<sup>361</sup> Vgl. Arzneiausgaben wachsen etwas langsamer, in: ÄZ vom 02.06.1999.

<sup>362</sup> Vgl. Verwaltungskosten der Kassen sind stark gestiegen, in: ÄZ vom 04./05.06.1999.

<sup>363</sup> Vgl. Private Krankenkassen stöhnen über den starken Kostenanstieg, in: Handelsblatt vom 10.06.1999.

<sup>364</sup> Vgl. Schröder verteidigt Gesundheitspolitik, in: Handelsblatt vom 07.06.1999.

<sup>365</sup> Vgl. Ärztetag bleibt im Streit mit Fischer auf Konfrontationskurs, in: Handelsblatt vom 04./05.06.1999.

<sup>366</sup> Vgl. Schröder verteidigt Gesundheitspolitik, in: Handelsblatt vom 07.06.1999.

argumentierte, dass die Autonomie des Beitragszahlers verletzt sei, wenn der Arzt am Quartalsende zu dem Patienten sagen müsse, er habe nur noch 5,66 DM und das reiche nicht mehr für das erforderliche Medikament. Die Regelung gerate zudem in Konflikt mit der Therapieverantwortung des Mediziners, der auch bei einer Erschöpfung des Budgets seinen Patienten und, vor allem, dem hippokratischen Eid verpflichtet bleibe.<sup>367</sup> Genau diese Konstellation war schon Alltag in den Praxen, natürlich auf Kosten der Patienten, und an Primärprävention wurde gar nicht mehr gedacht, da diese viel zu kostspielig gewesen wäre. Andrea Fischer war wieder einmal mit einem neuen Gutachten konfrontiert worden, was ihr Vorhaben nicht gerade erleichterte.

Am 23. Juni 1999 beschloss das Kabinett die Gesundheitsreform 2000. Im Rahmen dieser, sollte ein sektorübergreifendes Globalbudget die Gewähr für stabile Beitragssätze leisten, indem hier sämtliche Ausgaben für die einzelnen Krankenkassen für jedes Jahr festgeschrieben stünden. Die Kassen wurden verpflichtet, etwaige Überschreitungen ihrer jeweiligen Budgetgrenze innerhalb von zwei Jahren auszugleichen.<sup>368</sup> Fischer bemerkte, der Gesetzentwurf habe nach Expertenanhörungen lediglich undramatische Änderungen erfahren.<sup>369</sup> An den zentralen Zielen und Mitteln der Arzneimittelmarktreform gab es keine Abstriche. So blieb es z.B. dabei, dass Apotheker gesetzlich verpflichtet wurden, auch preisgünstige Importarzneimittel auszugeben. Vor allem aber hielt die Bundesregierung an ihrem Benchmarking-Modell bei der Vereinbarung der regionalen Arzneimittelbudgets fest, wonach die Ausgaben der GKV-Ausgaben bundesweit auf den Durchschnittswert der drei Regionen mit den niedrigsten Pro-Kopf-Ausgaben heruntergefahren werden sollten.

Cornelia Yzer, Hauptgeschäftsführerin des VFA klagte, dass, verglichen mit dem Arbeitsentwurf des Gesetzes, der Kabinettsbeschluss ein Rückschritt sei. Dies betreffe vor allem die geplante Positivliste der in der GKV erstattungsfähigen Mittel. Zunächst war in der Tat vorgesehen, dass neue Präparate mit ihrer Zulassung automatisch zu Lasten der GKV verordnungsfähig sein sollten. Die Erstattungsfähigkeit bliebe dann erhalten, wenn sie nach Ablauf eines Jahres noch immer auf der aktualisierten Positivliste aufgeführt wären. Das Kabinett hatte nun aber eine andere Fassung beschlossen: Ein Hersteller kann die Aufnahme eines seiner Mittel in die Positivliste zwar beantragen, aber bei neuen Präparaten habe jetzt das Institut für Arzneimittelordnung, das beim Gesundheitsministerium eingerichtet sei, innerhalb von drei Monaten nach der Zulassung über die Aufnahme

---

<sup>367</sup> Vgl. „Globalbudget wäre verfassungswidrig“, in: Handelsblatt vom 01.06.1999.

<sup>368</sup> Vgl. Kabinett beschließt Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 24.06.1999.

<sup>369</sup> Vgl. Fischer: GKV leidet nicht unter Sparhaushalt, in: Handelsblatt vom 25./26.06.1999.

des Mittels in die Positivliste zu entscheiden. Sollte keine fristgerechte Entscheidung zustande kommen, so gelte das Mittel zunächst bis zu einem gegenteiligen Beschluss als erstattungsfähig. Bei drei Monaten Verzögerung werde es kaum bleiben, bemerkte Yzer. Zwischen Zulassung und Bekanntmachung eines Medikamentes im Bundesanzeiger könnten noch mal drei Monate oder mehr vergehen, und im schlimmsten Fall müsse der Hersteller ein Jahr auf die Aufnahme eines neuen Mittels in die Positivliste warten. Das verursache nicht nur Hunderte von Millionen DM Kosten, sondern sei für den Zugang der Patienten zu neuen Medikamenten "katastrophal", so Yzer.<sup>370</sup>

Der Blick auf die Umfragewerte im Juni 1999 war für die Bundesregierung genauso unerfreulich wie im Monat Mai 1999. Die Wähler bestraften die Koalition für den Reformstau und die endlosen Querelen wie zum Beispiel um die Sparprogramme des Bundesfinanzministers Hans Eichel oder die 630-Mark-Jobs.<sup>371</sup> Für Bundeskanzler Schröder war daher die anstehende Gesundheitsreform ein sehr wichtiges Anliegen, um demonstrieren zu können, dass die Bundesregierung doch noch etwas bewirken konnte.

Ende Juni startete Andrea Fischer eine Info-Kampagne zur Gesundheitsreform im Zirkus Roncalli in Köln.<sup>372</sup> In elf Städten wollte die Gesundheitsministerin mit ihrer Kampagne an der Basis für ihr Gesetzesvorhaben werben. Eine Million DM sollte die PR-Aktion kosten<sup>373</sup> und der Gesundheitsministerin erlauben, gestärkt in die erste Bundestagsberatung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000 zu gehen.

## 6.5. Ergebnis der Teilanalyse

Nachdem Anfang März 1999 das veröffentlichte Eckpunktepapier der Koalition zur Gesundheitsreform 2000 keineswegs Klarheit über den einzuschlagenden Kurs gebracht hatte, gab es im darauffolgenden Monat heftigen Streit darüber, ob diese wie geplant zum 1. Januar 2000 in Kraft treten sollte. Die Lage war dermaßen gespannt, dass am 26. April 1999 ein Spitzengespräch mit Bundeskanzler Gerhard Schröder, Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer, SPD-Fraktionsvorsitzender Peter Struck und Grünen-Fraktionschef Rezzo Schlauch stattfinden musste, um die Konfliktpunkte auszuräumen.

<sup>370</sup> Vgl. Pharma-Industrie: Der Reformentwurf behindert Innovationen, in: FAZ vom 30.06.1999.

<sup>371</sup> Vgl. Gillies, Peter: Der Kurs der Regierung fällt, in: Die Welt vom 22.06.1999.

<sup>372</sup> Vgl. Krüger, Anja: Schorre packt seine Narrenkappe gar nicht erst aus, in: ÄZ vom 29.06.1999.

<sup>373</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Kabinettsentwurf stößt auf wenig Gegenliebe, in: PZ vom 01.07.1999.



Eine zweitägige Koalitionsklausur Mitte Mai zur Gesundheitsreform 2000 führte zu einem Teilergebnis, das zwar noch nicht die Endfassung, aber immerhin die Richtung der Koalition festlegte.

Andrea Fischer glaubte durch ein Globalbudget die Ausgabendynamik unter anderem auch im Arzneimittelwesen steuern zu können. Laut Fischers Entwurf, sollten die Krankenkassen sowie deren Landes- und Spitzenverbände "das Nähere zur Einhaltung des Globalbudgets" regeln. Letzten Endes bedeutete das nichts anderes, als die Verantwortung ab dem Punkt, wo die Ministerin nicht mehr weiter wusste, auf die Krankenkassen zu übertragen, die nun über eine gemeinsame und einheitliche Ausgabenbegrenzung für Arzneimittel, Arzthonorare, Krankengymnastik und Massagen verfügen sollten. War das Budget erschöpft, mussten Leistungen einfach verweigert werden.

Begleitet von massiven Protesten der Ärzte verteidigte Fischer ihre Pläne zur Reform des Gesundheitswesens. So wie ihr Mitstreiter, SPD-Fraktionsvize Dreßler, glaubte sie mit ihrem Globalbudget ein Mittel gefunden zu haben, mit dem sie die Kassenausgaben in den Rahmen zwingen konnten, welcher durch die Höhe des Beitragssatzes der GKV begrenzt war. Die Instrumente, die die Koalition benutzte, deuteten auf eine dirigistische Steuerung des Systems hin, welche durch immer mehr Vorgaben und Kontrollen gesichert werden sollte. Insbesondere sah die Ministerin im Globalbudget ein Instrument, das eine flexible Steuerung des Leistungsgeschehens unter anderem im Arzneimittelmarkt gewährleisten sollte. Die Verantwortung trugen somit die jeweiligen Krankenkassen vor Ort, deren Landesverbände nur dann eingreifen mussten, wenn in einer Teilsumme eine Budgetüberschreitung drohte. Gleichzeitig kam es durch die Verfügungsgewalt über die Budgets, also auch das Arzneimittelbudget, zu einer vermeintlichen Machtverlagerung hin zu den Krankenkassen. Die rot-grüne Koalition setzte im Gegensatz zur Opposition auf Dirigismus statt Wettbewerb und auf Rationierung statt Eigenverantwortung.

Die Ärzte befürchteten, dass sie mit der Gesundheitsreform entmachteter werden und die Kassen ihre Selbstverwaltung zerschlagen könnten. Die Ärzte sorgten sich um die Zukunft des Gesundheitswesens angesichts der nicht mehr gewährleisteten innovativen Medizin mangels innovativer Medikamente. Überdies warnen sie vor den Folgen eines noch nicht geklärten Globalbudgets.

Bundeskanzler Schröder schaltete sich daraufhin kurzfristig schon zum zweiten Male in den eskalierenden Streit um die Gesundheitsreform 2000 ein und verteidigte die Politik seiner rot-grünen Regierung massiv gegen die Ärzteproteste.

Nach dem ganzen Proteststurm konnte Andrea Fischer trotz allem ein Erfolgserlebnis verbuchen: Der Gesetzentwurf wurde am 23. Juni 1999 vom Kabinett gebilligt.

Andrea Fischer hatte sich sehr angestrengt, den Terminplan einzuhalten, aber sie hatte Ärzte, Pharmaverbände und Apotheker gegen sich aufgebracht. Unterstützung bekam sie nur von den Kassen, die lange Zeit so taten, als seien sie von der Gesundheitsreform nicht begeistert gewesen, um wohl in der Öffentlichkeit nicht den Eindruck zu erwecken, sie seien die eigentlichen Gewinner der Reform. Ihr Machtzuwachs war jedoch unbestreitbar.

Die Gesundheitsreform 2000 musste ein Erfolg werden, aber die größte Gefahr blieb für die Ministerin die Tatsache, dass der Entwurf durch den Bundesrat zu Fall gebracht werden konnte, da die Koalition seit der Landtagswahl in Hessen im Februar 1999 hier keine absolute Mehrheit mehr besaß.

Mit einer nicht gerade preiswerten Info-Kampagne zur Gesundheitsreform wollte die Gesundheitsministerin für ihre Reform werben, um so gestärkt in die erste Bundestagsberatung des Gesetzentwurfes zur Gesundheitsreform 2000 am 30. Juni 1999 zu gehen.

Die bisherige, neunmonatige Regierungszeit der rot-grünen Bundesregierung war gekennzeichnet von einem dringenden Wunsch zur Reform in der Gesundheitspolitik. Letzten Endes wurde aber nur unentschlossen an den Symptomen "herumgebastelt", was im besonderen Maße für den Arzneimittelmarkt gilt.

## **7. Die Verhandlungen zwischen Koalition und Spitzenverbänden der Ärzteschaft um das Notprogramm gegen die drohenden Arzneimittelbudgetüberschreitungen**

Am 30. Juni 1999 fand die erste Beratung des von den Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen eingebrachten Gesetzentwurfs zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ab dem Jahr 2000 statt.<sup>374</sup>

Unterdessen ging der Rechtsstreit um die Arzneimittelrichtlinien weiter. Das Landgericht München kam am 30. Juni 1999 zu einem ganz anderen Ergebnis als das Landgericht Hamburg im März des gleichen Jahres. Den klagenden Pharmaherstellern, so die Richter, stehe kein Anspruch auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen die Arzneimittelrichtlinien zu. Weder aus dem Gesetz über den unlauteren Wettbewerb noch aus dem Gesetz über Wettbewerbsbeschränkungen und auch nicht aus dem europäischen Kartellrecht des EG-Vertrages könne ein entsprechender Verbotsanspruch abgeleitet werden.

Sämtliche wettbewerbsrechtlichen oder kartellrechtlichen Vorschriften, auf die sich die klagenden Arzneimittelfirmen gestützt hatten, könnten so gesehen auf den Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen (BAK) und somit seine Richtlinien nicht angewendet werden. Denn bei diesem Ausschuss, so das Landgericht, handele es sich gerade nicht um ein wirtschaftliches Unternehmen oder eine Unternehmungsvereinigung, sondern er sei vielmehr ein hoheitlich handelndes Organ, das beim Erlass von Richtlinien einem gesetzlichen Auftrag nachkomme. Der Staat und seine Organe seien im Bereich der hoheitlichen Verwaltung zur Verfolgung öffentlicher Zwecke von der Geltung des Kartell- und Wettbewerbsrechts ausgenommen.<sup>375</sup>

Derweil sah die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die drohende Gefahr einer Budgetüberschreitung bei allen 23 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen). Mit einem Notprogramm gegen drohende Arzneimittelbudgetüberschreitungen plante die KBV für Herbst 1999 die Rationierung medizinischer Leistungen.<sup>376</sup> Diesem Vorhaben zu Folge sollte den Kassenärzten empfohlen werden, nicht mehr Originalpräparate, sondern ein preisgünstiges Generikum zu verschreiben. Für nicht zwingend notwendige Medikamente sollte eine Warteliste für das Jahr 2000 eingeführt werden, desgleichen für innovative Medikamente, die angeblich

---

<sup>374</sup> Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4151.

<sup>375</sup> Schütz, Dieter: Rechtsstreit geht weiter, in: PZ Nr. 29 vom 22.07.1999; Landgericht München, Az.: 21 O 5205/99; Landgericht München, Az.: 21 O 6058/99.

<sup>376</sup> Vgl. Wartelisten und Notrezepte – Ärzte empören sich über KBV-Sparbefehle, in: ÄZ vom 21.07.1999.

keinen neuen Therapiefortschritt brachten.<sup>377</sup> Dieses Notprogramm provozierte sowohl bei der Ärzteschaft als auch in der Politik Unverständnis und Empörung.<sup>378</sup>

Mitte August verständigte sich die Gesundheitsministerin Andrea Fischer mit der KBV und den gesetzlichen Krankenkassen dann doch noch über ein *Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arznei- und Heilmittelbudgets*.<sup>379</sup>

Am 5. September 1999 fanden Landtagswahlen im Saarland und in Brandenburg statt, die für die SPD im Desaster endeten. Bei den Landtagswahlen in Brandenburg war die SPD mit Verlusten von rund 15 Prozentpunkten auf 39,3% abgestürzt; die CDU legte um fast acht Punkte auf 26,6% zu. Im Saarland verlor die SPD mit nur noch 44,4% ihre absolute Mehrheit an die CDU (45,5%).<sup>380</sup>

Zwischenzeitlich drohten sowohl Fischer als auch die Ärzteschaft quasi reziprok, aus dem gerade erst gefundenen Kompromiss zur Einhaltung des Arznei- und Heilmittelbudgets auszusteigen.<sup>381</sup> Der Streit eskalierte dermaßen, dass das Bündnis für Gesundheit 2000 aufrief, gegen die Gesundheitsreform zu demonstrieren. In zehn deutschen Städten begannen daher am 6. September 1999 Massenproteste und Flugblattaktionen gegen die geplante Reform.<sup>382</sup>

Eine Woche darauf, am 12. September, fanden Landtagswahlen in Thüringen statt, die wiederum mit einer Wahlniederlage für die SPD endeten.<sup>383</sup>

Am 15. September 1999 wies der Bundesgerichtshof die Beschwerde eines Herstellers von nichtsteroidalen Antirheumatika<sup>384</sup> zurück, der sich durch negative Empfehlungen seitens der KVen und Kassen in Schleswig-Holstein im Wettbewerb behindert sah. Das Fazit dieses Beschlusses lautete, dass die Frage, ob eine KV oder eine gesetzliche Krankenkasse ihre Kompetenzen durch die Veröffentlichung von Verordnungsempfehlungen überschritten hat, von Sozialgerichten zu prüfen sei. In der Begründung hieß es, etwaige Wettbewerbsnachteile des Unternehmens beruhten nicht auf einem zielgerichteten und bewussten Eingriff in den Wettbewerb seitens der Kassen, sondern stellten einen schlichten Unterfall dar. Die Entscheidung, ob der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet sei, hänge maßgeblich davon ab, ob das Schwergewicht des Rechtsstreits in einem

<sup>377</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Gesundheitsministerin Fischer fürchtet Ärzte-Protest, in: Die Welt vom 17.08.1999.

<sup>378</sup> Vgl. Wartelisten und Notrezepte – Ärzte empören sich über KBV-Sparbefehle, in: ÄZ vom 21.07.1999.

<sup>379</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Der neue Sparkurs ist jetzt abgesteckt, in: PZ Nr. 38 vom 23.09.1999.

<sup>380</sup> Vgl. SPD lehnt Kurswechsel ab, in: Handelsblatt vom 7.09.1999.

<sup>381</sup> Vgl. Streit über Arzneimittelbudget eskaliert, in: Handelsblatt vom 24./25.09.1999.

<sup>382</sup> Vgl. Doemens, Karl: Front gegen Globalbudget, in: FR vom 07.09.1999.

<sup>383</sup> Vgl. Bundesrat ohne klare Mehrheit, in: FR vom 13.09.1999.

<sup>384</sup> Antirheumatika sind Mittel zur Behandlung rheumatischer Krankheiten. Nicht-steroidale Antirheumatika sind im Allgemeinen sogenannte Prostaglandinsynthesehemmer wie z.B. Acetylsalicylsäure. Vgl. Hoffmann-La Roche AG/ Urban & Schwarzenberg (Hg.): Roche Lexikon der Medizin, 3. Aufl., München 1993, S. 84, 1354.

Aufgabenbereich anzusiedeln sei, dessen Erfüllung den öffentlich rechtlichen Körperschaften nach dem SGB V obliege.<sup>385</sup>

Erstmals gingen mehr als 25.000 Angehörige der Gesundheitsberufe am 22. September in Berlin gegen die Inhalte der geplanten Gesundheitsreform auf die Straße.<sup>386</sup>

Die Berliner Wahl am 10. Oktober 1999 war die letzte von insgesamt sieben Landtagswahlen im Jahr 1999. Nach dem amtlichen Endergebnis ging hier die CDU, neuerlich mit 40,8%, als stärkste Partei aus der Wahl zum Abgeordnetenhaus hervor. Die SPD erreichte nur 22,4% und fiel damit wiederum weit zurück.<sup>387</sup>

### **7.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung**

In der ersten Lesung des Gesetzentwurfs zur Reform der GKV am 30. Juni 1999 beteuerte Gesundheitsministerin Andrea Fischer, es sei ihre tiefe Überzeugung, dass Strukturreformen im Gesundheitswesen vorgenommen werden müssen und dass mit dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf diejenigen Reformen angegangen werden, die seit langem notwendig und zum Teil überfällig seien. Sie verteidigte daher vehement ihren Gesetzentwurf und verwies auf einen auffälligen Mangel an konstruktiven Vorschlägen seitens derer, die gegen dieses Gesetz opponierten und andere Ansichten vertraten.

Der medizinische Fortschritt sei, so die Ministerin, eine große Herausforderung und biete in kurzen Abständen neue Erkenntnisse und Möglichkeiten im Bereich der Arzneimittel und solle daher, soweit es sinnvoll sei, den Versicherten der GKV zur Verfügung stehen, wie zum Beispiel im Bereich neuer Medikamente gegen die Krankheit Aids.

Es sei auch zu einfach, zu behaupten, der medizinische Fortschritt koste Geld, also "müsse immer mehr Geld draufgepackt" werden. Denn nach Fischers Meinung brauche dieses System nur eine ständige selbstkritische Überprüfung, um notfalls alte Verfahren durch neue zu ersetzen. Ein stärkeres Qualitätsmanagement müsse in Praxis und Klinik verankert werden und gerade die Positivliste sei so ein Instrument der Qualitätssicherung. Andrea Fischer bot an, denjenigen, die mit dem sehr unübersichtlichen Arzneimittelmarkt zu tun hätten, Hilfestellung und

---

<sup>385</sup> Vgl. BGH: Arznei- Info von KV und Kassen ist hoheitliche Aufgabe, in: ÄZ vom 06.12.1999; BGH, Az.: I ZB 59/98.

<sup>386</sup> Vgl. Hoppe, Jörg Dietrich: Das Bündnis Gesundheit 2000 kann jetzt sagen: Wir sind das Gesundheitswesen!, in: ÄZ vom 27.09.1999.

<sup>387</sup> Vgl. Berliner SPD stellt große Koalition in Frage, in: SZ vom 12.10.1999.

Anleitung zu geben. Was die Positivliste anbelange, so halte ihrer Meinung nach die Ärzteschaft diese für angemessen, um Ordnung in dem Arzneimittelmarkt zu bringen und damit die Qualität der Behandlung zu steigern.

Was das am meisten umstrittene Globalbudget betreffe, so verberge sich hinter der Kritik zunächst einmal nichts anderes als die Forderung nach Beitragsstabilität. Die Beitragsstabilität so die Gesundheitsministerin sei nicht eine Erfindung der neuen Regierung, sondern als Prinzip bereits vor zehn Jahren in das Sozialgesetzbuch V aufgenommen worden, also weit vor ihrer Zeit. Es handele sich also um ein in der Gesundheitspolitik schon lang anerkanntes Ziel. Andrea Fischer wollte zur Abwechslung wieder einmal erkennen lassen, dass sie bereit für einen offenen Dialog sei.<sup>388</sup>

Der stellvertretende SPD-Fraktionschef Rudolf Dreßler verteidigte in der gleichen Bundestagsdebatte, ebenso wie Gesundheitsministerin Andrea Fischer, den vorgelegten Gesetzentwurf. Er griff die Opposition an, indem er feststellte, die SPD-Fraktion habe schon mehrfach 1989, 1992 und 1996, schriftliche, gesetzgebungsreife Alternativen vorgelegt, als es um die großen Auseinandersetzungen in der Gesundheitspolitik ging, wogegen die CDU/CSU es bis zu dieser Minute noch nicht einmal zu einem einzigen Satz gebracht hätte.

Mit dem vorgelegten Gesetzentwurf erfülle übrigens die rot-grüne Bundesregierung ihr vor den Bundestagswahlen gegebenes Versprechen, denn die Koalition habe in Sachen Umgestaltung des Gesundheitswesens Wort gehalten.

Dreßler wies wiederholt darauf hin, dass in Deutschland rund 50.000 Arzneimittel auf dem Markt seien, von denen viele nicht einmal zugelassen, sondern lediglich nach Uraltrecht registriert seien. Die Schweiz z.B. käme dagegen mit rund einem fünftel dieser Zahl aus. Jeder Arzt, so Dreßler, der mehr als 600 Präparate in seinem Verordnungsspektrum hat, werde von seinen Kollegen offen als Gesundheitsrisiko gebrandmarkt. Hierzulande handele es sich schlichtweg um Überkapazitäten, die teuer und weitgehend nutzlos seien. Er verwies auf den Gesetzentwurf zur Reform der GKV 2000 der belege, nach welchem die Koalitionsfraktionen diese Überkapazitäten zurückführen wolle.

Rudolf Dreßler betonte, so wie auch Andrea Fischer, dass die Positivliste einzuführen sei, da sie eine Qualitätsverbesserung der Arzneimittelverordnung in der Kassenpraxis darstelle werde.<sup>389</sup>

Der SPD-Abgeordnete Horst Schmidbauer beklagte in der Bundestagsdebatte zum Thema Arzneimittel, dass die EMNID-Umfrage, die Apotheker seinerzeit in Auftrag gegeben hatten, einfach vernachlässigt worden sei. Die Ergebnisse be-

---

<sup>388</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4151-4157.

<sup>389</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4162-4165.

legten nämlich, dass 41% der Patienten nicht mehr zum Arzt gingen und von den Verbliebenen knapp 50% ihr Rezept nicht voll oder gar nicht einlösten. 18% der Patienten hatten Verordnungen nur noch bei schwerwiegender Krankheit eingelöst. Auch der Verbrauch rezeptfreier Arzneimittel ging um 1% zurück. Hier sei der Beweis, dass die "Abzockerei" der CDU/CSU die Belastungsgrenze der Patienten erreicht habe. Die hohen Zuzahlungen führten zu mehr chronischen Krankheiten, und eben diese zusätzliche Zahl chronisch Kranker sei es, die letzten Endes die Krankenkassen massiv Geld koste.<sup>390</sup>

Anfang August 1999 lud Andrea Fischer die Vertreter der Selbstverwaltung, also der Krankenkassen und Ärzte, zu einem Gespräch über die Budgets und ihre Einhaltung ein. Sie erwartete von allen Beteiligten konkrete Vorschläge und betonte, die Budgetierung sei ein unumgängliches Steuerungsinstrument für eine wirtschaftliche Verordnungsweise. Fischer sah in diesem Bereich noch beträchtliche Verbesserungsmöglichkeiten, die mit den Selbstverwaltungsorganen besprochen werden mussten. So beispielsweise die Frage nach der wirtschaftlichen Verordnung notwendiger Medikamente, die sicherstelle, dass jeder Patient das bekäme, was er auch brauche.<sup>391</sup>

In der Bundestagshaushaltsdebatte vom 17. September 1999, räumte Fischer erstmals öffentlich ein, dass die Bundesregierung an Zugeständnissen bei der Gesundheitsreform nicht vorbeikomme. Sie schlug deshalb vor, dass der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG) einmal im Jahr einen Bericht zur medizinischen Versorgung vorlegen solle. Auf dieser Basis könne dann eventuell über eine Aufstockung des Budgets diskutiert werden. Mit der Zusatzbemerkung "Kompromisse gehören zum politischen Geschäft" wendete sie sich direkt dabei an die Opposition.<sup>392</sup>

Die SPD wollte im Streit um die Einhaltung der Budgets den Ärzten endlich entgegenkommen und ließ die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Gudrun Schaich-Walch, ankündigen, künftig solle es doch keine Kollektivhaftung der Ärzte bei einer Überschreitung des Arzneibudgets mehr geben. Die SPD wolle der Gesundheitsministerin einen entsprechenden Vorschlag unterbreiten. Auch jeglicher Einzelhaftung eines Arztes solle eine Wirtschaftlichkeitsprüfung vorausgehen, was jedoch noch nicht für das laufende Jahr gelten könne. Schaich-Walch

---

<sup>390</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4189.

<sup>391</sup> Vgl. Hujer, Marc: „Das Notprogramm der Ärzte ist völlig unakzeptabel“, in: SZ vom 11.08.1999.

<sup>392</sup> Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 56. Sitzung, Drucksache 14/1400 vom 17.09.1999, S. 5025-5028.

erklärte hierzu, dass wenn für das Jahr 2000 eine gute Lösung gefunden werde, es auch eine Basis für 1999 gebe, auf der man sich verständigen könne.

Die SPD-Politikerin kritisierte die Gesundheitsministerin, da diese im Streit um die Einhaltung des Arzneimittelbudgets die Verhandlungen mit der KBV einfach für beendet erklärt hatte und bekundete, sie verstehe zwar den Verdruss der Ministerin, hätte aber selber anders gehandelt. Die Debatte um die Gesundheitsreform sei nun einmal "unglaublich aufgeheizt" und es mangle überall an einer gewissen Sachlichkeit. Aber gerade in dieser Situation habe die Politik die Verpflichtung, kühlen Kopf zu bewahren, so Schaich-Walch.<sup>393</sup>

Für eine Überraschung sorgte der SPD-Landtagsabgeordnete Claus-Dieter Müller in einer Diskussionsrunde des Marburger Bundes Ende September in Bad Segeberg. Er verteidigte nicht wie erwartet die Reform, sondern wies auf deren Schwächen hin, wie beispielsweise das Globalbudget. Er bemängelte, dass die Kostenobergrenze am Jahresende nur schwer einzuhalten sei, wenn unplanmäßige Leistungen erbracht werden müssten, wie etwa bei einer Grippewelle. Er habe ethische Bedenken dagegen. Warum gerade er zu dieser Diskussionsrunde geschickt worden sei, konnte Müller nur mutmaßen. Er äußerte diesbezüglich, die Gesundheitsexperten der SPD "hätten wohl Angst vor Prügel" gehabt.<sup>394</sup>

Am 1. Oktober 1999 kamen sich in Berlin die Gesundheitspolitiker der Koalitionsfraktionen und die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer endlich entgegen. Der Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 wurde in zentralen Bereichen nachgebessert und präzisiert. Folgende Ergebnisse waren erzielt worden:

- Das Globalbudget solle die Veränderungen der Grundlohnsumme zeitnäher abbilden als bisher geplant. Im Vergleich zu 1999 dürften nunmehr die Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenkasse im Jahr 2000 um 2%, also etwa fünf Milliarden DM, steigen. Zudem solle der Sachverständigenrat erstmals im Frühsommer 2001 eine Expertise über den Versorgungsbedarf vorlegen.
- Krankenkassen und Vertragsärzte seien zukünftig verpflichtet, Richtgrößen mit zeitnahen Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab 105% auszuhandeln.
- Sektorale Arzneibudgets blieben solange bestehen, bis das Richtgrößen-Modell mit Individualhaftung funktionsfähig realisiert sei.
- Arzneibudgets hätten sich jetzt an den KVen im unteren Ausgabendrittel zu orientieren und nicht mehr an den drei Regionen mit den niedrigsten

<sup>393</sup> Vgl. Kollektivhaftung wird es vielleicht nicht mehr geben, in: ÄZ vom 27.09.1999.

<sup>394</sup> Vgl. Nicht mal der SPD-Mann verteidigte die Reform, in: ÄZ vom 27.09.1999.



Pro-Kopf-Ausgaben, wie bisher geplant. Ergänzend werde ein sozialer Faktor berücksichtigt, um Verzerrungen aufgrund vieler Härtefälle in der Region zu vermeiden. Das Benchmarking-System werde so entschärft.

- Es werde sichergestellt, dass die Entscheidung über die Aufnahme neuer Präparate in die Positivliste spätestens drei Monate nach der Zulassung gefallen sei.<sup>395</sup>
- Eine neue Regelung sollte es zur geforderten Abgabe von Re-Importarzneimitteln durch Apotheker geben. Die Abgabe von preisgünstigen Importarzneimitteln solle durch einen Rahmenvertrag zwischen Krankenkassen und Apothekerschaft geregelt werden.

Die Neureglung von Re-Importarzneimitteln begründete die Bundesregierung damit, dass das bisherige Volumen an Parallel- und Re-Importarzneimitteln nicht ausreiche, um den nationalen Versorgungsbedarf zu decken.<sup>396</sup>

Nach der Sitzung, bezeichnete die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion Gudrun Schaich-Walch die Verhandlungsrunde als ausgesprochen konstruktiv, denn Einwände und Anregungen des Gesundheitsausschusses und der Akteure des Gesundheitswesens seien berücksichtigt worden.<sup>397</sup>

Kurz vor der Bundestagdebatte am 4. November 1999 gab Rudolf Dreßler der Ärzte Zeitung noch ein Interview, in welchem er betonte, es bleibe bei der Positivliste. Zudem wiederholte er, wie schon unzählige Male zuvor, dass es in anderen EU-Ländern wie in Belgien es nur 4.900, in Italien nur 9.100 oder auch in Schweden nur 3.500 zugelassene Arzneimittel gebe, während Deutschland je nach Zählweise mit 28.000, bzw. 53.000 aufwarte. Er könne allerdings nicht feststellen, dass die Bevölkerung in den anderen EU-Ländern gesundheitlich gefährdet sei, aber dass dort der medizinische Fortschritt berücksichtigt werde. Das Gegenteil zu behaupten, sei, um es höflich zu sagen, unfair. Er habe jedoch zur Kenntnis genommen, dass viele Betroffene, nicht zuletzt die KBV, das anders sehe.

Dreßler rechtfertigte das Bestehen von Abänderungsanträgen, die noch zu regeln wären, in dem er erklärte, es sei Sinn parlamentarischer Beratungen, auf Lücken und Fehler aufmerksam gemacht zu werden, um diese anschließend zu bereinigen. Innovationen würden auch weiterhin berücksichtigt, allerdings müsse der Sachverständigenrat zukünftig zweimal im Jahr dem Deutschen Bundestag über solche berichten. Er illustrierte wie auch Andrea Fischer, dass wenn morgen ein

<sup>395</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Globalbudget bleibt, aber es wird mehr Geld zur Verfügung stehen, in: ÄZ vom 04.10.1999.

<sup>396</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Änderungen über Änderungen, in: PZ Nr. 43 vom 28.10.1999.

<sup>397</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Globalbudget bleibt, aber es wird mehr Geld zur Verfügung stehen, in: ÄZ vom 04.10.1999.

Mittel gegen Krebs entdeckt werde, das 20 oder 30 Milliarden DM kosten würde, niemand auf die Idee käme zu sagen, das sei aber nun aus dem bestehenden Aufkommen der Beitragszahler zu kompensieren.<sup>398</sup>

## 7.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion Hermann Kues machte am 30. Juni 1999 in der ersten Lesung zur Gesundheitsreform 2000 auf die Defizite in den Kassen aufmerksam. Kues kritisierte, ausgerechnet bei den Arzneimitteln, wo die Ausgaben gedeckelt worden seien, explodierten die Kosten um 14%. Außerdem halte er die Ausgabendeckelung sowieso für "alte Kamellen". Die CDU/CSU habe dagegen bei den Leistungserbringern im Gesundheitswesen ansetzende Lösungen, wie z.B. neue Arzneimittelgrößen oder Regelleistungsvolumina, entwickelt, die die rot-grüne Bundesregierung unwirksam gemacht habe.<sup>399</sup>

In der gleichen Bundestagsdebatte bezeichnete der gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Dieter Thomae, das Globalbudget als "Schwachsinn". Thomae erklärte, wenn jede gesetzliche Krankenkasse ihr eigenes Budget bekäme, dann gäbe es folglich mindestens 500 Globalbudgets. Dazu kämen dann noch die sektoralen Budgetierungen, wie zum Beispiel im Arzneimittelbereich, was die Unübersichtlichkeit noch akzentuiere. Weder die Bundesregierung noch die Vertreter der Krankenkassen können sagen, wie der Übergang der sektoralen Budgets zu den Kassenbudgets gehandelt werden solle.

Er könne die Patienten verstehen, die blauäugig darauf hinwiesen, die Zuzahlungen seien ja im Rahmen des Arzneimittelbudgets geringfügig reduziert worden. Aber es werde ignoriert, dass das Budget insgesamt reduziert worden sei und somit ein Arzt gar nicht mehr die Möglichkeit habe, Arzneimittel in bisherigem Umfang zu verschreiben. Darin bestehe der Betrug dieser Koalition, die die Patienten belügt, weil die Wahrheit über die realen Folgen der Budgetierung in der Praxis nicht an den Tag kommen solle. Die Bundesregierung betreibe eine Zweiklassenmedizin, denn nur der ökonomisch Starke könne sich Arzneimittel kaufen, wenn diese mangels Aufnahme in die Positivliste ihm nicht mehr verschrieben werden. Auch diese Positivliste lehne er prinzipiell ab, weil sie die Therapiefreiheit des Arztes einschränke.<sup>400</sup>

<sup>398</sup> Vgl. Schütz, Dieter/ Vollmer, Rainer: „Warum soll das Gesetz zu den ganz wenigen zählen, die scheitern?“, in: ÄZ vom 04.11.1999.

<sup>399</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4158, 4159.

<sup>400</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4166, 4167.

Auch der Sozialminister von Baden-Württemberg, Friedhelm Repnik, lehnte in jener Bundestagsdebatte vom 30. Juni 1999 die Positivliste ab, da ihm zufolge für die CDU die Einzelbewertung von Arzneimitteln Sache des Arzneimittelgesetzes und nicht der Krankenversicherung sei. Ein derartiger Bewertungsansatz führe nicht zur Qualitätsverbesserung, so Repnik.<sup>401</sup>

Der CSU-Abgeordnete Wolfgang Zöller behauptete in seiner Bundestagsrede, dass bei der Zuzahlung "abgezockt" würde und die rot-grüne Bundesregierung bei ihren Argumenten nicht ehrlich gewesen sei, zumal sie Zuzahlungen in einer Größenordnung von 0,8 Milliarden DM zurücknehme und im gleichen Zeitraum Arzneimittel für über eine Milliarde DM ganz ausgrenze. Die Patienten würden also nicht um 0,4 Milliarden DM ent-, sondern von der Bundesregierung belastet.<sup>402</sup>

Wolf Bauer, ebenfalls von der CDU/CSU-Fraktion sprach sich gleichermaßen gegen das Globalbudget aus und konzentrierte sich auf das Thema des Arzneimittelverbrauchs. Es würde immer wieder kritisiert, dass im ersten Tertial '99 der Arzneimittelverbrauch zu stark gestiegen sei, obwohl nach gewissen Kenntnissen die 5,5% bis 6% Ausgabensteigerung nur auf einer Verbesserung der Arzneimitteltherapie beruhten. Diese Fakten dürften seiner Ansicht nach den Patienten nicht vorenthalten werden. Ein Budget führe, so Bauer, zu einer Rationierung und damit zu einer Zweiklassenmedizin, was auch für die Positivliste gelte, denn sie füge sich nahtlos in dieses System ein. Mit letzterer werde überhaupt nichts gespart und das einzige, was die Regierung damit erreiche, sei die Ärzte zu zwingen, möglicherweise zu stark wirkende Arzneimittel und solche mit mehr Nebenwirkungen zu verschreiben.

Bauer ging als einziger in seiner Rede tief auf den Praxisalltag ein, las z.B. Protestbriefe mit Leidensgeschichten von Versicherten vor und erzählte, dass in Kliniken bei Entlassung Medikamente nur für die Zeitspanne bis zum nächsten Hausarztbesuch verschrieben würden, was zur Folge habe, dass der Patient aus Gründen drohender Budgetüberschreitung vom Hausarzt an einen teureren Facharzt überwiesen werde, auch wenn Vertreter der Krankenkassen wiederum behaupteten, man könne die Arzneimittel verschreiben. Letztlich würde also in der Realität die Verantwortung für Patienten hin und her geschoben. Zudem kritisierte der CDU-Abgeordnete das Benchmarking-Modell. Er machte darauf aufmerksam, dass es triftige Gründe für die unterschiedlichen Arzneimittelausgaben in den KVen gebe. So sei zum Beispiel der Insulinumsatz pro Einwohner in der KV Südbaden nur etwa halb so hoch wie in der KV Mecklenburg-Vorpommern,

---

<sup>401</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4184, 4185.

<sup>402</sup> Vgl. Deutscher Bundestag; 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4192.

woran sich erkennen lasse, dass mit sturem Festhalten an einem Globalbudget kein wirkliches Problem gelöst werden könne.<sup>403</sup>

Die PDS-Abgeordnete Ruth Fuchs befragte die Regierung im Rahmen dieser Bundestagsdebatte, was denn aus dem Bemühen um die Senkung der zu hohen Sachkosten im Gesundheitswesen, beispielsweise durch Druck auf überhöhte Arzneimittelpreise mittels der angesprochenen Senkung der Mehrwertsteuer, geworden sei.<sup>404</sup>

In der Haushaltsdebatte vom 17. September 1999 gehörte der gesundheitspolitische Sprecher der CSU-Landesgruppe im Bundestag, Wolfgang Zöller, zu den wenigen Redner, die auf die Arzneimittelpolitik eingingen. Zöller hob seinerseits hervor, die Positivliste für Arzneimittel müsse eine Zweiklassenmedizin zur Folge haben. Und unter einem Benchmarking-Modell verstehe er Orientierung am Besseren, oder zumindest am Sinnvolleren, wogegen die Bundesregierung darunter scheinbar Orientierung am Billigsten verstehe. Wie widersprüchlich dieses Modell sei, zeige die Tatsache, dass in einer Region, in der sehr viele Patienten eher ambulant als stationär versorgt werden, automatisch höhere Arzneimittelkosten anfallen. Nach dem System der Regierung würden für eine solche Region die Mittel mit dem Ergebnis gekürzt, dass die Patienten wieder ins Krankenhaus eingewiesen würden. Er bemerkte, dass die Regierung bereit war, mit dieser Logik zwar einige hundert Mark bei Arzneimitteln zu sparen, aber zugleich einige tausend Mark mehr für Krankenhausaufenthalte auszugeben, was wohl kaum sinnvoll sei. Zuletzt kritisierte er auch die neue Muss-Vorschrift für Re-Importe.<sup>405</sup>

Wolfgang Lohmann von der CDU sprach in der gleichen Haushaltsdebatte das vieldiskutierte *Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arznei- und Heilmittelbudgets 1999* an. Er ironisierte, dass hier der Unterschied zum Notprogramm erstens nur in der Namensgebung bestehe, und zweitens das Wort 'Warteliste' dort nicht vorkomme.<sup>406</sup>

In einem Interview kurz vor der Bundestagsdebatte am 4. November 1999 beteuerte der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Hermann Kues, dass es auf der Grundlage des derzeitigen Gesetzentwurfs keine Einigung mit der Koalition geben könne. Auch ein Angebot der Bundesregierung, die umstrittene Positivliste für Arzneimittel in Frage zu stellen, reiche als Grundlage für einen Kompromiss nicht aus. Die CDU vertrete einvernehmlich den

---

<sup>403</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4193-4195.

<sup>404</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4171.

<sup>405</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 56. Sitzung, Drucksache 14/1400 vom 30.06.1999, S. 5039-5040.

<sup>406</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 56. Sitzung, Drucksache 14/1400 vom 30.06.1999, S. 5043.

Standpunkt, dass sie keinen Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik haben wolle. Es dürfe keine Umkehrung hin zu mehr Zentralismus, mehr Regulierung und mehr Einschränkungen von Verhaltensfreiheiten sowohl bei den Ärzten als auch bei den Patienten geben, so Kues.

Eine feste Deckelung der Ausgaben halte die CDU prinzipiell für falsch, denn es gebe nun einmal medizinische sowie bestimmte demographische Entwicklungen, und da sei Flexibilität und Beweglichkeit gefragt. Das sei, so der CDU/CSU-Fraktionsvize, beim Globalbudget nicht vorgesehen. Außerdem halte die Unionsfraktion nichts von einer Positivliste, weil diese ein zweites Zulassungsverfahren für Medikamente darstelle.<sup>407</sup>

### 7.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Der Hauptgeschäftsführer der KBV, Lothar Krimmel, stellte Mitte Juli 1999 sein entwickeltes "Notprogramm gegen drohende Arzneimittelbudgetüberschreitungen" vor, dessen angebliche Notwendigkeit auf der den Vertragsärzten unterstellte "Verordnungswillkür, Unwissenheit und Instrumentierung durch Pharmastudien" beruhte. Sollte es demzufolge im Oktober oder November 1999 zu Budgetüberschreitungen kommen, seien nach dem Willen der KBV Wartelisten für die Arzneimitteltherapie, Verschiebung innovativer Behandlungen ins Folgejahr und obligatorische Zweitgutachten vor hochpreisigen Therapieansätzen vorzusehen.<sup>408</sup>

Wenn nun tatsächlich ein Budget überschritten werde, träfen zwei Grundsätze zusammen: Zum Einen der Leistungsanspruch der Versicherten, zum Anderen das Recht auf freie Berufsausübung sowie auf Eigentumsschutz, der auch für Kassenärzte gelte. Wenn mit dem Notprogramm der Begriff des medizinisch Notwendigen schärfer gefasst werden müsse, dann sei dies nicht Schuld des Arztes, sondern der staatlich verordneten Budgets. Krimmel wies allerdings darauf hin, dass keinem Kranken Notwendiges vorenthalten werden könne, selbst teure, innovative Therapien, wie z.B. gegen Krebs oder Aids nicht. Solche Innovationen würden auch dann weiterhin verschrieben, wenn ein Kassenarzt es selbst bezahlen müsse. Das Programm solle dazu dienen, dass beispielsweise ein Gichtmittel durch Diät ersetzt werde, um im Ausgleich dazu einem Diabetiker weiterhin Insulin geben zu können. Die Warteliste sei nur für Patienten gedacht, denen eine

<sup>407</sup> Vgl. Vollmer, Rainer/Schütz, Dieter: „Die Menschen hoffen darauf, dass die Union die Reform stoppt“, in: ÄZ vom 03.11.1999.

<sup>408</sup> Vgl. Die KBV plant die Entmündigung der Vertragsärzte, in: ÄZ vom 20.07.1999.

Unterbrechung der Behandlung nicht schade. Das Arzneibudget sei einfach zu eng bemessen, klagte Krimmel. An der Ausgabensteigerung von 15% im ersten Halbjahr 1999 sei übrigens nicht nur die Grippewelle schuld, denn die Politik habe unter anderem die Erhöhung der Mehrwertsteuer nicht einbezogen, wobei nebenbei bemerkt kein anderer Staat so unethisch sei, dass er bei Medikamenten 16% Mehrwertsteuer abführe. Auch die ständig größere Zahl neuer und teurer Innovationen seien im Budget nicht einkalkuliert. Wollten Ärzte zum Beispiel nur noch neue, nebenwirkungsärmere atypische Psychopharmaka verschreiben, so verschlinge dies Millionen, was unter den gegebenen Budgetbedingungen nicht möglich sei. Weitere Einsparungen auf dem Arzneimittelsektor seien daher nach Krimmels Ausführungen kaum möglich. Krankheiten wie Asthma oder Diabetes hätten noch zugenommen und deren Behandlung herrsche jetzt schon Unterversorgung. Krimmel bezeichnete das Arzneimittelbudget bei alleiniger finanzieller Belastung der Kassenärzte als verfassungswidrig. Da eine Beschwerde in Karlsruhe aber Jahre daure, müsse auf politischer Ebene gehandelt werden. Verhandlungsbasis für die KBV sei die Abschaffung dieses arzt- und patientenfeindlichen Arzneibudgets.<sup>409</sup>

Unterstützt wurde Krimmel vom neuen Präsidenten der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, denn nach dessen Ansicht werde die Versorgung der Patienten durch das von der KBV angekündigte Notprogramm nicht gefährdet, da die Ärzte notwendige Kassenrezepte nicht verweigern würden. Von Rationierung könne keine Rede sein, betonte Ärztepräsident Hoppe, denn Ziel des Notprogramms sei es doch gerade, Panikreaktion bei Ärzten zu vermeiden, falls das von den Kassen vorgegebene Budget ausgeschöpft sei.

Auch der KBV-Vorsitzende Winfried Schorre betonte, im Falle einer Budgetüberschreitung würden automatisch für teuer erachtete Arzneien verstärkt durch preiswertere Nachahmerprodukte mit dem gleichen Wirkstoff ersetzt.<sup>410</sup>

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkasse warfen der Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer vor, nicht gegen das neue Notprogramm der Kassenärzte vorzugehen und forderten sie schriftlich auf, aufsichtsrechtliche Schritte einzuleiten.<sup>411</sup>

Der BAK begrüßte in einer Erklärung die Entscheidungen des Landgerichts München. Das Urteil bedeutete eine Absage an diejenigen, die aus dem Urteil des Landgerichts Düsseldorf zu den Arzneimittel-Festbeträgen eine Schwächung des

---

<sup>409</sup> Vgl. Graupner, Heidrun: „Wir halten nur ernsthaft das Budget ein“, in: SZ vom 11.08.1999.

<sup>410</sup> Vgl. Ärzte: Patientenversorgung bleibt gewährleistet, in: SZ vom 27.07.1999.

<sup>411</sup> Vgl. Kassen werfen Fischer Untätigkeit vor, in: SZ vom 04.08.1999.

Bundesausschusses abzuleiten suchten. Das Landgericht München machte in seinem Urteil deutlich, dass der BAK von seiner organisatorischen Stellung her keineswegs mit den gesetzlichen Krankenkassen oder deren Verbänden gleichgesetzt werden könne, denn er sei, sowohl von seiner Zusammensetzung als auch von seiner Aufgabenstellung her, von diesen völlig unabhängig, und zudem seien seine Mitglieder nicht an Weisungen gebunden.<sup>412</sup>

#### **7.4. Konflikt- und Konsensprozess aller Akteure**

Die erste Lesung des Gesetzentwurfs zur Reform der GKV am 30. Juni 1999 im Bundestag bildete den Auftakt der parlamentarischen Beratungen zu der für Anfang 2000 geplanten Gesundheitsreform. Hierbei wurden wieder einmal die gegensätzlichen Positionen der Bundesregierung und der Opposition in der Arzneimittelpolitik deutlich.

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer und SPD-Fraktionsvize Rudolf Dreßler verteidigten ihren Gesetzentwurf vehement gegen die Opposition. Die Regierung suchte klarzustellen, mit diesem Gesetzentwurf ihre Wahlversprechen einzuhalten.

Fischer wies auch Befürchtungen des AOK-Bundesverbandes zurück, dass durch die vom Kabinett beschlossene Gesundheitsreform 2000 Mehrausgaben von bis zu drei Milliarden DM auf die GKV zukommen könnten. Sie blieb dabei, dass eine Beitragsstabilität erreicht werden könne. Noch dazu werde nach ihren Angaben bei der Positivliste für Arzneimittel im Gesetzentwurf von nun an genauer festgelegt, welche Kriterien gelten sollen, denn Voraussetzung für die Aufnahme in die Liste sei ab sofort ein "mehr als geringer therapeutischer Nutzen" des Arzneimittels. Außerdem kündigte Andrea Fischer an, dass ein Gesetzentwurf erarbeitet werde, um die Festbeträge rechtssicher zu machen.<sup>413</sup>

Zunächst kam es daraufhin zu einem vertraulichen Arbeitsentwurf für ein Festbetrags-Neuordnungsgesetz von Seiten des Gesundheitsministeriums, in welchem es hieß, dass ein neues Bundesamt für Arzneimittel-Festbeträge und medizinische Informatik unter dem Namen "Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information" in Köln errichtet werden solle. Dies bedeutete, dass die Festbeträge künftig durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates

---

<sup>412</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Rechtsstreit geht weiter, in: PZ Nr. 29 vom 22.07.1999.

<sup>413</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Fischer nennt Angst vor Finanzloch unbegründet, in: PZ Nr. 26 vom 01.07.1999.

festgesetzt und angepasst werden sollten. In diesem Arbeitsentwurf hieß es weiter, dass vor einer Entscheidung über Festbetragsgruppen und Höhe der Festbeträge die maßgeblichen Spitzenorganisationen von Pharmaindustrie und Apothekern angehört werden müssten.<sup>414</sup>

Der Hauptgeschäftsführer des Bundesfachverbandes der Arzneimittelhersteller (BAH), Mark Seidscheck, konzidierte immerhin dem Arbeitsentwurf des Festbetrags-Neuregelungsgesetzes, dass die Bundesregierung hier zumindest der zentralen Forderung des Landgerichtes Düsseldorf vom Januar 1999 Rechnung getragen habe, indem sie jetzt selber die Verantwortung für die Festsetzung der Festbeträge übernehmen wolle. Seidscheck kritisierte aber, dass die Festbeträge nur vordergründig betrachtet nach einem statistisch-mathematischen Modell berechnet würden und forderte, dass diese Kriterien nachvollziehbar und marktgerecht definiert werden müssten. Es habe sich nämlich gezeigt, dass die Bestimmung der Festbetragshöhen nicht marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten, sondern in erster Linie fiskalischen Erwägungen seitens der Gesundheitspolitik und der Krankenkassen folgen, übrigens dies zu Lasten der Hersteller.

Ferner wurde im Arbeitsentwurf zum Festbetrags-Neuregelungsgesetz auf die Arzneimittelrichtlinien eingegangen, deren Neufassung Ende März 1999 durch ein Urteil des Landgerichts Hamburg gestoppt worden war. Nach dem Ministeriumspapier sollte in den korrigierten Richtlinien geregelt werden, welche Arzneimittel unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen, beziehungsweise nur mit Einschränkungen verordnungsfähig seien. Offensichtlich ging die Bundesregierung davon aus, dass mittels der in Zusammenarbeit mit dem BAK verabschiedeten Richtlinien Verordnungsausschlüsse vorgenommen werden könnten, beanstandete Seidscheck. Der BAH halte dagegen an seiner Auffassung fest, dass ein solcher Ausschluss nur durch den Gesetzgeber allein möglich sei.<sup>415</sup>

Mit dem neuen Urteil des Landgerichts München vom 30. Juni 1999 stand bei den Arzneimittelrichtlinien wieder alles offen. Der Bundesregierung konnte dies allerdings nur Recht sein.

Am 15. Juli 1999 fand ein Gespräch zwischen Bundeskanzler Gerhard Schröder und der Ärzteschaft über die kommende Gesundheitsreform 2000 statt. Die Bundesregierung setzte auch hier wieder auf einen Dialog mit den Ärzten, und beide Seiten zeigten sich wieder erwarten nach dem Gespräch optimistisch und setzten

---

<sup>414</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Neues Bundesamt wird Festbeträge regeln, in: PZ Nr. 27 vom 08.07.1999.

<sup>415</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Politik wiederholt die Reformfehler von früher, in: PZ Nr. 28 vom 15.07.1999.



auf einen konstruktiven Dialog miteinander. Im Mittelpunkt des Gespräches stand unter anderem das Thema Globalbudget. Auch wenn hier konkrete Details noch nicht erörtert wurden, waren weitere Gespräche zumindest geplant.<sup>416</sup>

Mit einem Notprogramm gegen die drohende Arzneimittelbudgetberschreitung plante die KBV für den Herbst die Rationierung medizinischer Leistungen. Dabei bestand die Intention der KBV-Funktionäre darin, der Bundesregierung zu zeigen, dass so die Gesundheitsreform, und speziell die Arzneimittelbudgets, ad absurdum geführt werden könnten. Dass die KBV diesen Weg beschreiten wolle, falls sich nichts ändere, hatte sie schon Anfang Juni angekündigt.<sup>417</sup> Aus ihrer Sicht sei eindeutig die Bundesregierung schuld, wenn zum Jahresende die Versorgung mit Arzneimitteln zusammenbreche, da diese nicht bereit sei, die unzureichenden Budgets auszusetzen und mit den Ärzten gemeinsame Wege zur Begrenzung des Ausgabenanstiegs bei den Arzneimitteln zu verhindern.<sup>418</sup>

Die KBV erklärte anhand einer Analyse die Wachstumskomponenten auf dem Arzneimittelmarkt. Demnach sei der starke Anstieg der Arzneimittelausgaben in den ersten Monaten des Jahres 1999 unvermeidlich gewesen. Auch würden in Zukunft unbestreitbar therapeutisch nützliche Innovationen, die Schließung von Versorgungslücken bei der Behandlung von Diabetikern, Drogenabhängigen und Schmerzkranken sowie die erwünschte Verlagerung der Versorgung aus dem Krankenhaus in den ambulanten Bereich expansiv auf dem Arzneimittelmarkt wirken.

Mit diesen Sachargumenten untermauerte die KBV ihre These, dass das Arzneimittelbudget am Ende des Jahres 1999 nicht ausreichen werde und forderte erneut dessen Beseitigung.<sup>419</sup>

Hermann Schulte-Sasse, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium, bezeichnete das Notprogramm, als "Satire pur, die eine Vorlage für Titanic sein könne". Für ihn seien die geplanten Wartelisten sowie Notrezepte für Arzneimittel schlichtweg absurd, zumal diese Vorhaben einen glatten Bruch der Vorgaben aus dem Sozialgesetzbuch darstellen. Er gehe deshalb davon aus, dass die Pläne für das Notprogramm nicht umgesetzt würden.

---

<sup>416</sup> Vgl. Bundeskanzler Schröder setzt auf den konstruktiven Dialog mit Ärzten, in: AZ vom 19.07.1999.

<sup>417</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Ein Schlag ins Gesicht der Ärzte, in: AZ vom 20.07.1999.

<sup>418</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Statt Rezepte erhalten Patienten im Herbst einen Platz auf der Warteliste, in: AZ vom 21.07.1999.

<sup>419</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Konflikt zwischen Budget und therapeutischem Fortschritt, in: AZ vom 26.07.1999.

Der AOK-Bundesverband erwartete, dass die KBV, vor allem nach dem Gespräch mit Bundeskanzler Schröder, die "Büchsenspanner in den eigenen Reihen" in die Schranken verweise.<sup>420</sup>

Der BAH begrüßte zwar, dass die KBV Alternativen zu den patientenfeindlichen Budgets erarbeiten wolle, sah in dem Notprogramm aber einen schwerwiegenden Verstoß gegen den gesetzlichen Auftrag der Ärzte.

Der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) warnte davor, Fehlentscheidungen der Politik auf dem Rücken der Patienten auszutragen. Die Budgetierung stürze die Ärzte in den Konflikt, einerseits das Gesundheitsproblem des Patienten bestmöglich lösen zu müssen, andererseits aber bei einer Überschreitung dafür persönlich zur Haftung herangezogen zu werden.<sup>421</sup>

Die KBV reagierte hierauf unverzüglich und beteuerte, sie wolle zwar weiterhin ihr Notprogramm gegen Budgetüberschreitungen beibehalten, dieses aber auch erheblich modifizieren. Die Instrumente des Notprogramms waren Gegenstand einer kontroversen Diskussion zwischen dem Vorstand der KBV und dem Länderausschuss. Die Überlegungen liefen darauf hinaus, dass die KVen zukünftig je nach ihrer spezifischen Budgetsituation entscheiden sollten, wie sie dieses Programm umsetzen wollten. Zugleich wollte die KBV politisch erreichen, dass die gesetzliche Budgetierung der Arzneimittelausgaben entweder abgeschafft oder aber dahingehend flexibler gestaltet wurde, dass zumindest die Morbiditätsentwicklung Berücksichtigung fand.<sup>422</sup>

Währenddessen forderten die Verbände der pharmazeutischen Industrie dringend eine politische Lösung im Streit um das geplante Notprogramm der KBV bei einer Überschreitung des Arzneimittelbudgets.<sup>423</sup>

Auch die Ersatzkassen forderten weiterhin die Aufhebung des Notprogramms.<sup>424</sup>

Der Konflikt fing an, sich zuzuspitzen.

Gesundheitsministerin Fischer reagierte auf die Kritik vieler Verbände mit der Ankündigung, den Ärzten das Notprogramm zu verbieten. Sie drohte sogar mit aufsichtsrechtlichen Maßnahmen für den Fall, dass die Kassenärzte ihre ursprünglichen Pläne, zwecks Einhaltung der Arzneimittelbudgets nicht mehr alles zu verordnen, in die Tat umsetzten. Hiermit ging Fischer auf die Forderungen der Kran-

---

<sup>420</sup> Vgl. Kommentar aus dem BMG: KBV-Programm ist Satire pur, in: ÄZ vom 21.07.1999.

<sup>421</sup> Vgl. Stieve, Gisela: Mediziner wollen auf Tag X vorbereitet sein, in: PZ Nr. 30 vom 29.07.1999.

<sup>422</sup> Vgl. KBV rudert etwas zurück und sucht nach politischer Schadensbegrenzung, in: ÄZ vom 23./24.07.1999.

<sup>423</sup> Vgl. „Der Budgetdruck muss politisch gelöst werden“, in: ÄZ vom 26.07.1999.

<sup>424</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Gesundheitsministerin Fischer fürchtet Ärzte-Protest, in: Die Welt vom 17.08.1999.

kenkassen ein, gegen die Verwirklichung des Notprogramms mit aufsichtrechtlichen Maßnahmen anzugehen. Auch warf sie den Ärzten vor, allein bis Ende Juni nicht mehr erstattungsfähige Medikamente im Wert von 630 Millionen Mark weiterhin auf Kassenkosten verschrieben zu haben.<sup>425</sup>

Die KBV teilte daraufhin mit, sie wolle das Notprogramm vor Gericht durchfechten.

Zu ersten Fortschritten zur Beilegung des Konflikts zum Notprogramm kam es am 12. August 1999 in Bonn, als sich die Gesundheitsministerin mit den Vertretern der KBV traf. Andrea Fischer machte bei dieser Gelegenheit deutlich, dass sie das Notprogramm für nicht akzeptabel halte und es notfalls per Weisung verboten werde. Ob die KBV auf das Notprogramm verzichten wollte, blieb vorerst offen. Fischer sprach nach dem Treffen von einem "wertvollen Arbeitsgespräch" und kündigte gleichzeitig ein gemeinsames Treffen mit sowohl den Krankenkassen als auch der KBV an.<sup>426</sup>

Noch vor dem Spitzengespräch am 17. August 1999 unterbreitete der neue Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, einen Einigungsvorschlag. Nach den Vorstellungen Hoppes könne ein allseits akzeptabler Kompromiss mittels eines flexiblen Arzneibudgets gefunden werden, in welchem wirtschaftliche und medizinische Erwägungen absolut gleichwertig sein müssten. In einem Gremium, vergleichbar dem 'Bündnis für Arbeit', sollten Politiker, Kassen und Ärzte kooperativ über die Anpassungen der Budgets beraten, da eine Bemessung des Budgets nach rein ökonomischen Daten nicht hinzunehmen sei.<sup>427</sup>

Daraufhin signalisierten die Krankenkassen den Ärzten eine Kompromissbereitschaft im Medikamentenstreit, denn sie wollten den Streit über das Arzneimittelbudget nicht eskalieren lassen. Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der BKK, Wolfgang Schmeinck, stellte den Ärzten für das Jahr 2000 Budgeterhöhungen für neue Medikamente in Aussicht. Er unterstrich seine Bereitschaft, über eine mittelfristige Anpassung des Budgets zu verhandeln, machte allerdings zugleich klar, dass das Budget von 38,7 Milliarden DM nach Ansicht der Kassen ausreiche. Schmeinck warf der KBV vor, eine Krise bewusst "herbeigeredet" zu haben.<sup>428</sup>

---

<sup>425</sup> Vgl. Regierung droht Ärzten mit rechtlichen Schritten, in: SZ vom 11.08.1999.

<sup>426</sup> Vgl. Treffen von Kassenärzten und Gesundheitsministerin Fischer, in: FAZ vom 13.08.1999.

<sup>427</sup> Vgl. Einigungsvorschlag im Streit um die Gesundheitsreform, in: SZ vom 18.08.1999.

<sup>428</sup> Vgl. Krankenkassen signalisieren den Ärzten Kompromissbereitschaft im Medikamenten-Streit, in: FAZ vom 14.08.1999.

Die Gesundheitsministerin hatte die Vorstandschefs aller Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV für den 17. August zu einer Aussprache nach Bonn eingeladen.<sup>429</sup> Andrea Fischer hatte für diese Krisensitzung auch triftige Gründe, denn die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen waren im Vergleich zu den ersten sechs Monaten des Vorjahres um 12,5% gestiegen. Laut der veröffentlichten Daten der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) stiegen die Arzneimittelausgaben allein im Juni im Westen um 13,6% und im Osten um 14,7%.<sup>430</sup>

In ihrem Einladungsschreiben mahnte Andrea Fischer, sie halte es für erforderlich, dass seitens der KBV und der Krankenkassen weitere Maßnahmen ergriffen würden, die wirksam dazu beitragen, eine strikte Beachtung des gesetzlichen Gebots einer wirtschaftlichen Ordnungsweise zu gewährleisten.

Mittlerweile drohte den Ärzten durch Überschreitung der Ausgabenobergrenze für verordnete Arzneimittel ein weiteres drastisches Problem. Verschrieben die Ärzte im Geltungsbereich einer KV mehr als ihnen vom Gesetz zugestanden wurde, so mussten sie in einer Höhe bis zu 5% des Arzneimittelbudgets mit ihrem eigenen ärztlichen Honorar dafür haften.

Schließlich verabschiedeten am 18. August 1999 Ministerin Fischer und die Vorstandschefs von KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ein *Aktionsprogramm*, in welchem die Versorgung der Versicherten mit den notwendigen Arzneimitteln gewährleistet wurde.

Bei dem Gespräch ging es aber offensichtlich nur darum die Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln für das Jahr 1999 zu garantieren. Die Ministerin hatte deutlich gemacht, dass es ein Junktim zu Inhalten der Gesundheitsreform 2000 nicht geben könne. Die KBV akzeptierte in dieser Gesprächsrunde das Budget für Arzneimittel und erklärte anschließend sogar, dass eine gute Versorgung der Versicherten mit notwendigen Arzneimitteln sichergestellt sei; vom Notprogramm war somit keine Rede mehr.

Die Krankenkassen begrüßten das Ende dieses ihrer Ansicht nach rechtswidrigen Notprogramms.

Kritik kam von der Pharmaindustrie, der Union und der FDP, weil das hauptsächlich von den Ärzten kritisierte Arzneimittelbudget trotzdem weiterhin bestehen blieb.<sup>431</sup>

---

<sup>429</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Gesundheitsministerin Fischer fürchtet Ärzte-Protest, in: Die Welt vom 17.08.1999.

<sup>430</sup> Vgl. Patienten entlastet -Ausgabenschub für Kassen, in: ÄZ vom 04.08.1999.

<sup>431</sup> Vgl. Kassenärzte ziehen ihr Notprogramm zurück, in: Die Welt vom 19.08.1999.

Das *Gemeinsame Aktionsprogramm* zog nach übereinstimmender Bewertung seitens der Ärzte, Kassen und auch des Ministeriums keine Verschlechterung der Versorgung mit Arzneimitteln nach sich, sondern eher eine Qualitätsverbesserung. Ziel der Aktion war es, die vorgesehene Ausgabenobergrenze für Arznei- und Heilmittel von rund 39 Milliarden DM im Jahre 1999 nicht zu überschreiten. Eine der Hauptmaßnahmen war beispielsweise, verstärkt Nachahmerpräparate statt teurer Originalmittel zu verordnen und dabei möglichst solche aus dem unteren Preisdrittel zu wählen. Außerdem galten Medikamente gegen Erkältungskrankheiten, Abführmittel und Mittel gegen Reisekrankheiten von nun an als unwirtschaftlich und sollten nicht mehr auf Rezept verordnet werden. Völlig neue Arzneimittel sollten dann nicht verschrieben werden, wenn es noch vertretbare ältere Alternativen gab und Weiterentwicklungen bekannter Arzneimittel sollten nur nach Zustimmung eines zweiten Arztes verordnet werden. Des Weiteren war eine Plakataktion für die Wartezimmer vorgesehen, mit welcher durch Sparappelle die Ausgaben für Medikamente gedrosselt werden sollten.

Der BPI sah mit dem Aktionsprogramm keine grundsätzliche Änderung gegenüber dem derzeitigen Stand. Der Arzt sei auch wie bisher, vom Regress bedroht, da die Gesundheitsministerin am Grundübel des Arzneibudgets festhalte, so der BPI. Die Diskussion sei bisher so geführt worden, als könne nur im Arzneimittelbereich gespart werden.

Sowohl der Unionsabgeordnete Hermann Kues als auch der FDP- Gesundheitsexperte Dieter Thomae sahen in den Beschlüssen ein Programm gegen den Patienten, da diesem möglicherweise notwendige Verordnungen vorenthalten würden.<sup>432</sup>

Der BDA warf Gesundheitsministerin Fischer vor, im Streit um die Arzneimittelbudgets "keine offene Sprache zu sprechen". Der Vorsitzende des Hausärzteverbandes, Klaus-Dieter Kossow, erklärte, entweder werde den Bürgern alles bezahlt, was die Medizin an neuen Methoden biete, mit dem Nachteil, die Budgets erhöhen zu müssen. Oder aber man begrenze die Ansprüche der Patienten, was zur Folge habe, dass dann die Konflikte an der politischen Front ausgefochten werden müssten.<sup>433</sup>

Der Kompromiss beim Streit um das Medikamenten-Notprogramm führte in der Ärzteschaft zu unterschiedlichen Positionen. Ärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe zeigte sich zufrieden mit der Einigung, wogegen der Vorsitzende des Hartmannbundes, Hans-Jürgen Thomas, seine "völlige Enttäuschung" bekundete. KBV-Chef Winfried Schorre sah sich entsprechend gezwungen, bei

<sup>432</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Sparappelle im Wartezimmer, in: Die Welt vom 19.08.1999.

<sup>433</sup> Vgl. Fischer und Kassenärzte suchen Kompromiss, in: PZ Nr. 33 vom 19.08.1999.

einem Treffen mit den Vertretern der KVen der Länder den eingegangenen Kompromiss mit Ministerin Fischer zu verteidigen.<sup>434</sup>

Fischer hatte in der Gesprächsrunde vom 17. und 18. August 1999, wie erwähnt, deutlich gemacht, dass sie das Notprogramm für nicht akzeptabel halte und es notfalls per Weisung verbieten wolle. Der Kompromiss vom 18. August schien für sie daher ein Erfolg zu sein, da keine Abstriche an ihrem Gesetz vorgenommen wurden. Es blieb in der Tat sowohl beim Arznei- und Heilmittelbudget von 38,7 Milliarden DM als auch beim kollektiven Regress für alle Kassenärzte, sollte das Budget überschritten werden. Bei näherer Betrachtung des Kompromisses zeigte sich, dass nur die Reizworte wie 'Warteliste' und 'Notrezept' verschwunden waren. Alle anderen Punkte des Notprogramms waren auch weiterhin im Beschluss wiederzufinden, wie beispielsweise die Beschränkung auf das medizinisch Notwendige, die Verordnung von billigeren, wirkstoffgleichen Nachahmerpräparate und der Verzicht auf umstrittene Medikamente. Seitens der Ministerin waren diese Punkte allerdings nie umstritten gewesen, denn sie gehörten von Anfang an zu ihrer Sparpolitik.<sup>435</sup>

Trotz der jüngsten Einigung zwischen Ärzten, Krankenkassen und Gesundheitsministerium im Streit um das von der Ärzteschaft geplante Notprogramm zur Arzneimittelverordnung drohte die KBV mit neuen "Programmen".

KBV-Hauptgeschäftsführer Rainer Hess erklärte, wenn die Ministerin in der geplanten Gesundheitsreform 2000 die globale Ausgabenbegrenzung und damit auch das strikte Arzneimittelbudget fortschreibe, werde die Ärzteschaft darauf reagieren müssen, was sehr viel harscher ausfallen könne als bisher. Das Einlenken der Ärzte beim Streit um das Arzneimittelbudget 1999 erklärte der Funktionär damit, dass die Ärzteschaft der Regierung nicht habe abverlangen können, geltendes Recht zu ändern.

Wenn sich abzeichne, dass der Gesetzentwurf zur Reform 2000 nicht mehr verändert werde, dann sei mit massiver Gegenwehr schon vor in Kraft treten des Gesetzes zu rechnen, so Hess.

Unterdessen hatte ein Rundschreiben seines Stellvertreters, Lothar Krimmel, an die 23 KVen für Unruhe gesorgt. Im Rundschreiben stand, dass nunmehr die Ärzte nicht mehr wegen Überschreitung des Arzneimittelbudgets direkt mit Regressen belangt würden, sondern die Ministerin zugestanden habe, dass dieser Punkt neu verhandelt werden müsse. Auch interpretierte Krimmel in dem offiziellen Schreiben die Einigung im Streit um das Notprogramm mit der Ministerin so, dass Patienten auch weiterhin Nachahmerpräparate nur auf Privatrezept erhielten und

---

<sup>434</sup> Vgl. Kompromiss entzweit Ärzteschaft, in: SZ vom 19.08.1999.

<sup>435</sup> Vgl. Kompromiss entzweit Ärzteschaft, in: SZ vom 19.08.1999.

somit selbst bezahlen müssten, wenn es sich hierbei um ein generikafähiges Arzneimittel oberhalb des unteren Preisdrittels handele.

Während in der Ärztesbranche gemunkelt wurde, dass Krimmel bewusst als Zielscheibe vorangeschickt worden sei, um von dem für die Ärzte enttäuschenden Gesprächsergebnis abzulenken, reagierten die Kassen mit einer schriftlichen Aufforderung zur Richtigstellung an die KBV. KBV-Vorsitzender Winfried Schorre korrigierte daraufhin in einem Schreiben an die Gesundheitsministerin die Interpretation seines stellvertretenden Geschäftsführers und bekräftigte, es bleibe bei der strikten Ausgabenbegrenzung für Arzneimittel.<sup>436</sup> Bei dieser Gelegenheit bestätigte Schorre der Bundesgesundheitsministerin auch, dass sie den Ärzten keinerlei Nachverhandlungen über das Budget zugestehen würden. Dies sorgte natürlich für heftigen Unmut in der Ärzteschaft.<sup>437</sup>

Gleichzeitig spitzen sich die Diskussionen zwischen Fischer und Verbänden der Leistungserbringer um die geplante Strukturreform zu. Bundesärztekammerpräsident, Hoppe erklärte, er sehe keinen Sinn mehr in weiteren Verhandlungen mit der Ministerin und hob hervor, diese sei wohl bereit sich zu bewegen, fühle sich aber an die Absprachen innerhalb der Koalition gebunden. In den Gesetzentwurf habe eindeutig die Ministerialverwaltung überwiegend ihre Vorstellungen hineingeschrieben. Die Ärzteschaft wende sich aber gegen eine Kopplung des geplanten Globalbudgets für das Gesundheitswesen an die Lohnentwicklung. Auch die Mehrausgaben für den medizinischen Fortschritt müssten berücksichtigt werden, forderten laut Hoppe die Mediziner.

Der stellvertretende Vorsitzende der SPD-Bundestagsfraktion Rudolf Dreßler, betrachtete das Globalbudget nicht als starre Größe. Auf neue Entwicklungen in der Medizin habe die Politik schon immer reagiert und in entsprechenden Fällen werde einfach ein neuer Kostenrahmen festgelegt. Wenn zum Beispiel ein besonderes kostspieliges Mittel zur Bekämpfung von Krebs auf den Markt komme, werde die Politik das berücksichtigen, so Dreßler.<sup>438</sup>

Dieser Beschwichtigungsversuch reichte aber nicht aus, den Konflikt um die Gesundheitsreform zu bremsen. Ärzte, Krankenhäuser und Beschäftigte im Gesundheitswesen wollten gemeinsam die Bevölkerung gegen die Gesundheitsreform mobilisieren. Vertreter der im 'Bündnis Gesundheit 2000' zusammenschlossenen Verbände kündigten eine Informationskampagne an und riefen für

---

<sup>436</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Ärzte drohen erneut mit Notprogrammen, in: Die Welt vom 21.08.1999.

<sup>437</sup> Vgl. Verbände laufen Sturm gegen die Gesundheitsreform, in: SZ vom 03.09.1999.

<sup>438</sup> Vgl. Ärzte: Konsenssuche zur Strukturreform ist gescheitert, in: FAZ vom 20.08.1999.

den 22. September 1999 zu einer Kundgebung in Berlin unter dem Motto "Gesundheitsreform? - Lachen allein macht nicht gesund" auf.

Rudolf Dreßler rief daraufhin die Koalition und Bundesregierung auf, nicht vor dem Ansturm der Leistungserbringer in die Knie zu gehen. Er stellte klar, dass es dem 'Bündnis Gesundheit 2000' allein um die eigene finanzielle Absicherung gehe.

Unterdessen mehrten sich die Rufe nach dem Rücktritt des KBV-Vorsitzenden Winfried Schorre. Führende Funktionäre warfen ihm zu große Nachgiebigkeit bei dem mit Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer vereinbarten Kompromiss zum Arzneimittelbudget 1999 vor.<sup>439</sup>

Letzten Berichten zufolge hatten die gesetzlichen Krankenkassen in den ersten sechs Monaten des Jahres 1999 3,3 Milliarden DM mehr ausgegeben als eingenommen wurde. Andrea Fischer kritisierte daraufhin die ungebremste Ausgabenexplosion bei Medikamenten, äußerte sich aber dennoch zuversichtlich, dass dieser Trend 1999 noch gestoppt werden könne, solange sich die Ärzte strikt an das *Gemeinsame Aktionsprogramm* hielten.<sup>440</sup> Die Ministerin beharrte auf ihrer Position, dass eventuelle Budgetüberschreitungen bis Ende des Jahres 2001 auszugleichen seien.

Da sie somit die Ärzte an das umstrittene, *Gemeinsame Aktionsprogramm* erinnert hatte, drohte ein weiterer Disput zwischen Ärzten und Regierung. Kassenarzt-Chef Winfried Schorre erhob wegen des enormen Drucks aus den eigenen Reihen neue Forderungen, die den bisherigen Kompromiss in Frage stellten. Die Lage Schorres war offenbar so desolat, dass er selbst die Vereinbarungen mit Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer nachträglich in Frage stellte. In einem Brief an die Ministerin bekannte er sich zwar grundsätzlich zu den gemeinsam beschlossenen Maßnahmen, drohte aber zugleich an, sich im Ernstfall doch nicht an die gemeinsamen Verabredungen halten zu können. Falls das Geld trotz des vereinbarten Sonderprogramms nicht für benötigte Medikamente ausreiche, behielten sich die Ärzte weitere Maßnahmen vor. Schorre ging es darum, die Ministerin dazu zu bewegen, das derzeitige Gesetz so zu entschärfen, dass die Ärzte schließlich doch nicht für zuviel verordnete Arzneien mit dem eigenen Einkommen haften müssten.

---

<sup>439</sup> Vgl. Verbände laufen Sturm gegen die Gesundheitsreform, in: SZ vom 03.09.1999.

<sup>440</sup> Vgl. Krankenkassen machen hohen Verlust, in: SZ vom 03.09.1999.



Offenbar wuchs trotz dieser Kurskorrektur der Widerstand gegen KBV-Chef Schorre weiter. Ihm wurde immer noch verübelt, dass er überhaupt einen Kompromiss mit Fischer eingegangen war und war daher bereits von fünf der 23 KVen offiziell zum Rücktritt aufgefordert worden. Anfang Oktober sollte nun über Schorre und seinen Kurs in Berlin Gericht gehalten werden. Sollte Schorre stürzen, so befürchteten alle eine neue Eskalation zwischen Bundesregierung und Ärzten. Der Konflikt hatte auch innerhalb der KBV für Unruhe gesorgt. Das Verhältnis zwischen Krimmel dem stellvertretenden Hauptgeschäftsführer, und Schorre war offenbar völlig zerrüttet.<sup>441</sup>

Der Hartmannbund rief die Ärzte zur Einigkeit auf, da für ihn die Spaltung der Ärzteschaft ein Kardinalfehler wäre, der der rot-grünen Bundesregierung bei der Gestaltung der Gesundheitsreform freie Hand ließe.<sup>442</sup>

Die Kassenärzte wollten ihre Proteste gegen die Reformpläne der Regierung verschärfen, wenn Gesundheitsministerium und Koalitionsfraktionen am 8. September 1999 immer noch nicht zu Zugeständnissen bereit wären, besonders bei der Frage des Globalbudgets.

Jürgen Bausch, Vorstandsmitglied der KBV, drohte, dass wenn sich am 8. September keine Bewegung abzeichne, die Ärzteschaft einen Kurswechsel vollziehen werde, da weitere Gespräche seiner Ansicht nach dann keinen Sinn mehr hätten.<sup>443</sup>

Am 8. September begann die Anhörung der betroffenen Akteure vor dem Gesundheitsausschusses des Bundestages, also bevor der umstrittene Gesetzentwurf Anfang November in die zweite und dritte Lesung gehen sollte. Zum Auftakt dieser mehrtägigen Anhörung in Berlin hatten Vertreter der Fraktionen von SPD und Grünen nochmals hervorgehoben, dass die Gesundheitsreform zu den wichtigsten Vorhaben der Bundesregierung in dieser Legislaturperiode zähle. Gleichzeitig begannen in zehn deutschen Städten Proteste und Flugblatt-Aktionen von Ärzten, Krankenhäusern, Apothekern und anderen Gesundheitsfachberuflern gegen die Gesundheitsreform.<sup>444</sup>

Zentrales Element dieser Reform blieb weiterhin das Globalbudget für sämtliche Ausgaben, welches jährlich um die sogenannte Grundlohnsumme, d.h. um die Zunahme der beitragspflichtigen Einkommen der Kassenmitglieder, angehoben werden sollte. Auf diese Weise wollte die Bundesregierung einen stabilen Beitragssatz der Krankenkassen sicherstellen.

---

<sup>441</sup> Vgl. Ärzte drohen mit Kurskorrektur, in: SZ vom 04./05.09.1999.

<sup>442</sup> Vgl. Kassenärzte wollen Vorsitzenden zum Rücktritt zwingen, in: Handelsblatt vom 02.09.1999.

<sup>443</sup> Vgl. Die Kassenärzte drohen mit einer neuen Protestwelle, in: FAZ vom 06.09.1999.

<sup>444</sup> Vgl. Doemens, Karl: Front gegen Globalbudget kritisiert, in: FR vom 07.09.1999.

Die Proteste gegen die Gesundheitsreform zielten vor allem auf die vorgesehene Ausgabendeckelung des geplanten Globalbudgets, die wiederum das Arzneimittelbudget einschränkte. Ärzte, Apotheken und Pharmaindustrie warfen der Regierung vor, sie rationiere hiermit die Leistungen der GKV, denn angesichts des Alterungsprozesses der Gesellschaft und des zu erwartenden medizinischen Fortschritts würden die Kosten der medizinischen Versorgung, so auch im Arzneimittelbereich, einen ständig wachsenden Anteil des Sozialprodukts beanspruchen, also schneller steigen als der am Grundlohn orientierte Budgetdeckel.

Die Bundesregierung hielt ihren Kritikern entgegen, es gebe gewaltige Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen, da unter anderem viele Medikamente unnötig seien. Ministerin Fischer war sogar der Meinung, dass das Budget noch Spielraum für zusätzliche Leistungen im Bereich der Prävention ließe.<sup>445</sup>

Die CDU/CSU hatte schon verlauten lassen, dass sie eventuell die Gesundheitsreform über den Bundesrat blockieren würde, da sie nichts von dem Reformwerk halte. Dennoch blieb Andrea Fischer zuversichtlich, da in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland bisher nur ganz wenige Gesetze an einem endgültigen Veto des Bundesrates gescheitert waren und in den meisten Fällen doch am Ende ein Kompromiss zustand kam.

Im September 1999 brachten die CDU/CSU-Abgeordneten zunächst einmal eine kleine Anfrage zur Positivliste ein. Diese beinhaltete vor allem die angeblich positiven Erfahrungen anderer Länder mit Positivlisten. Da die Bundesregierung dieses Argument als Mitbegründung für die Einführung einer solchen in Deutschland herangezogen hatte, bat die Opposition um eine Bilanz dieser Erfahrungen und wollte überdies wissen, ob die Einführung der Positivliste die Qualität der Arzneimittelversorgung in den Nachbarländern verbessert habe.

Aus "methodischen" Gründen könne diese Frage nicht beantwortet werden. Dennoch betrachte die Bundesregierung die Einführung der Positivliste erstattungsfähiger Medikamente primär als Instrument der Qualitätsverbesserung, so die diesbezügliche Reaktion.<sup>446</sup>

Während in Berlin vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages die Anhörung zur Gesundheitsreform der Koalition begonnen hatte, waren sich die Ärzte und Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer offenbar wieder näher gekommen. Die Ministerin war mit Vertretern der Ärzteschaft und der Krankenkassen zu Gesprächen zusammengetroffen und zeigte sich offen für neue Regelun-

---

<sup>445</sup> Vgl. Hauschild, Helmut: Fischers Pillenmix aus Planwirtschaft und Markt, in: Handelsblatt vom 09.09.1999.

<sup>446</sup> Vgl. Kleine Anfrage zur Positivliste, in: Medikament & Meinung, September 1999.

gen, nach denen die Ärzte nicht mehr kollektiv für Überschreitungen des Arzneimittelbudgets haften sollten, sondern eher individuell zur Verantwortung gezogen würden. Kassen und KBV sollten nun gemeinsam prüfen, wie die Verantwortung für die Arzneiausgaben etwa durch Richtgrößen für den einzelnen Arzt, in der Praxis aussehen könne, ohne dabei das Arzneimittelbudget insgesamt zu überschreiten.<sup>447</sup>

Bei den Gesprächen zwischen der Gesundheitsministerin, rot-grünen Koalitionsgesundheitspolitikern, Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen und Vertretern der Ärzteschaft überraschte Rudolf Dreßler mit dem Vorschlag, auch medizinische Parameter sollten die Anhebung des Budgets beeinflussen können. Hierzu müsse nur im Gesetzentwurf eine Öffnungsklausel hineingeschrieben werden. Bei der Entwicklung der Budgets sollten auch die Veränderung medizinischer Strukturen sowie Innovationskomponenten berücksichtigt werden. Das bedeute, dass so die ärztliche Haftung bei Überschreitung des Arzneimittelbudgets abgesenkt werden könne. Mit seinem Vorschlag, der vor allem einen Rettungsversuch für die Konsensgespräche darstellte, lieferte Rudolf Dreßler erneut Grund für einen Dissens mit der Bundesgesundheitsministerin,<sup>448</sup> denn für diese passten die Budgetmodifikationen nicht in ihr Konzept vom Globalbudget.

Die zähen Verhandlungen zwischen der Koalition und den Spitzen von Ärzteschaft und Krankenkassen gingen weiter. Es gab bisher keine Klärung in der Auseinandersetzung um das Notprogramm der KBV einerseits und das zwischen Bundesgesundheitsministerium und Kassen vereinbarte *Aktionsprogramm* zur Budgeteinhaltung andererseits. Letztlich beharrten die Ärzte auf Nachverhandlungen zum Arzneimittelbudget. Klarheit gab es nur in Personaldingen bei der Ärzteschaft, dass nämlich der stellvertretende Hauptgeschäftsführer Lothar Krimmel die KBV verlassen musste.<sup>449</sup>

Dagegen blieb überraschend Winfried Schorre, trotz eines deutlichen Misstrauensvotums aus den eigenen Reihen, Kassenaarzt-Chef. Zum Thema *Aktionsprogramm* erklärte er, es gehe tatsächlich darum, Fischer und die Kassen zur Mitverantwortung für eine absehbare Überschreitung des 39-Milliarden-Budgets heranzuziehen. Eine bundesweite Umsetzung sei hierbei "praktisch zwingend", um zu beweisen, dass das Geld nicht reiche. Allerdings gebe es eine "Schwäche bei der internen Kommunikation", so Schorre. Abschließend bemerkte er, die Vor-

---

<sup>447</sup> Vgl. Andrea Fischer will den Ausgabendeckel lockern, in: Handelsblatt vom 10./11.09.1999.

<sup>448</sup> Vgl. Hardliner Dreßler bringt Fischer ins Schwimmen, in: ÄZ vom 13.09.1999.

<sup>449</sup> Vgl. Zähe Verhandlungen lassen noch keinen Konsens erkennen, in: ÄZ vom 10./11.09.1999.

würfe aus den eigenen Reihen hätten die KBV in eine unglückliche Lage gebracht.<sup>450</sup>

Am 12. September 1999 fand die Landtagswahl in Thüringen statt, die mit einem Desaster für die SPD endete. Aber der dortige Sieg der CDU mit absoluter Mehrheit hatte keine entscheidenden Auswirkungen auf die Mehrheitsverhältnisse im Bundesrat, denn auch mit den neuerdings 28 Stimmen blieb der Unionsblock immer noch weit von der notwendigen Mehrheit von 35 Stimmen entfernt. Für die rot-grüne Koalition war allerdings eine weitere Verschärfung des Kampfes um Mehrheiten in der Länderkammer vorauszusehen.<sup>451</sup>

Bei der geplanten Gesundheitsreform waren in der Tat zahlreiche Gesetzesänderungen zustimmungspflichtig. Die Regierung hatte zwar die Möglichkeit, die nicht zustimmungspflichtigen Teile aus der Gesetzesvorlage herauszulösen und mit ihrer Mehrheit im Bundestag durchzusetzen, aber dann wäre die Reform nur noch eine Farce gewesen.

In der Bundestagshaushaltsdebatte vom 17. September 1999 räumte Andrea Fischer erstmals öffentlich ein, dass die Bundesregierung an Zugeständnissen bei der Gesundheitsreform nicht vorbeikomme.<sup>452</sup> Das ursprünglich geplante Globalbudget könne somit seine starre Form verlieren, aber entsprechende Details ließ die Ministerin in der Haushaltsdebatte 2000 noch offen.

Noch am selben Tag, am 17. September 1999, fasste der Länderausschuss der Kassenärzte den Beschluss, ein Notprogramm für den Fall einzurichten, dass das Geld für Medikamente nicht ausreiche und das Bundesgesundheitsministerium keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung stelle. Ministerin Andrea Fischer zeigte sich verärgert über diese Entscheidung und machte deutlich, dass sie weitere Gespräche mit den Ärzten vorerst für überflüssig halte, denn es sei offenkundig, dass die Ärzte gar keinen Kompromiss wollten und daher solche Bestrebungen vorerst auch keinen Sinn hätten.<sup>453</sup> Der Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, Erwin Jordan, verteidigte Fischers Einstellung und erklärte, dass es der KBV im Endeffekt nur um Macht und Geld gehe. Offenbar habe sich bei den Kassenärzten ein "Durchmarsch der Fundamentalisten" vollzogen. Weitere Gespräche seien daher Zeitverschwendung. Noch einen Monat zuvor hatte Andrea Fischer erklärt, die Drohung mit Wartelisten und Privatrezepten sei durch das mit dem gemeinsam vereinbarten *Aktionsprogramm* "vom Tisch".<sup>454</sup>

<sup>450</sup> Vgl. Doemens, Karl: Kassenärzte-Chef bleibt im Amt, in: FR vom 11.09.1999.

<sup>451</sup> Vgl. Bundesrat ohne klare Mehrheit, in: FR vom 13.09.1999.

<sup>452</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 56. Sitzung, Drucksache 14/1400 vom 17.09.1999, S. 5025-5028.

<sup>453</sup> Vgl. Andrea Fischer bricht Dialog mit den Ärzten ab, in: SZ vom 23.09.1999.

<sup>454</sup> Vgl. Doemens, Karl: Ärger über Ärztefunktionäre, in: FR vom 23.09.1999.

Der Streit um die Gesundheitsreform eskalierte aufs Neue, wozu noch die Demonstration von mehr als 25.000 Ärzten, Apothekern, Schwestern und weiteren Mitarbeitern im Gesundheitswesen in Berlin gegen die geplante Gesundheitsreform kam. Diese Demonstration in Berlin war der Beweis einer noch nie da gewesenen Einmütigkeit in der Geschichte des Gesundheitswesens. Es handelte sich vor allem deshalb um ein einmaliges Ereignis, weil die Gesundheitsberufe sich nun erstmals geschlossen gegen eine Politik von Budgetierungsabsichten, Rationierung und Wartelisten gestellt hatten. Die Demonstranten forderten die Regierung auf, das Gesetz schlichtweg zu stoppen. Andernfalls verschlechtere sich die Patientenversorgung und auch Tausende von Arbeitsplätzen seien gefährdet.<sup>455</sup>

Bei dieser Gelegenheit fiel Rudolf Dreßler der Gesundheitsministerin in zweifacher Hinsicht in den Rücken, da er zum Einen verkündete, dass er mit den Ärzten weiter über die Gesundheitsreform verhandeln werde und zum Anderen behauptete, das harsche Vorgehen der Ministerin gegen die KBV sei nicht mit der SPD abgesprochen worden. Diesbezüglich habe er keinerlei Ansatzpunkte, dass die Landeschefs der Kassenärzte einen Beschluss gefasst hätten. Die SPD-Bundestagsfraktion sehe daher keine Veranlassung den Dialog zu beenden. Allerdings verlangte Dreßler von den Landeschefs zumindest eine klarstellende Erklärung, dass deren Position nicht offizielle Linie der KBV sei.

KBV-Chef Winfried Schorre wies dies als unnötig zurück, da ein Länderausschuss keine Bindungswirkung für die KBV darstelle und er weiterhin zum *Aktionsprogramm* stehe. Außerdem gebe es keinen Grund, weshalb die Ministerin den Dialog abbrechen wolle. Seiner Meinung nach werte Fischer damit nicht nur den Beschluss der Ländervertreter, die nur beratende Funktion hätten, unnötig auf, sondern sie begehe auch einen großen Fehler.

Anders als Schorre zeigte Bundesärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe Verständnis für die Verärgerung der Ministerin. Er kritisierte den Beschluss der Kassenärztechefs der Länder, vor allem für den dafür ungünstig gewählten Zeitpunkt und forderte Fischer auf, den Dialog mit den Ärzten fortzuführen.

Die Gesundheitsministerin blieb trotz alledem bei ihrem harten Kurs gegen die Ärzte.

Erstmals äußerte sich der Ex-Gesundheitsminister Horst Seehofer zu diesem Disput und bezeichnete es als einen schweren Fehler Fischers, die Gespräche mit den Ärzten abzubrechen.<sup>456</sup>

<sup>455</sup> Vgl. Andrea Fischer bricht Dialog mit den Ärzten ab, in: SZ vom 23.09.1999.

<sup>456</sup> Vgl. SPD-Fraktion distanziert sich von Andrea Fischer, in: SZ vom 24.09.1999.

Nach den Verlusten der SPD bei den Landtagswahlen im Saarland am 5. September 1999 und in Thüringen am 12. September 1999 verschlechterte sich für sie, die politische Stimmung in Deutschland noch weiter. Auch die Grünen stagnierten weiter auf niedrigem Niveau. Konsequenterweise sah es für die CDU/CSU eher gegenteilig aus.<sup>457</sup>

Auf der BAH-Jahresversammlung Ende September kündigte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD, Schaich-Walch an, die Anliegen des BAH aufzunehmen und mit positiver Grundeinstellung zu prüfen. Konkret wurde Schaich-Walch allerdings bei zwei Punkten: Zum einen werde die Bundesregierung bei der Aufnahme von neu zugelassenen Medikamenten in die Positivliste eine Regelung finden, die die Zeitspanne bis zur Aufnahme in die Liste deutlich verkürze. (Grund dieser Aussage war die schon erwähnte Kritik des VFA, dass nach dem Gesetzesentwurf es bis zu sechs Monate oder länger dauern konnte, ehe Innovationen in die Positivliste aufgenommen und in der GKV erstattungsfähig gemacht würden.) Der zweite Punkt bezog sich auf die Re-Importe, zu welchen Schaich-Walch erklärte, die Verpflichtung des Apothekers, re-importierte Präparate abzugeben, werde durch den Zusatz "auch" abgeschwächt.

Darüber hinaus versprach sie im Rahmen derselben Veranstaltung, Einwände gegen die bei Festbeträgen und Arzneimittelrichtlinien vorgesehene Alleinzuständigkeit der Sozialgerichte "besonders sorgfältig und gewissenhaft" zu prüfen.<sup>458</sup>

Unterdessen kündigte seinerseits der BPI juristische Maßnahmen gegen das von Bundesgesundheitsministerium und Kassen gemeinsam geplante *Aktionsprogramm* an. Zur Begründung hieß es, das Programm zur Budgeteinhaltung sowie flankierende Maßnahmen in den KVen zielten auf eine massive Beeinflussung des Marktgeschehens hin.<sup>459</sup>

Der nunmehr seit Wochen andauernde Streit zwischen Gesundheitsministerin und Ärzten machte immer wieder die Hoffnung auf konkrete Ergebnisse zunichte, und nach wie vor gab es nur vage Absichtserklärungen. Dreßler schien davon genug zu haben und fing nun selber an, mit den Ärzten zu verhandeln. Schnell waren sich er und die Kassenärzte über ein konkretes Modell zur Lösung des Medikamentenstreits handelseinig geworden. Dieses Modell sah vor, dass die gesetz-

---

<sup>457</sup> Vgl. Talfahrt der rot-grünen Bundesregierung dauert an, in: SZ vom 25./26.09.1999.

<sup>458</sup> Vgl. SPD will die Anliegen der Arzneimittelhersteller ernstnehmen, in: ÄZ vom 27.09.1999.

<sup>459</sup> Vgl. Ärzte werden zu ungesetzlichem Verhalten animiert, in: ÄZ vom 28.09.1999.

lichen Arzneimittelbudgets vom Jahr 2000 an durch Individualbudgets, sogenannte budgetablösende Richtgrößen, ersetzt, allerdings dann auch um 10% gesenkt würden. Die Individualbudgets sollten von den Ärzten und Krankenkassen einvernehmlich festgelegt werden, was bedeutete, dass ein Arzt nach dem Dreßler-Modell erst dann auffällig würde, wenn er für mehr als 105% der Richtgrößensumme Medikamente verschriebe. In diesem Fall hätte sich der Arzt einer Überprüfung seiner Wirtschaftlichkeit zu unterziehen. Sollte er nicht vorweisen können, dass er Sonderbelastungen, z.B. die Behandlung von überdurchschnittlich vielen Krebs- oder Aidspatienten, hatte, müsste er allerdings erst dann, mit seinem Einkommen haften.

Schorre begrüßte den Vorschlag Dreßlers, hob aber hervor, dass entscheidend sei, inwieweit spezielle Versorgungsnotwendigkeiten, wie beispielsweise bei Aids- oder Krebspatienten, Berücksichtigung fänden.<sup>460</sup>

Inzwischen fand am 10. Oktober 1999 die Berliner Senatswahl statt. Es war die letzte von insgesamt sieben Landtagswahlen im Jahr 1999. Die SPD hatte auch hier wieder herbe Verluste hinzunehmen, während die CDU deutlich gestärkt hervorging. Die von der Union oder einer CDU/FDP-Koalition regierten Länder verfügten im Bundesrat nach der Berliner Wahl aber auch weiterhin nur über 28 Stimmen, was zwar reichte, um die SPD-Länder (26 Stimmen) zu überstimmen und die Gesundheitsreform zu blockieren, aber zur absoluten Mehrheit fehlten der Union nach wie vor sieben Stimmen.<sup>461</sup>

Anfang Oktober einigte sich die rot-grüne Koalition auf weitere Veränderungen bei der Gesundheitsreform. Zwar blieb es beim Globalbudget als verbindliche Ausgabenobergrenze der GKV, aber das Ausgangsbudget 2000 sollte besser ausgestattet sein, als es der bisherige Entwurf vorsah.

Zurückhaltend wurde von der KBV die neue Systematik der Ausgabensteuerung im Arzneimittelbereich beurteilt.<sup>462</sup> Auch das 'Bündnis Gesundheit 2000' kündigte für den 6. Oktober 1999 eine Großdemonstration in Mainz an. Mit Nachdruck verwiesen dessen Vertreter auf die immer noch vorhandenen Defizite der Gesundheitsreform 2000.<sup>463</sup> Aber nicht nur in Mainz, sondern auch in Schwerin, wurde vor allem gegen das Arzneimittelbudget demonstriert.<sup>464</sup>

<sup>460</sup> Vgl. Kompromiss mit Ärzten in Sicht, in: SZ vom 30.09.1999.

<sup>461</sup> Vgl. Im Bundesrat ändern sich die Machtverhältnisse vorerst nicht, in: ÄZ vom 12.10.1999.

<sup>462</sup> Vgl. KBV und mb: Kein Fortschritt in neuen Konzept, in: ÄZ vom 05.10.1999 (mb bedeutet Marburger Bund).

<sup>463</sup> Vgl. „Diese Flickschusterei darf nicht weitergehen“, in: ÄZ vom 07.10.1999.

<sup>464</sup> Vgl. Ärzte machen vor Landtag klar: Erst kommt der Patient, dann das Budget, in: ÄZ vom 08./09.10.1999.

Mittlerweile zeichnete sich immer mehr ab, dass die Oppositionsparteien den Entwurf in der Länderkammer ablehnen wollten. Für die Ärzte bedeutete dies, dass sie sich auch weiterhin mit all den Restriktionen des Vorschaltgesetzes, das eigentlich nur ein Jahr Gültigkeit haben sollte, auseinandersetzen mussten.<sup>465</sup> Die CDU sah allerdings keine Chance für eine Kompromissbildung mit der Koalition bei der Gesundheitsreform. In einem Beschluss lehnte deren Fachausschuss nahezu sämtliche Kernpunkte der rot-grünen Gesundheitsreform rigoros ab. Anstelle des geplanten Globalbudgets sprach sich die CDU für eine Steuerung der Ausgaben in Form von bedarfsgerechten Richtgrößen aus.<sup>466</sup>

Nach all diesen ganzen Hiobsbotschaften drohte nun auch die Positivliste für Arzneimittel ins Wanken geraten. Der niedersächsische Ministerpräsident Gerhard Glogowski forderte, dass die Bundesländer über die Liste mitentscheiden sollten. Nach dem vorliegenden Gesetzentwurf war die Positivliste jedoch als Rechtsverordnung des Gesundheitsministeriums ohne Zustimmung des Bundesrates geplant. Glogowski hatte sein Forderung damit begründet, dass es in Niedersachsen viele mittelständische Hersteller von homöopathischen Mitteln gebe, deren Präparate im Vergleich zu chemischen Mitteln nicht benachteiligt werden dürften, denn dies sei mit Blick auf den Arbeitsmarkt nicht vernünftig.<sup>467</sup>

Für Andrea Fischer war die Forderung des niedersächsischen Ministerpräsidenten ein nicht sehr erfreuliches Ereignis, zumal sie ausgerechnet von einem SPD-geführten Bundesland kam, was der das Gesetzesvorhaben nur erschwerte, anstatt es zu erleichtern.

In Kreisen der SPD-Fraktion wurde angesichts der zu erwartenden Haltung der Opposition bereits über mögliche Kompromisslinien nachgedacht. Dazu zählte die Trennung der zustimmungspflichtigen von den nicht zustimmungspflichtigen Teilen des Reformpakets.

Hinter den Kulissen hatte es bereits Kontakte zwischen SPD-Fraktionsvize Dreßler und dem früheren Gesundheitsminister Horst Seehofer gegeben. Allerdings hatte die Union offiziell immer darauf beharrt, das Gesetzespaket der jetzigen Ministerin Fischer nicht zur Grundlage von parteiübergreifenden Gesprächen machen zu wollen.<sup>468</sup>

<sup>465</sup> Vgl. Gibt es keine Reform, ist das kein Grund zu jubeln, in: ÄZ vom 08./09.10.1999.

<sup>466</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Zur Zeit setzt die Koalition alles daran, zu retten, was zu retten ist, in: ÄZ vom 08./09.10.1999.

<sup>467</sup> Vgl. Die Positivliste muss durch den Bundesrat, in: ÄZ vom 27.10.1999.

<sup>468</sup> Vgl. Eklat bei Debatte über die Gesundheitsreform, in: SZ vom 05.11.1999.



Anfang November kamen rechtliche Zweifel am gemeinsamen *Aktionsprogramm zur Einhaltung des Arznei- und Heilmittelbudgets 1999* auf, denn nach Ansicht des Münchner Medizinrechtlers Alexander Ehlers sei dieses nicht rechtskonform. Das *Aktionsprogramm* könne nur eine Information, aber keine Pflicht sein. Nach wie vor blieben allein die gesetzlichen Bestimmungen, wie etwa das Wirtschaftlichkeitsgebot, die Negativliste oder die Arzneimittelrichtlinien, für die Verordnung des Arztes maßgeblich. Die im *Aktionsprogramm* enthaltenen Hinweise zur Vermeidung des Einsatzes von teuren Schrittinnovationen hätten nach Ehlers Ansicht ebenfalls keine gesetzliche Grundlage.<sup>469</sup>

### 7.5. Ergebnis der Teilanalyse

Für Gesundheitsministerin Andrea Fischer sah es am Ende des Konfliktes um das Notprogramm zur Einhaltung des Arzneimittelbudgets zunächst erfolgreich aus. Der Streit um das Arzneimittelbudget aber machte die Schwierigkeiten in der Realisierung der großen Reform und des Globalbudgets deutlich, wobei allerdings nicht das Budget 1999 das eigentliche Problem darstellte. Es ging eher um die Frage, wie die gesetzlich Versicherten auch in den nächsten Jahren weiterhin ohne Selbstkosten am medizinischen Fortschritt teilhaben könnten, da immer mehr neue Medikamente auf den Markt zu erwarten waren.

Das geplante Budget 2000 verlangte aber hingegen die Beschränkung von Arzneimitteln, also deren Rationierung. Nun gab es aber bisher keine verbindlichen Analysen des medizinisch Notwendigen, daher musste die Regierung selber adäquate Instrumente suchen. Wie schwierig dies sein konnte, hatte bereits der Streit um das Notprogramm gezeigt. Dennoch setzte Andrea Fischer in ihrer Reform auf eine verfeinerte Arzneimittelbudgetierung.

Zentrales Element der Gesundheitsreform 2000 war die Einführung eines Globalbudgets für sämtliche Ausgaben, das jährlich um die Zunahme der beitragspflichtigen Einkommen der Kassenmitglieder, die sogenannte Grundlohnsumme angehoben werden sollte. So wollte die Bundesregierung den stabilen Beitragssatz der Krankenkassen sicherstellen.

Die Proteste gegen die Gesundheitsreform zielten vor allem auf die Ausgabenbedeckelung des Globalbudgets, die wiederum das Arzneimittelbudget einschränkte. Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie warfen der Regierung vor, sie rationiere mit ihrer Politik die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),

---

<sup>469</sup> Vgl. Zweifel an Rechtsgrundlage des Aktionsprogramms, in: ÄZ vom 02.11.1999.

denn angesichts des Alterungsprozesses der Gesellschaft und der zu erwartenden medizinischen Fortschritte würden die Kosten der medizinischen Versorgung, wie also auch im Arzneimittelbereich, einen steigenden Anteil des Sozialprodukts beanspruchen und damit schneller ansteigen als der am Grundlohn orientierte Budgetdeckel.

Die Ärzte hatten bislang alle bisherigen Verhandlungserfolge zunichte gemacht, ihre Spitzenfunktionäre im innerärztlichen Streit diskreditiert und sogar die Vereinbarungen mit der Gesundheitsministerin und den Kassen gebrochen. Das Programm, auf das sich Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Kassen und Ministerin zur Einhaltung des Budgets jetzt einigten, war ein Durchbruch nach den ganzen Querelen. Es schien für einen Augenblick so, dass alle bereit waren, die Verantwortung für eine sparsame Verteilung des nun einmal begrenzten Arzneimittelbudgets mit zu tragen.

Unter dem Druck zahlreicher Protest-Aktionen gegen die Gesundheitsreform 2000, entstand nun doch ein gemeinsames *Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets* von Ärzten und Krankenkassen zur Einsparung bei Arzneimitteln.

Eine bedeutende Rolle in der Auseinandersetzung um die Reformpläne der Bundesregierung spielte sicherlich das 'Bündnis Gesundheit 2000', das eine noch nie da gewesene Solidarität innerhalb des Gesundheitswesens verkörperte. Eine ganze Branche marschierte geschlossen gegen die Bundesregierung. Am eindrucksvollsten war die Großdemonstration vom 22. September 1999 in Berlin, als mehr als 25.000 Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen protestierten. Selbst Andrea Fischer hatte bis zu diesem Tage mit einem solchen Proteststurm nicht gerechnet.

Überdies befand sich Ministerin Fischer in einer verfahrenen Lage, zumal sie noch dazu ohne die Opposition nicht die geringste Chance hatte, ihre Gesundheitsreform zu verwirklichen. Es blieb ihr also nichts anderes übrig als, wie ihr Vorgänger zuletzt auch, an bestimmten Stellen, insbesondere am Arzneimittelbudget, "herumzubasteln".

Im Bundesrat blieb zwar nach der Berliner Wahl vom 10. Oktober '99 zunächst alles beim Alten, aber die Regierungskoalition musste weiterhin damit rechnen, dass die unionsgeführten Länder am 26. November 1999 die Gesundheitsreform blockieren konnten. Die Christdemokraten warteten wiederum auf ihre nächsten Wahlchancen im Frühjahr, denn Landtagswahlen standen bereits am

27. Februar 2000 in Schleswig-Holstein und dann wieder am 14. Mai in Nordrhein-Westfalen an.

Statt mit der Opposition über eine neue, gemeinsame Reform zu beraten, hielt Andrea Fischer unbeirrt an ihrem Gesetzesvorhaben fest. Inzwischen fanden sogar inoffizielle Gespräche hinter ihrem Rücken zwischen SPD-Fraktionsvize Dreßler und Ex-Gesundheitsminister Seehofer statt, die eigentlich sie hätte führen müssen.

Bundeskanzler Schröder hatte sich zuletzt im Juni in die Gesundheitsreform 2000 eingemischt, indem er begonnen hatte mit der Ärzteschaft einen Dialog zu führen. Beide Seiten zeigten sich nach diesen Gesprächen optimistisch. Der Bundeskanzler hatte zwar für den kommenden Sommer noch ein zweite Gesprächsrunde mit der Ärzteschaft angekündigt, die aber nie zustande kam, da Schröder dann aber doch nicht mehr intervenieren zu wollen schien.

In der Arzneimittelpolitik waren bisher wesentliche Steuerungsinstrumente durch Gerichtsentscheidungen außer Kraft gesetzt worden. Schon seit Jahresbeginn 1999 war insbesondere das Verfahren zur Festbetragsregelung blockiert. Daher plante die Bundesregierung, Festbeträge per Rechtsverordnung zu fixieren. Im März 1999 bestimmte noch dazu das Landgericht Hamburg per einstweiliger Verfügung, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) die neuen Arzneimittelrichtlinien im Bundesanzeiger nicht veröffentlichen durfte. Auch dieses Steuerungsinstrument der Arzneimittelrichtlinien schien erst einmal auszufallen. Dies änderte sich aber im Juni, als das Landgericht München zu einem ganz anderen Ergebnis kam als das Landgericht Hamburg. Die bayerischen Richter wiesen die Anträge von zweier Pharmahersteller auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen die Arzneimittelrichtlinien als in der Sache unbegründet zurück. Mit diesem Urteil stand für die Arzneimittelrichtlinien wieder alles offen, und die Bundesregierung hatte wieder Grund zur Zuversicht. Mitte September 1999 wurde die Zuversicht der Koalition bestärkt. Der Bundesgerichtshof wies nämlich die Beschwerde eines Pharmaherstellers, der sich durch für ihn ungünstige Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Kassen in Schleswig-Holstein im Wettbewerb behindert sah, mit der Begründung zurück, bei Streitigkeiten um Verordnungsempfehlungen seien die Sozialgerichte zuständig.

Die Bundesregierung hatte somit die Möglichkeit, darauf einzuwirken, dass künftig bei Rechtsstreitigkeiten mit Pharmafirmen primär die Sozialgerichte zuständig

waren und kein deutsches Zivilgericht mehr angerufen werden konnten. Dies hatte den großen Vorteil, dass sich die Pharmafirmen bei diesen Streitigkeiten in Deutschland nicht mehr auf das Wettbewerbs- und Kartellrecht stützen konnten.

## 8. Die Teilung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000

Am 4. November 1999 stimmte der Bundestag mit den Stimmen von SPD und Grünen für die Regierungsvorlage zur Gesundheitsreform.<sup>470</sup> Trotz der Verabschiedung im Bundestag stand die Koalition weiterhin unter Druck, da die Opposition die Reform im Bundesrat blockieren wollte. Am 26. November 1999 lehnte, wie erwartet, der Bundesrat den zustimmungspflichtigen Teil des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000 ab. Nicht nur die CDU-regierten Länder, sondern überraschenderweise auch die SPD-geführten Länder stimmten gegen die Reform.<sup>471</sup>

Kurz darauf verständigte sich Gesundheitsministerin Andrea Fischer mit der SPD-Fraktion und den sozialdemokratisch geführten Bundesländern über einen reduzierten Entwurf zur Gesundheitsreform.<sup>472</sup> Der neue Entwurf wurde dann im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat beraten, der diesen daraufhin am 15. Dezember 1999 auch billigte.<sup>473</sup>

Einen Tag später, am 16. Dezember 1999, beschloss der Bundestag im Alleingang der Regierung, also mit einer rot-grünen Mehrheit für die nicht zustimmungspflichtigen Teile der Gesundheitsreform, die keiner Zustimmung des Bundesrates bedurfte, den Gesetzentwurf.

So konnte a priori die Gesundheitsreform 2000 zum Jahreswechsel in Kraft treten.<sup>474</sup>

Ungeachtet der Aktivitäten zur Reform 2000 waren am Ende des Jahres 1999 in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Überschreitungen des Arzneimittelbudgets '99 zu erwarten. Die Bereitschaft mancher Ärzte, Kassenpatienten zu behandeln, schwand. Rezepte wurden verweigert und Praxen vorübergehend geschlossen.

### 8.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Anlässlich der zweiten und dritten Beratung des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000 machte Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer am 4. November 1999 auf die eskalierende Debatte in den letzten Wochen und Mo-

<sup>470</sup> Vgl. Bundestag beschließt Gesundheitsreform, in: FAZ vom 05.11.1999.

<sup>471</sup> Vgl. Gesundheitsreform bleibt auf dem Weg, in: FAZ vom 24.11.1999.

<sup>472</sup> Vgl. Nur abgespeckte Reform des Gesundheitswesens, in: FAZ vom 01.12.1999.

<sup>473</sup> Vgl. Hujer, Marc/Schumacher, Oliver: Jetzt Streit in der Union über die Gesundheitsreform, in: SZ vom 16.12.1999.

<sup>474</sup> Vgl. Doemens, Karl: Bundestag billigt abgespeckte Gesundheitsreform, in: FR vom 17.12.1999.

naten aufmerksam. Sie appellierte an alle, weitere Eskalationen zu verhindern, da die Gesundheitspolitik ein sensibles Feld sei, auf dem die Menschen schnell zu verunsichern seien. Sie präzisierte, auch wenn man nicht einer Meinung sei, könne man kritisch debattieren, ohne gleich die Menschen in Angst und Schrecken zu versetzen. Das solle für alle das Gebot der Stunde sein. Andrea Fischer lud daher sogleich die Oppositionsfraktionen zu Gesprächen über deren Änderungsvorschläge ein. Ansonsten machte sie darauf aufmerksam, dass in den vergangenen Monaten kein Bestandteil des Gesetzes so engagiert diskutiert worden sei, wie das Gebot der Beitragssatzstabilität, welche für das gesamte System der Gesundheitspolitik einen wichtiger Leitpunkt darstelle. Für die schwierige Entscheidung darüber, welche Kosten die GKV übernehmen solle und welche nicht, würden rationale Kriterien, die sich an der medizinischen Notwendigkeit orientieren, gebraucht. Deswegen gebe es übrigens in diesem Gesetz, so Fischer, Maßnahmen zur Qualitätssicherung, wie beispielsweise die Positivliste.<sup>475</sup>

Der stellvertretende Fraktionschef, Rudolf Dreßler, verteidigte in seiner Rede am 4. November 1999 sowohl Globalbudget als auch Positivliste. Er erinnerte die CDU/CSU-Fraktion daran, dass die Positivliste exakt jenes Instrument gewesen sei, das CDU/CSU, SPD und FDP seinerzeit für dermaßen effizient zur vernünftigen Neuordnung des Arzneimittelmarktes hielten, dass alle deren Einführung 1992 sogar gemeinsam ins Gesetzesblatt geschrieben hätten. Die CDU/CSU hätte diese Positivliste solange gewollt, bis ihnen höheren Ortes verboten worden wäre, sie länger zu wollen. In seiner Rede ging Dreßler nochmals auf die zugelassene Arzneimittelbegrenzung in den EU-Staaten ein und zählte auf, dass es beispielsweise in Belgien nur 4.900, in Dänemark lediglich 4.000, in Italien 9.100 und in Frankreich auch nur 7.700 zugelassene Arzneimittel gebe. Mit diesen werde in jenen Ländern ein ausreichendes und flächendeckendes therapeutisches Angebot zur Verfügung gestellt. In Deutschland gebe es allerdings, je nach Zählweise, zwischen 28.000 und 53.000 Arzneimittel, nur um das gleiche Ziel zu erreichen. Zudem sei eine Positivliste nicht fortschrittsfeindlich und innovationshemmend, schade auch nicht dem Pharmastandort Deutschland, sondern nütze und fördere ihn sogar, weil sie auf Innovation setze, statt Zweifelhafes zu begünstigen.<sup>476</sup>

Die parlamentarische Geschäftsführerin der Grünen, Katrin Göring-Eckardt, forderte in ihrer Rede in der gleichen Bundestagsdebatte eine Qualitätssicherung

---

<sup>475</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5830-5834.

<sup>476</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5839-5841.

bei den mehr als 40.000 bestehenden Medikamenten und betonte, die Positivliste sei ihrer Ansicht nach dafür das richtige Instrument.<sup>477</sup>

Eine Woche nach der Bundestagsdebatte zur Gesundheitsreform änderte Andrea Fischer ihre Meinung und fing an, zu erwägen, ihren Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform aufzuteilen.

Bei dem von der Pharmazeutischen Zeitung und dem Deutschen Ärzteblatt organisierten gesundheitspolitischen Forum verteidigte sie zunächst ihre Position. Sie sprach sich weiterhin für eine Begrenzung der Ausgaben aus, da es ihr zu Folge keinen Sinn mache, immer mehr Geld in ein System zu stecken, ohne vorher dessen Effizienz verbessert zu haben. Ohne die Zustimmung des Bundesrates werde es zwar kein Globalbudget geben, doch auch in einem nicht zustimmungspflichtigen Gesetz könne die Beitragssatzstabilität oberstes Primat sein.

Sollte es also keine Einigung mit der Opposition geben, dann werde die Regierung ihr Reformgesetz am Bundesrat vorbei verabschieden. Andrea Fischer kündigte an, fester Bestandteil dieses Gesetzes bleibe die Positivliste. Die Ministerin zeigte sich davon überzeugt, diese Medikamentenliste auch ohne Bundesratszustimmung in Kraft treten lassen zu können. Sie betonte, dass sie die Positivliste nie als Sparinstrument gesehen habe und diese vielmehr ein unverzichtbares, qualitätssicherndes Element im Arzneimittelmarkt sei.

Fischer schlug außerdem vor, die Zuzahlungsregelung für Arzneimittel zu verändern. Sie bezeichnete die proportional niedrige Selbstbeteiligung bei N3-Packungen als ein "falsches Signal", gab aber zu, dass auch wenn das Gesundheitsministerium dies erkannt habe, es hier aber noch keine konkreten Pläne gebe.<sup>478</sup>

## **8.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS**

In der Bundestagsdebatte vom 4. November 1999 ging der CDU-Abgeordnete Wolfgang Lohmann noch einmal auf die Positivliste ein. Er betonte, diese führe nur dazu, dass den Menschen Arzneimittel vorenthalten würden und machte darauf aufmerksam, dass in Deutschland ein Arzneimittel schon als umstritten gelte, wenn zwei Professoren unterschiedlicher Meinung über seine Wirksamkeit seien. Gutachten könne man aber von Professoren zu jeder Frage je nach Erwartungshaltung bekommen. Zudem kritisierte Lohmann das Verfahren als unseriös, zu-

---

<sup>477</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5854.

<sup>478</sup> Vgl. Rücker, Daniel: Fischer will Reformkurs halten, in: PZ Nr. 47 vom 25.11.1999.

mal es 345 Seiten Änderungsanträge gegeben habe, davon allein rund 60 am Vortag der entscheidenden Parlamentsabstimmung.<sup>479</sup>

Auch die bayrische Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung Barbara Stamm konzentrierte sich in ihrer Rede auf die Positivliste und widersprach heftig den Ausführungen des SPD-Fraktionsvizepräsidenten Dreßler zu diesem Thema. Sie stellte klar, dass zwar die CDU in Lahnstein 1992 den Kompromiss der Positivliste mitgetragen habe, aber dass diese nicht eine Idee der CDU oder FDP gewesen sei, sondern die der SPD. Nur die SPD habe die Positivliste immer gewollt und sich im Kompromiss damit durchsetzen können. Die CDU habe sich aus guten Gründen von dieser Liste verabschiedet, weil sie erkannt habe, dass mit einer Positivliste keine ärztliche Therapiefreiheit mehr gegeben sei. Stamm fasste die ihrer Ansicht nach durch diese Liste von der SPD an viele ältere Patienten und vor allem chronisch Kranke gerichtete Botschaft zynisch zusammen, indem sie darauf aufmerksam machte, dass eben diese Patienten in Zukunft Arzneimittel nicht mehr durch die GKV finanziert bekommen würden, da gerade deren Arzneimittel von der Liste gestrichen worden seien.<sup>480</sup>

Ebenfalls kritisierte Dieter Thomae die Gesundheitspolitik der SPD. Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP machte anhand eines Beispiels auf die Folgen des Arzneimittelbudgets aufmerksam: Ein Arzt habe drei Möglichkeiten, wenn sein Budget erschöpft sei. Erstens könne der Arzt verschreiben, wie bisher, nur dann müsse er mit einem Regress rechnen und anschließend selber bezahlen. Zweitens könne der Arzt seine Verschreibungen reduzieren und Generika nutzen, mit dem Risiko, dass sich der Therapieerfolg erheblich reduziere. Und Drittens habe er die Möglichkeit den Patienten an ein Krankenhaus zu verweisen.

Zum Thema Globalbudget wies Thomae auf dessen Unpraktikabilität hin. Kein Vertreter der Krankenkassen könne sagen, wie das Globalbudget in der Praxis organisiert werden solle. Zum Stichwort Benchmarking resümierte er, dass es die Vorgabe gebe, man solle sich an der Region orientieren, die die niedrigsten Arzneimittelausgaben habe. Aber dabei würden regionsspezifische Gegebenheiten wie beispielsweise Pro-Kopf-Ausgaben, oder Befreiungsquoten, Härtefallregelung, Zahl der chronisch Kranken oder auch die Morbiditätsentwicklung in der betreffenden Region überhaupt nicht berücksichtigt. Zum Stichwort Positivliste, widersprach er Dreßlers Ausführungen zu der Anzahl der Medikamente, da dieser angeblich nur die halbe Wahrheit sage. In der Bundesrepublik Deutschland gebe es 42.000 Arzneimittel und dies bei einer besonderen Zählweise, denn jede

---

<sup>479</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5835, 5837.

<sup>480</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5856.



Darreichungsform werde extra gerechnet. Nun gebe es aber jeweils fünf Darreichungsformen. Teile man also die 42.000 Arzneimittel durch fünf, käme man zu dem Ergebnis, dass Deutschland im europäischen Durchschnitt liege, da man anderenorts nicht nach den Darreichungsformen differenziere. In der Sache selbst wies Thomae darauf hin, die Positivliste behindere die ärztliche Therapiefreiheit und die Erfüllung von Patientenwünschen. Außerdem sei das Verfahren zur Aufnahme in die Liste kein sinnvoller Weg, da die Unternehmen wohl kaum bereit seien eine Prozedur mit zwei sukzessiven Anträgen auch sich zu nehmen.<sup>481</sup>

Der CSU-Abgeordnete Wolfgang Zöller sprach ebenfalls die Positivliste an. Er vertrat die Auffassung, dass die Patienten von dieser besonders betroffen seien, da sie künftig benötigte schwachwirksame Arzneimittel zu 100% selber bezahlen müssten.<sup>482</sup>

Ruth Fuchs von der PDS befürwortete zwar die Herabsetzung der Zuzahlungen, zeigte aber zugleich Enttäuschung darüber, dass diese hätten höher ausfallen können. Im Weiteren bemerkte sie, dass ihrer Ansicht nach eine Positivliste ein sinnvolles Einzelelement sei, vor allem, wenn man zu einer qualitativ besseren und rationelleren Arzneimittelversorgung gelangen wolle. Aber von einer solchen Maßnahme allein seien die notwendigen Veränderungen kaum zu erwarten. Laut Fuchs verlange eine rationelle Arzneimittelversorgung unter anderem auch die Zurückdrängung der gegenwärtigen Abhängigkeit im Ordnungsverhalten der Ärztinnen und Ärzte von den Herstellern sowie die Gewährleistung einer gezielten, und vor allem industrieunabhängigen, fachlichen Information und Fortbildung der Leistungserbringer und letztendlich den Vorrang definierter Versorgungsaufgaben für die Pharmaindustrie.<sup>483</sup>

### **8.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure**

Auf einem Symposium der KV in Königswinter, machte KBV-Vorsitzender Winfried Schorre darauf aufmerksam, dass die Ärzte in enorm hohe Regressforderungen kämen, da in vielen KVen das Arzneibudget schon aufgebraucht worden sei. Trotzdem verweigere die Regierung den dringend notwendigen Dialog und verschärfe so die Proteststimmung innerhalb der Ärzteschaft. Provokation

<sup>481</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5844.

<sup>482</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5864.

<sup>483</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5846-5847.

sei also anscheinend nötig, damit die Politiker auf die Ärzte hören und drohte der Gesundheitsministerin, dass wenn sie nicht aufhöre, "die Bevölkerung mit Worthülsen abzuspeisen", als letztes Mittel auch die Verweigerung denkbar sei.<sup>484</sup>

Auch Barmer-Chef Eckart Fiedler gestand zu, dass sektorale Budgets innovationshemmend seien. Sie festigten zudem die Kluft zwischen den Leistungserbringern.<sup>485</sup>

Der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Maximilian Zollner, erwähnte, in der Ärzteschaft werde zur Zeit eine Art Stillhalteabkommen mit Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer diskutiert. Wenn die Aussicht auf einen im zweiten Anlauf vernünftigeren Reformvorschlag für das Gesundheitswesen bestehe, könnten die Ärzte bereit sein, eine Verlängerung der Budgetierung über das Jahr 1999 hinaus zu akzeptieren, auch wenn das vor einem Jahr beschlossene Vorschaltgesetz Ende 1999 außer Kraft trete. In der Hektik, mit der die rot-grüne Koalition bisher vorgehe, könne die Reform nur schief gehen, hob Zollner hervor. Für den Fall, dass Ministerin Fischer den Gesetzentwurf in nicht zustimmungspflichtige Teile zerlege, würden die Ärzte in "eine noch heißere Phase" des Protests eintreten und auch die Patienten mit einbeziehen, kündigte Zollner an.<sup>486</sup>

Nun war es wieder Winfried Schorre, der die Ärzte warnte, sich nicht zu sehr über das Scheitern der Gesundheitsreform zu freuen. Ein neues Gesetz könne die Verhältnisse für die niedergelassenen Ärzte eher noch verschlechtern, fürchtete der Vorsitzende der KBV. Der zustimmungsfreie Teil könnte zu einer "Retourkutsche aller erster Güte" werden, gerade aufgrund des Widerstands der Ärzte gegen die Reform. Es sei abzusehen, dass es weder zu einem Neuanfang noch zu einem wirklichen Dialog mit allen Beteiligten kommen werde, sondern dass die Regierung "starrhalsig" und "gutsherrschaftlich" weitermache. Die Budgetierungspolitik werde fortgeführt und die Regressgefahr sei keinesfalls gebannt, so Schorre. Immer wieder habe die Politik das Bemühen der Ärzte um Konsens und Dialog mit der Arroganz der Macht zurückgewiesen, klagte er im Anschluss. So habe das von Bundeskanzler Schröder im Sommer angekündigte zweite Gespräch mit Vertretern der Ärzteschaft nie stattgefunden. Schorre schlug vor, die Ärzte müssten damit fortfahren, die bankrotte Politik öffentlich zu brandmarken, zumal das Arzneimittelbudget dafür schon Anlass genug gebe und eine innovative Arzneimitteltherapie unter den gegenwärtigen gesetzlichen Bedingungen nicht

<sup>484</sup> Vgl. Koalition will Reformteile retten: Stabile Beiträge durch strikte Budgetierung, in: ÄZ vom 15.11.1999.

<sup>485</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang/ Ziebarth, Matthias: Auch bei den Kassen wächst die Einsicht, dass konventionelle Budgetierung kontraproduktiv wirkt, in: ÄZ vom 15.11.1999.

<sup>486</sup> Vgl. Ärzte plädieren für neuen Reformanlauf, in: FAZ vom 22.11.1999.

mehr möglich sei. Seines Erachtens nehme es die Politik bewusst in Kauf der Bevölkerung den medizinischen Fortschritt einfach vorzuenthalten oder ihn zumindest von den Kassenärzten selbst finanzieren zu lassen.<sup>487</sup>

Auf dem gesundheitspolitischen Forum der Pharmazeutischen Zeitung und des Ärzteblattes in Düsseldorf forderten der Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes, Hermann Stefan Keller, und der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg Dietrich Hoppe, Ministerin Fischer auf, das Gesetz zur Gesundheitsreform in seiner derzeitigen Form nicht zu verabschieden. Die Regierung habe wesentliche Einwände und Vorschläge der Apotheker und der Ärzte nicht berücksichtigt.

In der Tat klagten laut Keller die Apotheker, dass das Ministerium von einer Aut-idem-Regelung, also der Erweiterung der Substitutionsrechte, nichts wissen wolle. Ebenfalls auf taube Ohren sei der Vorschlag, die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel zu senken, gestoßen. Keller nutzte außerdem die Gelegenheit, den Unmut der Apotheker über das von der Bundesregierung geplante Benchmarking-Modell im Arzneimittelsektor an die Ministerin weiterzugeben. Es sei nach wie vor falsch, so Keller, die regionalen Budgets nach den Arzneimittelausgaben der in diesem Bereich sparsamsten KV-Bezirke zu begrenzen.<sup>488</sup>

#### **8.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Mit der Mehrheit der rot-grünen Koalition beschloss der Bundestag am 4. November 1999 das umstrittene Gesetz über die Gesundheitsreform 2000, nachdem es noch bei der entsprechenden Schlussberatung im Bundestag zu einem Eklat gekommen war: Die Debatte musste auf Antrag der Opposition unterbrochen werden, als sich herausstellte, dass der dem Bundestag vorgelegte Text an einzelnen Stellen nicht mit der vom Gesundheitsausschuss beschlossenen Fassung übereinstimmte. In der vom Gesundheitsausschuss empfohlenen Fassung des Reformentwurfs waren Passagen enthalten, die vom Ausschuss nicht beschlossen worden waren. Auf Wunsch des Ältestenrats trat daraufhin der Gesundheitsausschuss zusammen, um die Vorlage zu prüfen und das weitere Vorgehen zu beraten. Kurz darauf wurden, nachdem lediglich redaktionelle Unstimmigkeiten festgestellt werden konnten, die Beratungen im Parlament fortgesetzt. Als gesundheitspolitischer Sprecher der SPD, sagte Fraktionsvize Rudolf Dreßler dazu, es handele sich nur um Texte zweier Änderungsanträge der Koalitionsfrak-

<sup>487</sup> Vgl. Schlingensiepen, Ilse: Schorre befürchtet: Es könnte noch dicker kommen, in: ÄZ vom 29.11.1999.

<sup>488</sup> Vgl. Rücker, Daniel: Fischer will Reformkurs halten, in: PZ Nr.47 vom 25.11.1999.

tionen, die einfach wieder zurückgezogen und daher nicht vom Ausschuss beraten worden seien. Aber auch er konnte nicht erklären, warum die Texte in der Beschlussvorlage für das Parlament enthalten waren.<sup>489</sup>

In der Bundestagsdebatte selber forderte Andrea Fischer die Opposition zu einer konstruktiven Mitarbeit an der Gesundheitsreform auf und lud wie üblich zu Gesprächen ein.

Oppositionsführer Wolfgang Schäuble forderte jedoch die Koalition als Vorbedingung für solche Gespräche auf, sie möge zunächst ihren Gesetzentwurf komplett zurückziehen und einen völlig neuen erarbeiten. Schäuble machte deutlich, dass ein Gespräch nur dann sinnvoll sein könne, wenn Fischers Gesetzesvorschlag nicht Grundlage der Verhandlungen sei.<sup>490</sup>

Fischer wiederum stellte in der Debatte sofort klar, dass sie Schäubles Bedingungen ablehne und bestand darauf, dass der Gesetzentwurf Grundlage der Gespräche bleiben müsse<sup>491</sup>.

Ein paar Tage später wiederholte die Union ihre Forderung, eine neue Grundlage für die Gesundheitsreform zu schaffen. Der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer sagte, dass man für vernünftige Gespräche mehrere Wochen brauche und die Reform daher allenfalls im Frühjahr 2000 im Gesetz stehen könne.

Selbst der SPD-Sozialpolitiker Dreßler hielt es für ausgeschlossen, dass das Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens doch noch zum Januar 2000 in Kraft treten könnte; denn, so sagte er, dann hätten Gespräche mit der Union schon lange beginnen müssen. Er forderte daher ein Notgesetz, dass die Finanzen der Krankenkassen im ersten Halbjahr des nächsten Jahres stabilisieren solle. Dreßler warf Gesundheitsministerin Fischer mangelnde interne Abstimmung vor, zumal er nichts von ihrem Verhandlungsangebot an die Opposition gewusst und zum ersten Mal im Parlament davon gehört habe.<sup>492</sup>

Die "mangelnde Abstimmung" schien allerdings von Fischer eingeplant gewesen zu sein, um offensichtlich in ihrer Rede ebenfalls Initiative nach außen hin zeigen zu können, da Dreßler immerhin zuvor hinter ihrem Rücken die CDU kontaktiert und Fischer damit ausgespielt hatte.

Ganz allgemein waren schon viele Sozialdemokraten auf Bundes- und Landesebene mit dem chaotischen Arbeitsstil im "Hause Fischer" unzufrieden. Die Panne anlässlich der Bundestagsdebatte, bei der die Schlussabstimmung wegen

<sup>489</sup> Vgl. Bundestag beschließt Gesundheitsreform, in: FAZ vom 05.11.1999.

<sup>490</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5851-5853; Union: Vollkasko mentalität in der Gesundheitspolitik muss aufhören, in: FAZ vom 08.11.1999.

<sup>491</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5864, 5865.

<sup>492</sup> Vgl. Union: Vollkasko mentalität in der Gesundheitspolitik muss aufhören, in: FAZ vom 08.11.1999.

Schlampigkeit verschoben werden musste, markierte auch für die Opposition die deutliche Überforderung der Ministerin mit ihrem Amt. Mittlerweile wuchs hinter vorgehaltener Hand selbst in den Reihen der Grünen die Kritik an Andrea Fischer. Manche Grüne überlegten schon, ob ihre Vorstellungen in einem anderen Ressort nicht besser verwirklicht werden könnten.<sup>493</sup>

Zahlreiche Akteure sahen die Gesundheitsreform schon als gescheitert an. Eine Abtrennung der zustimmungsfreien Teile wurde zwar jetzt auch bei der SPD ins Gespräch gebracht, fand aber keine Zustimmung, da die Gesundheitsreform als solche dann keinen Sinn mehr gemacht hätte. Der Staatssekretär des Gesundheitsministeriums, Erwin Jordan, erklärte dazu, wenn man strukturelle Veränderungen wolle, nütze ein Aufschnüren des Gesetzespaketes gar nichts. Folglich musste Andrea Fischer Kompromisse suchen und lud die Fraktionschefs von SPD, CDU/CSU und Grünen sowie die Ministerpräsidenten von Nordrhein-Westfalen, Wolfgang Clement (SPD), und Baden Württemberg, Erwin Teufel (CDU), zum Gespräch nach Berlin ein.

Dass der Gesetzentwurf nicht durch den Bundesrat ging, galt ohnehin als sicher. Am 2. Dezember 1999 sollte das Vermittlungsverfahren starten und bis dahin wollte Ministerin Fischer einen parteiübergreifenden Konsens gefunden haben. Problematisch für sie war nur, dass Rudolf Dreßler einen Sitz im Vermittlungsausschuss hatte, und somit eigene Wege gehen konnte.<sup>494</sup>

Die Chancen für ein Inkrafttreten der Gesundheitsreform schwanden daher um so mehr.

Schon am 8. November 1999, also vier Tage nach der Verabschiedung der von Rot-Grün geplanten Gesundheitsreform im Bundestag, hatte die CDU Neuverhandlungen gefordert und dafür ein umfassendes Grundsatzpapier mit ihren Vorstellungen zur Gesundheitspolitik vorgelegt. Die CDU hielt es für entscheidend, ein kostenbewusstes Verhalten seitens der Patienten durch angemessene Anreize zu fördern. Zu diesem Zwecke sei z.B. eine prozentuale Zuzahlung bei Arzneimitteln denkbar. Der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Bundestagsfraktion Hermann Kues erklärte, das Grundsatzpapier käme auf keinen Fall zu spät, sondern gerade passend, zumal seine Partei gar nicht in der Lage gewesen wäre, zu früherem Zeitpunkt Parallelvorschläge vorzulegen, da der Inhalt der "rot-grünen Reform" bisher nicht bekannt gewesen sei. Außerdem kündigte CDU-Generalsekretärin Angela Merkel an, weder der

---

<sup>493</sup> Vgl. Siems, Dorothea: Andrea Fischer zeigt Nerven, in: Die Welt vom 05.11.1999.

<sup>494</sup> Vgl. Doemens, Karl: Eine Reform steht auf der Kippe, in: FR vom 06.11.1999.

CDU-Vorsitzende Schäuble noch ein anderer Unionspolitiker werde bei dem von Bundesgesundheitsministerin Fischer angeregten Gespräch zur Gesundheitsreform vorstellig werden.<sup>495</sup>

Wie zu erwarten lehnte die SPD das Gesundheitskonzept der CDU ab, denn sie sah in diesem Alternativ-Vorschlag zur Gesundheitsreform keine Basis für einen Konsens mit der Bundesregierung. SPD Gesundheitsexpertin Schaich-Walch hob hervor, dass die SPD die Zuzahlungen kategorisch ablehne und dies mit gutem Grund, zumal die Zuzahlungsspirale noch dazu einer der Gründe für die Wahlniederlage der alten Bundesregierung gewesen sei.<sup>496</sup>

Der KBV-Vorsitzende, Schorre warnte davor, dass schon in Kürze die Arzneimittelbudgets fast überall ausgeschöpft sein würden, denn nur in fünf von 23 KVen reiche das Geld bis Ende 1999. In allen anderen drohe hingegen in zwei bis vier Wochen das Aus. Schorre rief Ministerin Fischer auf, gemeinsam mit Opposition und Ärzteschaft nach einem Kompromiss zu suchen.

Auch der Marburger Bund erklärte die Gesundheitsreform für gescheitert: Vorsitzender Frank Ulrich Montgomery, forderte anlässlich dessen Hauptversammlung, Bundesregierung sowie Opposition zu einem Neuanfang in der Gesundheitspolitik auf.<sup>497</sup>

Überraschenderweise unterstützte inzwischen eine Mehrheit der Länder-Fachminister die vom Bundestag beschlossene Gesundheitsreform. Die Zustimmung des Bundesrates blieb aber trotzdem weiterhin unwahrscheinlich, da die Ministerpräsidenten bei der Abstimmung auf ihre derzeitigen Koalitionspartner, wie beispielsweise in Bremen oder Brandenburg, Rücksicht nehmen mussten. Auch wenn die Gesundheitsressorts in den wichtigsten Ländern ausschließlich von der SPD besetzt waren, ließ diese Mehrheit der Länder-Fachminister noch lange nicht auf die zu erwartende Entscheidung schließen.

Rudolf Dreßler kündigte an, dass die Koalition schon eine Strategie für den Fall einer eventuellen Verweigerung seitens der CDU im Bundesrat entwickelt hätte. Die SPD würde dann z.B. mit einer Kampagne auf die bedrohenden Mehrbelastungen der Patienten hinweisen. Allerdings zeigte sich Dreßler aber zuversichtlich, dass Regierung und Opposition einen Kompromiss finden würden, da eine

---

<sup>495</sup> Vgl. CDU legt Gesundheitskonzept vor, in: FAZ vom 09.11.1999.

<sup>496</sup> Vgl. SPD lehnt CDU-Gesundheitskonzept ab, in: Die Welt vom 09.11.1999.

<sup>497</sup> Vgl. Union: Vollkasko mentalität in der Gesundheitspolitik muss aufhören, in: FAZ vom 08.11.1999.

reine Verweigerungshaltung für eine Volkspartei nicht auf Dauer durchzuhalten sei.<sup>498</sup>

Mittlerweile dachte Andrea Fischer über die Eventualität nach, ihr Gesetz zur Reform des Gesundheitswesens aufzuteilen. Auf diese Weise hätte die Koalition denjenigen Teil der Reform, der nicht der Zustimmung des Bundesrats bedurfte, sicher verabschieden und zum 1. Januar 2000 in Kraft treten lassen können.<sup>499</sup>

Unter Berücksichtigung dieser Möglichkeit berieten nun Gesundheitsministerin und Gesundheitspolitiker von SPD und Grünen über das weitere Vorgehen. Die SPD setzte sich für ein aufteilen der Reform ein, falls der Bundesrat das Gesetz am 26. November 1999 mittels der Unions-Mehrheit ablehnen sollte. Dies sei übrigens nach Ansicht der SPD zu erwarten, denn zustimmungspflichtig war auch die Einrichtung des Globalbudgets.

Bei den Grünen gab es zu dem Zeitpunkt immer noch Hoffnungen, dass der Bundesrat am Ende doch zustimmen werde. Dies deutete das Votum des Gesundheitsausschusses des Bundesrates an, welcher sich für die Reform ausgesprochen habe, so die Sprecherin der Grünen, Katrin Göring-Eckardt.<sup>500</sup>

Nach Ansicht von Schaich-Walch müsse das Gesetz auf jeden Fall zum 1. Januar 2000 in Kraft treten. Dreßlers Idee, das Gesetz eventuell erst zum April 2000 in Kraft treten zu lassen und somit die Zeit für Verhandlungen mit der Opposition bis über die Landtagswahlen im Frühjahr 2000 hinaus zu strecken, war daher vom Tisch.<sup>501</sup>

Die bayerische Sozialministerin Barbara Stamm hielt den Glauben der Grünen für eine Fehleinschätzung: Die Union lehne die Reform nun einmal geschlossen ab, und daher werde die SPD im Bundesrat nicht die für eine Mehrheit erforderlichen 35 Stimmen zusammenbekommen, so Stamm.<sup>502</sup>

Kaum hatte die Koalition in dieser Situation angefangen, sich Gedanken über das weitere Vorgehen zu machen, drohte zusätzlich eine weitere Auseinandersetzung innerhalb der Regierungskoalition. Anlass hierzu war ein von der SPD verfasstes Papier mit Eckpunkten zur Gesundheitsreform, in welchem sie Teilmaßnahmen nannte, die ohne Zustimmung des Bundesrates kurzfristig im Bundestag hätten durchgesetzt werden können, wie z.B. die Neuordnung des Arzneimittelmarktes. Das besagte Papier beinhaltete aber kein einziges Wort zum Globalbudget, auf das Andrea Fischer so überzeugt setzte.

---

<sup>498</sup> Vgl. Doemens, Karl: Votum für Gesundheitsreform, in: FR vom 11.11.1999.

<sup>499</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang/ Ziebarth, Matthias: Auch bei den Kassen wächst die Einsicht, dass konventionelle Budgetierung kontraproduktiv wirkt, in: ÄZ vom 15.11.1999.

<sup>500</sup> Vgl. Ministerin Fischer will Reformgesetz retten, in: FAZ vom 12.11.1999.

<sup>501</sup> Vgl. Doemens, Karl: Koalition erwägt Alleingang, in: FR vom 12.11.1999.

<sup>502</sup> Vgl. Ministerin Fischer will Reformgesetz retten, in: FAZ vom 12.11.1999.

Höchstwahrscheinlich war es Rudolf Dreßler, der, auch wenn er das Gegenteil behauptete, dieses Papier konzeptualisiert hatte, denn Dreßler favorisierte von jeher die Einführung sektoraler Ausgabenbegrenzungen.

Der SPD-Gesundheitspolitiker Klaus Kirschner kündigte seinerseits an, die Sozialdemokraten würden so viel wie möglich aus der geplanten Gesundheitsreform in das nun angestrebte zustimmungsfreie Gesetz übernehmen. Die Koalition hatte allerdings bislang noch immer keine gemeinsame Alternative zu dem umfassenden Reformgesetz vorgelegt.<sup>503</sup>

Derweil hatte die Union die Idee, ihren Kampf gegen die Gesundheitsreform der Bundesregierung zu einem Schwerpunktthema des Wahlkampfs in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen zu machen. So kündigte die CDU-Generalsekretärin Angela Merkel schon vorab eine Kampagne ihrer Partei in diesen beiden Bundesländern an, die darin bestehen sollte, mit "Info-Mobilen" die Kritik der CDU an der geplanten Reform zu präsentieren. In ihrer Kampagnenbroschüre warnte Merkel vor dem Marsch in die Zweiklassenmedizin und bemerkte zynisch, wer in einer Zeit leerer Gesundheitskassen krank werde, könne Pech haben, denn eine Welle von Virusinfektionen im Frühjahr führe zukünftig zum finanziellen Engpass im Herbst.<sup>504</sup> In diesem Sinne griff sie bei der Vorstellung der Kampagne vor allem die Budgetierungspolitik der Bundesregierung scharf an.<sup>505</sup> Die Grünen verurteilten die geplante CDU-Kampagne als "verlogenen Unsinn".<sup>506</sup>

Trotz aller Ungereimtheiten entschied unterdessen der Bundestag, nicht noch einmal über den Gesetzentwurf der rot-grünen Koalition abzustimmen. Ein entsprechender Antrag der FDP-Bundestagsfraktion hierzu wurde vom Parlament in Berlin mit der Stimmenmehrheit von SPD und Bündnis 90/Die Grünen abgelehnt. Die Freien Demokraten hatten mit Unterstützung der Union eine erneute Abstimmung dieses Entwurfs gefordert, weil angeblich in der den Abgeordneten vorliegenden Drucksache rund 20 Seiten fehlten.<sup>507</sup>

Am 26. November 1999 entschied nun endlich der Bundesrat über den Gesetzentwurf der rot-grünen Koalition zur Gesundheitsreform. Unerwartet stimmten hier nicht nur die CDU-Länder, sondern auch die SPD-regierten Länder gegen

---

<sup>503</sup> Vgl. Verzicht auf Globalbudget?, in: FAZ vom 16.11.1999.

<sup>504</sup> Vgl. CDU-Kampagne gegen Gesundheitsreform, in: FAZ vom 20.11.1999.

<sup>505</sup> Vgl. Union startet eine Kampagne gegen die Budgetierung und ihre Folgen, in: ÄZ vom 22.11.1999.

<sup>506</sup> Vgl. CDU-Kampagne gegen Gesundheitsreform, in: FAZ vom 20.11.1999.

<sup>507</sup> Vgl. Gesundheitsreform bleibt auf dem Weg, in: FAZ vom 24.11.1999.



die Reform. Letztere verweigerten ihre Zustimmung für die Vorlage aus Verfahrensgründen.<sup>508</sup>

Kurz darauf verständigte sich Andrea Fischer mit der SPD-Fraktion und den sozialdemokratisch geführten Bundesländern über einen abgespeckten Entwurf zur Gesundheitsreform. Dieser modifizierte Entwurf sollte dann im Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat beraten werden, obwohl er nach Einschätzung der Koalition eigentlich nicht mehr der Zustimmung des Bundesrates bedurfte. Am ersten Kernstück des Gesetzentwurfs, sprich der Sicherung der Beitragsstabilität, wurde auch weiterhin festgehalten. Die regionalen Arzneimittelbudgets sollten wie bisher von den Kassen und den Ärzten gemeinsam ausgehandelt werden, allerdings war Andrea Fischer bereit, höhere Zuwächse zu gestatten, sofern das nötige Geld an anderer Stelle eingespart werde. Auf die Positivliste wollte die Ministerin momentan verzichten, da diese der Zustimmung des Bundesrates bedurft hätte. Wider Erwarten verzichtete sie auch auf das Globalbudget, obwohl es das zweite Kernstück der geplanten Reform darstellte.<sup>509</sup> Somit hatte sich Andrea Fischer fürs Erste von ihren wichtigsten Zielen in der Gesundheitsreform verabschiedet.

Die Bundesregierung schaltete nun zwar doch den Vermittlungsausschuss von Bundesrat und Bundestag ein, wohl um den Schein zu wahren und die fehlenden Seiten im Gesetzestext nachzureichen, ließ aber gleichzeitig das Gesundheitsministerium unter Zeitdruck an zustimmungsfreien Gesetzen arbeiten, um die Länderkammer zu umgehen. Denn in der Tat lag es CDU und CSU ferner als je zuvor, ihre Standpunkte zum Thema Gesundheitspolitik gerade vor den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein und Nordrhein-Westfalen im Februar, bzw. Mai, auch nur um Haaresbreite zu bewegen. Die Union blieb aus wahlkampfaktischen Gründen auf Konfrontationskurs, um der Koalition auf keinen Fall zu einem Erfolg zu verhelfen. Auch Bayerns Ministerpräsident Edmund Stoiber kündigte daher seinerseits an, er werde in den nächsten Monaten die Gesundheitsreform zu einem zentralen Punkt der politischen Auseinandersetzung machen.<sup>510</sup>

Mittlerweile kämpfte Andrea Fischer erneut gegen den Widerstand der SPD-Fraktion, vor allem von Seiten Rudolf Dreßlers. Das Scheitern der Gesundheitsreform im Bundesrat wurde der Ministerin insofern angelastet, als dass gerade sie das Gesetzespaket rechtzeitig hätte "aufschnüren" und die im Bundesrat zustimmungspflichtigen Teile herausnehmen können. Zwar hieß es bei den

---

<sup>508</sup> Vgl. Krankenkassenreform im Vermittlungsausschuss, in: FAZ vom 27.11.1999.

<sup>509</sup> Vgl. Nur abgespeckte Reform des Gesundheitswesens, in: FAZ vom 01.12.1999.

<sup>510</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Pleiten, Pech und Pannen – nicht einmal die SPD-Länder geben der Reform ihr Ja-Wort, in: ÄZ vom 29.11.1999.

Grünen, die Fraktion stehe hinter ihr, doch wurden auch hier Andeutungen gemacht, die besagten, Fischer könne möglicherweise an sich selber scheitern.<sup>511</sup>

Um sich auf Neuland zu retten, schlug die Bundesgesundheitsministerin Anfang November vor, die Koalition werde mittelfristig über andere Steuerungsmechanismen und vor allem die Einnahmenseite beraten.<sup>512</sup>

Bei der Analyse der Einnahmen- und Ausgabenentwicklung der Krankenkassen in den ersten drei Quartalen des Jahres 1999 habe sie übrigens eine wesentliche Ursache für die Unausgeglichenheit des Arzneimittelbudgets entdeckt. Fischers Ministerium behauptete seinerseits sogar, die Ausgabenexpansion sei auch im dritten Quartal nicht abgeflacht.

Die reinen Zahlen sprachen jedoch eine andere Sprache: Im Oktober 1999 lagen die Arzneimittelausgaben im Westen um 1,9% über dem des Vergleichsmonats im Vorjahr. Im Osten sogar 1% darunter. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Zuzahlungseffekte lagen die korrigierten, also realen Arzneiverordnungskosten im Oktober 1999 um 3% unter denen von Oktober 1998.<sup>513</sup>

Ebenfalls Anfang Dezember, ließ Hermann Schulte-Sasse, Abteilungsleiter im Bundesgesundheitsministerium anlässlich einer Podiumsdiskussion der Laborgemeinschaft Nord-West in Emsdetten verlauten, dass die Positivliste für Arzneimittel nun vielleicht doch in das zustimmungsfreie Gesetz aufgenommen werden solle. Die Vorschlagsliste für Arzneimittel werde auf jeden Fall wie geplant erarbeitet, auch wenn sie zunächst keine Zustimmung im Bundesrat erlange.<sup>514</sup> Außerdem prognostizierte Schulte-Sasse, dass es zwischen den Regierungsparteien und der Opposition in absehbarer Zeit keine weiteren Gespräche über die Gesundheitsreform geben werde.<sup>515</sup>

Dem Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat war, wie indirekt angekündigt, kurz vor seinem Sitzungsbeginn nun erneut eine geänderte Fassung der Gesundheitsreform 2000 vorgelegt worden. Nach Intervention der SPD-Bundestagsfraktion war in dem Gesetzentwurf doch wieder die Erstellung einer Positivliste enthalten. Die SPD war der Überzeugung, dass sich die Mehrheiten im Bundesrat nach den Landtagswahlen in den nächsten Jahren wieder zugunsten der Regierungskoalition ändern werde. Aber auch wenn erst dann wieder eine Rechtsverordnung zur Positivliste durchsetzbar sei,<sup>516</sup> brauche letz-

---

<sup>511</sup> Vgl. Bannas, Günter: Im Kabinett Schröder ist kaum ein Minister ohne Schramme geblieben, in: FAZ vom 06.12.1999.

<sup>512</sup> Vgl. Doemens, Karl: Gesundheitsreform eingedampft, in: FR vom 01.12.1999.

<sup>513</sup> Vgl. Das Defizit der Kassen sinkt, Fischer hofft auf Überschuss, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

<sup>514</sup> Vgl. Die Koalition lässt Experten für den Papierkorb arbeiten, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

<sup>515</sup> Vgl. Schulte-Sasse schließt Gespräche mit der Opposition vorerst aus, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

<sup>516</sup> Vgl. Keine Chance für Rechtsverordnungen zur Positivliste, in: ÄZ vom 06.12.1999.

tere nach Ansicht der Sozialdemokraten zumindest dann nicht erst wieder erstellt zu werden.

Inzwischen drohten in vielen KVen Überschreitungen des Arzneimittelbudgets, so wie z.B. in Nord-Württemberg wo zum Jahresende eine Überschreitung um 43 Millionen DM (Betrag inklusive Hilfsmittel) drohte. Zur Abwendung eines Regresses in Höhe von 8000 DM pro Arztpraxis verabschiedete die dortige KV-Vertreterversammlung ein Notprogramm für den Fall, dass das Arzneimittelbudget in den nächsten Tagen ausgeschöpft sein sollte. Demnach sollten alle Vertragsärzte nur noch Generika und kleinste Packungseinheiten verordnen, und nur wer diese neuen Richtgrößen nicht einhielt, sollte von der KV in Regress genommen werden.

Der Vorsitzende der KV Nord-Württemberg, Werner Baumgärtner, warf daraufhin KBV-Chef Schorre vor, dass dieser wesentliche Kernpositionen der Ärzteschaft aufgegeben und die Ärzte fälschlicherweise für die drohende Überschreitung des Arzneimittelbudgets in vielen KVen verantwortlich gemacht habe.<sup>517</sup> Wenig später legte Schorre überraschend alle Ämter in der ärztlichen Selbstverwaltung nieder. Laut Schorre waren dafür ausschließlich schwerwiegende persönliche Gründe entscheidend.<sup>518</sup> Der Rücktritt des Ärztefunktionärs kam für die Ärzteschaft vollkommen unerwartet und traf diese daher hart.

Mittlerweile waren auch in Mecklenburg-Vorpommern die Arzneimittelbudgets erschöpft, aber nach Gesprächen zwischen Sozialministerium, KV und Krankenkassen konnte eine Vereinbarung zur kompensierenden Erhöhung des Budgets erzielt werden.<sup>519</sup> In Niedersachsen wurde eine Unterschriftenaktion der dortigen KV gegen die Budgetierung von Arzneimitteln gestartet, in dem Unterschriftenlisten an alle Vertragsärzte zur Anlage in deren Praxen verteilt wurden. Nach Angaben der KV war das auf 3,7 Milliarden DM festgesetzte Arzneimittelbudget in Niedersachsen bereits am 1. Dezember 1999 ausgeschöpft. Nach Abschluss der Aktion, voraussichtlich Ende Januar 2000, sollten die Listen an Bundesgesundheitsministerin Fischer oder an die niedersächsische Sozialministerin Heidi Merk (SPD) übergeben werden.<sup>520</sup> Sogar in Dresden demonstrierten die dortigen Vertragsärzte gegen die Kollektivhaftung, denn in Sachsen war das Arzneimittelbudget schon am Nikolaustag aufgebraucht worden.<sup>521</sup>

<sup>517</sup> Vgl. Baumgärtner rügt die Standespolitik der KBV, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

<sup>518</sup> Vgl. Winfried Schorre legt alle Ämter in der ärztlichen Selbstverwaltung nieder, in: ÄZ vom 06.12.1999.

<sup>519</sup> Vgl. Neue Vereinbarung über höhere Richtgrößen mildert die Regressgefahr, in: ÄZ vom 09.12.1999.

<sup>520</sup> Vgl. Patienten sollen gegen die Budgetierung protestieren, in: ÄZ vom 09.12.1999.

<sup>521</sup> Vgl. Von „Null-Bock-Stimmung“ kann keine Rede sein, in: ÄZ vom 13.12.1999.

Auch die Ärzte in Bayern konnten nur noch kleinere Medikamentenpackungen verordnen. Zugleich hatte das dortige 'Bündnis für Gesundheit' die Aktion "Rezepthülle" gestartet, um Patienten und Öffentlichkeit über die Auswirkungen der Arzneibudgets zu informieren.<sup>522</sup>

Die Lage der Ärzte war bundesweit unerträglich geworden. Jedes Land musste zusehen wie es bis zum Jahresende über die Runden kam.

Mitte Dezember schickten die bayerischen Ärztesfunktionäre ihrerseits hunderttausend Kartons mit Protestunterschriften an Andrea Fischer.<sup>523</sup>

Entgegen allen Erwartungen und trotz sämtlicher Querelen in der Arzneimittelpolitik änderte sich zum Jahresende die politische Stimmung in Deutschland eindeutig zu Gunsten der SPD, denn diese erreichte in den neuen Meinungsumfragen im Dezember '99 mit 41% zehn Prozentpunkte mehr positive Zustimmung als im November. Die CDU/CSU hingegen sackte um 12 Prozentpunkte von 55% auf nur noch 43% ab.<sup>524</sup>

Die Koalition hatte mittlerweile den Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 zum x-ten Mal nachgebessert. Nach langem Hin und Her sollte den Rechenzentren des Apothekenwesens nun doch erlaubt werden, Daten über den Arzneimittelmarkt kommerziell zu nutzen.<sup>525</sup>

Der Vermittlungsausschuss von Bundestag und Bundesrat billigte am 15. Dezember 1999 diesen zuletzt noch einmal veränderten Entwurf der Koalition zur Reform des Gesundheitswesens. Die unionsgeführten Länder votierten allerdings geschlossen gegen die Gesundheitsreform,<sup>526</sup> was bedeutet, dass der Vermittlungsausschuss ausschließlich mit den Stimmen der SPD-geführten die Gesundheitsreform billigte.<sup>527</sup> Am darauf folgenden Tag, also am 16. Dezember, beschloss der Bundestag im Alleingang der rot-grünen Regierungsmehrheit die Teile der Gesundheitsreform, die keiner Zustimmung des Bundesrates bedurften. Somit konnte das gesamte Gesetzespaket, auch wenn es gegenüber den ursprünglichen Plänen deutlich hatte Federn lassen müssen, zum Jahreswechsel doch noch in Kraft treten.<sup>528</sup> Der Bundesrat konnte ab dem 17. Dezember die

---

<sup>522</sup> Vgl. Ärzte verschreiben nur noch kleine Packungen, in: ÄZ vom 13.12.1999.

<sup>523</sup> Vgl. Ärzte schicken Patientenproteste zu Andrea Fischer, in: ÄZ vom 15.12.1999.

<sup>524</sup> Vgl. Spendenaffäre stürzt Kohl und die CDU in ein Meinungstief, in: SZ vom 11./12.12.1999.

<sup>525</sup> Vgl. Dürfen Arzneydaten jetzt doch kommerziell genutzt werden?, in: ÄZ vom 15.12.1999.

<sup>526</sup> Vgl. Hujer, Marc/ Schumacher, Oliver: Jetzt Streit in der Union über die Gesundheitsreform, in: SZ vom 16.12.1999.

<sup>527</sup> Vgl. Union findet keine Linie in der Gesundheitspolitik, in: SZ vom 16.12.1999.

<sup>528</sup> Vgl. Doemens, Karl: Bundestag billigt abgespeckte Gesundheitsreform, in: FR vom 17.12.1999.

Gesundheitsreform als solche nicht mehr blockieren, da in ihr nur noch zustimmungsfreie Teile enthalten waren.<sup>529</sup>

Die Koalition hatte immerhin auf das umstrittene Globalbudget verzichten müssen. Stattdessen sollten nun die sektoralen Budgets, wie zum Beispiel für Arzneimittel, fortgeführt werden. Die Positivliste hingegen stand zwar weiterhin im Gesetzestext, konnte aber zunächst nicht umgesetzt werden, denn einmal aufgestellt hätte die Bundesregierung diese als Rechtsverordnung mit Zustimmung der Länderkammer umsetzen müssen, was kurzfristig nicht möglich war. Auch das Benchmarking-Modell bei Arzneimittelverordnungen war vom Tisch.<sup>530</sup> Rückblickend lässt sich feststellen, dass die Koalition viele ihrer Kernpunkte in der Gesundheitsreform hat aufgeben müssen und die verbleibende Restreform nur noch Sparmaßnahmen darstellte. Von einer wirklichen Strukturreform in der GKV konnte so gesehen keine Rede mehr sein.

Schon nach dem Scheitern der zustimmungspflichtigen Teile der Gesundheitsreform im Bundesrat hatte Rudolf Dreßler Ärztevertreter und Opposition zu neuen Gesprächen eingeladen. Er vermutete einerseits bei den Ärzten erhebliche Informationsdefizite bei der Gesundheitsreform 2000, die er bei einem Treffen ausräumen wollte.<sup>531</sup> Zum anderen argumentierte er, dass es auch bei der CDU intelligente Menschen gebe, die die Fragwürdigkeit einer bloßen Blockadehaltung erkennen müssten und hoffe daher, dass die Union in absehbarer Zeit zu Verhandlungen über eine Verbesserung der Punkte, die nicht abschließend verhandelt werden konnten, bereit sei. Dreßler räumte ein, sein "Vorstoß" sei nicht mit Fischer abgesprochen,<sup>532</sup> noch dazu hatte er sich angeblich schon heimlich mit Horst Seehofer getroffen.<sup>533</sup> Dass dies die Zusammenarbeit mit Ministerin Fischer nicht gerade förderte, war offensichtlich, und die Reibereien zwischen den beiden Politikern setzten sich somit weiter fort.

Zum Ende des Jahres 1999 trat genau das ein, was längst vorauszusehen war: Die Bereitschaft mancher Ärzte, Kassenpatienten zu behandeln, schwand, Rezepte wurden verweigert und Praxen vorübergehend geschlossen. Die Mediziner verwiesen als Erklärung hinter vorgehaltener Hand auf angeblich leere Kassen.<sup>534</sup>

<sup>529</sup> Vgl. Gesundheitsreform: Sektorale Budgets, in: DÄBl. Heft 51-52 vom 27.12.1999.

<sup>530</sup> Vgl. Clade, Harald: Stabile Beiträge über ALLES!, in: DÄBl. Heft 1-2 vom 10.01.2000.

<sup>531</sup> Vgl. Dreßler sucht Dialog mit KBV und KVen, in: ÄZ vom 21.12.1999.

<sup>532</sup> Vgl. SPD lädt Opposition und Ärzte zu neuen Gesprächen, in: FR vom 21.12.1999.

<sup>533</sup> Vgl. Hujer, Marc: Das Debakel, das einen erfreut, in: SZ vom 05.11.1999.

<sup>534</sup> Vgl. Bayer, Michael: Rezepte werden verweigert, Praxen vorübergehend geschlossen, in: FR vom 21.12.1999.

## 8.5. Ergebnis der Teilanalyse

Das monatelange Gezerre um die Gesundheitsreform 2000, gekennzeichnet durch immer neue Änderungsanträge aus den Reihen der rot-grünen Koalition, der Kampf mit SPD-Fraktionsvize und Gesundheitsexperte Rudolf Dreßler, zahlreiche Proteste der Ärzte und auch das drohende Scheitern des Gesetzentwurfs im Bundesrat ging an Gesundheitsministerin Andrea Fischer nicht spurlos vorbei. Dennoch gab sie sich in der Bundestagsrede am 4. November 1999 kämpferisch und forderte die Opposition auf, die Gesundheitsreform nicht zu blockieren, sondern mitzuarbeiten.

Die Bundestagsdebatte über die Gesundheitsreform hatte sich allerdings zu einem Debakel für die rot-grüne Koalition entwickelt, dem eine auf übergroßer Hektik seitens der Gesundheitsministerin zurückzuführende fehlerhafte Gesetzesvorlage zu Grunde lag. Andrea Fischer hatte nach diesem eigentlich unbedeutenden Verfahrensfehler aber scheinbar die Kontrolle über das ganze Gesetzesvorhaben verloren. Sie war nicht mehr in der Lage, weder mit der Opposition noch mit den Ländern, Kompromisse auszuhandeln, und alles schien ihr entgleiten zu wollen. In der abschließenden Bundestagsdebatte am 16. Dezember 1999 zur Gesundheitsreform wurde erneut klar, dass SPD und Grüne unterschiedliche Schwerpunkte setzten. Nur in der Arzneimittelpolitik lagen die Positionen der beiden Koalitionspartner nicht allzu weit auseinander.

Fischers Gesundheitsreform war von Anfang an auf der Voraussetzung einer rot-grüne Bundestagsmehrheit aufgebaut. Als sich jedoch nach den schlechten Wahlergebnissen in Brandenburg, Hessen, Berlin und im Saarland abzeichnete, dass die erforderliche Unterstützung der Länder im Bundesrat für einen solchen Gesetzentwurf verweigert würde, hielt Andrea Fischer trotzdem weiterhin an ihrer Strategie fest, anstatt das Gesetz in einen zustimmungsfreien und einen zustimmungspflichtigen Teil aufzuteilen.

Nach einem Jahr harter Arbeit, unter enormen Zeitdruck und ständigen Angriffen ausgesetzt, stand Andrea Fischer nun wieder ganz am Anfang. Ihr Ansehen im Vergleich zum Vorjahr hatte sich dramatisch verschlechtert, denn ihr gegenüber hatte sich eine große Ablehnungsfront gebildet. Nur noch sehr wenige Grüne standen hinter ihr. Union und SPD begannen sogar, hinter dem Rücken der Ministerin erste Gespräche über neue Reformansätze zu führen. Andrea Fischer musste daher an allen Fronten gleichzeitig zu kämpfen, wenn sie ihr Gesetzeswerk noch "durchbringen" wollte.

Der folgenschwerste Widerstand kam nun von der CDU/CSU. Die Union verwehrte jede Diskussion über die Gesundheitsreform und lehnte diese konsequenterweise im Bundesrat ab. Auch die FDP unterstützte, im Gegensatz zur PDS, die Position der Union. So konnte das von Fischer favorisierte Globalbudget, eines der Kernstücke der Gesundheitsreform, nicht realisiert werden. Anstelle dessen wurden die sektoralen Budgets fortgeschrieben, denen, im Gegensatz zu Ministerin Andrea Fischer, Rudolf Dreßler schon immer den Vorzug gegeben hatte. Auch die Einführung der Positivliste wurde vorerst nicht realisiert.

Das Jahr 1999 war geprägt von Diskussionen über die Gesundheitsreform 2000 und den erfolgreichen Abwehrkampf der Akteure im Gesundheitswesen gegen den so geplanten Systemwechsel hin zu einem staatlich gesteuerten Gesundheitssystem. Nach Fischers schwerem Kampf um die Gesundheitsreform, die eigentlich gar keine Reform mehr war, wurde klar, dass diese in absehbarer Zeit auch nicht mehr angestrebt wurde. Die Bundesgesundheitsministerin musste sich zwangsläufig mit anderen Sparmöglichkeiten beschäftigen, um zumindest den Primat der Beitragsstabilität erhalten zu können. Daher spielten die Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelpolitik weiterhin eine Rolle.

In den letzten Wochen des Jahres hatten die Ärzte mit allen Methoden versucht, auf das aufgebrauchte Arzneimittelbudget aufmerksam zu machen. Andrea Fischer reagierte hierauf nicht. Aufgrund ihrer Verweigerung, den dringend notwendigen Dialog mit den Ärzten wieder aufzunehmen, verschärfte Andrea Fischer die Proteststimmung innerhalb der Ärzteschaft.





## 9. Das neue Gesetzesvorhaben zu den Festbeträgen und die Erweiterung der Negativliste

Zu Jahresbeginn stoppte das Landgericht Hamburg per Urteil vom 11. Januar 2000 das *Gemeinsame Aktionsprogramm der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Krankenkassen und des Bundesgesundheitsministeriums zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets im Jahr 1999* und gab somit den jeweiligen Anträgen zweier Pharmafirmen statt. Der KBV war es nunmehr untersagt, das *Aktionsprogramm* sowie die Anweisung für die Umsetzung desselben in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) zu verbreiten. Zur Begründung hieß es, die KBV verstoße mit dem *Aktionsprogramm* gegen geltendes Kartellrecht und überschreite ihre Kompetenzen. Eine der beiden Firmen hatte gegen die Liste "Vermeidung der Verordnung sog. umstrittener Arzneimittel" geklagt, die in der Rubrik "Dermatika"<sup>535</sup> nicht verzeichnet war.<sup>536</sup> Die zweite Firma wendete sich mit ihrem Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen den im *Gemeinsamen Aktionsprogramm von 1999* vorgenommenen Preisvergleich unterschiedlichster Medikamente, Wirkstoffe sowie Zulassungen und die damit verbundene Ermahnung an die Ärzte, nicht nur medizinisch, sondern insbesondere ökonomisch auszuwählen.<sup>537</sup>

Schon kurz darauf folgte die nächste Gerichtsentscheidung zum Thema Arzneimittelrichtlinien, denn in zweiter und letzter Instanz verbot das Oberlandesgericht München dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (BAK) per Urteil vom 20. Januar 2000 die Veröffentlichung der im Jahre 1999 novellierten Arzneimittelrichtlinien. Der erstinstanzlich gescheiterte Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung richtete sich gegen Verordnungsbeschränkungen oder -ausschlüsse, welche auf der Grundlage des sozialrechtlichen Wirtschaftlichkeitsgebots für bestimmte Arzneimittelkombinationen beruhen sollten. Hintergrund der gerichtlichen Auseinandersetzung war die Frage, ob der Bundesausschuss grundsätzlich befugt sei, die Verordnungsfähigkeit von Arzneien einzuschränken oder sogar auszuschließen.<sup>538</sup>

Die Ärztevereinigung Hartmannbund kündigte zur gleichen Zeit an, in den rund 35.000 Arztpraxen Schleswig-Holsteins und Nordrhein-Westfalens vor den in beiden Ländern anstehenden Landtagswahlen Stimmung gegen die rot-grüne

<sup>535</sup> Dermatika = Hautmittel.

<sup>536</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Arzneimittel: Landgericht stoppt Aktionsprogramm, in: DÄBl. Heft1-2 vom 10.01.2000; LG Hamburg, Az.: 315 O 839/99.

<sup>537</sup> Vgl. LG Hamburg, AZ: 315 O 839/99.

<sup>538</sup> Vgl. Kartellrichter legen die neuen Arzneirichtlinien für Jahre auf Eis, in: ÄZ vom 21./22.01.2000; OLG München, Az.: U (K) 4428/99; Arzneimittelrichtlinien gerichtlich blockiert, in: FAZ vom 21.01.2000.

Koalition zu machen.<sup>539</sup> Dennoch ging aus der Landtagswahl in Schleswig-Holstein am 27. Februar 2000 die SPD als klarer Sieger hervor.<sup>540</sup> Die CDU erzielte mit 35,2% eines der schlechtesten Wahlergebnisse in diesem Bundesland, während die Sozialdemokraten sogar 43,1% der Stimmen erhielten.<sup>541</sup>

Anfang Februar 2000 kündigte das Bundesgesundheitsministerium an, ein neues Gesetz über die Bildung der Festbeträge für Arzneimittel noch vor der Sommerpause dem Bundestag zuzuleiten.<sup>542</sup>

Am 12. Mai 2000 verabschiedete der Bundestag dann auch die nunmehr zehnte Novelle des Arzneimittelgesetzes (AmG-Novelle), dessen Ziel dieses Mal darin bestand, die Nachzulassung von Medikamenten zu beschleunigen. In Deutschland befanden sich in der Tat zur Zeit 14.000 Arzneimittel im Nachzulassungsverfahren.<sup>543</sup>

Zwei Tage darauf, am 14. Mai 2000 fanden Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen statt, bei welchen die Parteien der rot-grünen Bundesregierung Verluste von jeweils 3% hinnehmen mussten. Aber auch die CDU konnte sich nicht verbessern, denn als Sieger ging diesmal die FDP hervor, die ihren Stimmenanteil verdoppeln und nach fünf Jahren wieder in den Landtag ziehen konnte.<sup>544</sup>

Nur vier Tage später wurde dann am 18. Mai 2000 im Bundestag über den FDP-Antrag zur Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets debattiert.<sup>545</sup>

### 9.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Andrea Fischer kündigte bereits wenige Wochen nach in Kraft treten der Gesundheitsreform 2000 weitere Reformschritte im gleichen Jahr an. Die Gesundheitsministerin plante neue Regelungen zu den Arzneimittelfestbeträgen und räumte bei dieser Gelegenheit zum ersten Mal ein, dass die Gesundheitsreform 2000 wohl nicht die letzte sein werde. Es gebe einfach keine ein für allemal gültige Reform, betonte sie, daher werde die Debatte weitergehen.<sup>546</sup>

Im Februar 2000 kündigte die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Gudrun Schaich-Walch, an, dass ein neues Gesetz über die Bildung der Festbeträge für Arzneimittel noch vor der Sommerpause

<sup>539</sup> Vgl. Ärzte planen Kampagne bei Landtagswahlen, in: Handelsblatt vom 07./08.01.2000.

<sup>540</sup> Vgl. SPD klarer Sieger in Schleswig-Holstein, in: SZ vom 28.02.2000.

<sup>541</sup> Vgl. Abschied von den Treuesten der Treuen, in: SZ vom 29.02.2000.

<sup>542</sup> Vgl. Festbetragsgesetz bis zum Sommer?, in: ÄZ vom 22.02.2000.

<sup>543</sup> Vgl. Der Bundestag verabschiedet die zehnte Arzneimittelnovelle, in: FAZ vom 13.05.2000.

<sup>544</sup> Vgl. Schilder, Peter: Trotz Unzufriedenheit mit Rüttgers will niemand als Königsmörder erscheinen, in: FAZ vom 16.05.2000.

<sup>545</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9874.

<sup>546</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Fischer: Die Debatte um die Reform geht weiter, in: PZ Nr. 5 vom 03.02.2000.

dem Bundestag zukommen werde.<sup>547</sup> Andrea Fischer ergänzte die Aussage von Schaich-Walch, indem sie sagte, die bisherigen Regelungen seien aus kartellrechtlichen Gründen von mehreren Gerichten gekippt worden, daher müsse das Gesetz aufgrund der schwierigen verfassungsrechtlichen Situation allerdings gründlich vorbereitet werden.<sup>548</sup>

Da die Erstellung der Positivliste für Arzneimittel noch einige Zeit beanspruchte, arbeitete gleichzeitig das Bundesgesundheitsministerium an einer kurzfristigen Erweiterung der Negativliste. Begründet wurde diese Novellierung mit neuen Erkenntnissen aus der arzneimittelrechtlichen Beurteilung, wonach einige Arzneimittel als unwirksam und im Sinne des §34 III SGB V als unwirtschaftlich anzusehen seien.<sup>549</sup>

Somit sollte die seit 1990 geltende Negativliste ausgeweitet werden. Die Erweiterung der Negativliste war nach dem Sozialgesetzbuch zulässig und erlaubte der Gesundheitsministerin, im Einvernehmen mit dem Wirtschaftsministerium, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates unwirtschaftliche Arzneimittel von der Verordnung auszuschließen. Andrea Fischer suchte auf diesem Wege die Tatsache auszugleichen, dass die Neufestsetzung von Festbeträgen und die Arzneimittelrichtlinien durch verschiedene Gerichtsentscheidungen gestoppt worden waren.<sup>550</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium ging davon aus, dass die Wirtschaftlichkeitsreserven bei den Arzneimittelverordnungen noch längst nicht ausgeschöpft waren. Allerdings zeichnete sich schon im Februar 2000 ab, dass die Ausgabenentwicklung für Arzneimittel im Jahr 1999<sup>551</sup> wie bereits im Vorjahr überproportional sein würde. Nun zeigte sich aber, dass nicht alle neuen Arzneimittel unter therapeutisch-ärztlicher Sicht tatsächlich innovativ waren. Das Ministerium berief sich dabei auf Untersuchungen des Instituts für Pharmakologie der Uni Köln, welche ergaben, dass bei 2.153 Arzneimittel im Jahr 1998 neu zugelassenen Arzneimitteln von diesen nur 389 insgesamt 35 neue Wirkstoffe enthielten. Von den 35 neuen Wirkstoffen seien zwölf wirklich neuartig gewesen, bei neun sei eine Verbesserung bekannter Wirkprinzipien festzustellen gewesen, und bei den restlichen 14 Wirkstoffen habe es sich um Analogpräparate gehandelt.

Bereits im Jahr 1998 stiegen die Umsätze mit Analogpräparaten (auch Me-too-Präparate genannt) im Vergleich zum Vorjahr um 51%. Die damit ver-

---

<sup>547</sup> Vgl. Festbetragsgesetz bis zum Sommer?, in: ÄZ vom 22.02.2000.

<sup>548</sup> Vgl. Schütz, Dieter: Fischer: Die Debatte um die Reform geht weiter, in: PZ Nr. 5 vom 03.02.2000.

<sup>549</sup> Vgl. Flintrop, Jens: Kein Widerstand mehr gegen die Positivliste, in: DÄBl. Heft 8 vom 25.02.2000.

<sup>550</sup> Vgl. Andrea Fischer plant neue Negativliste für Medikamente, in: Handelsblatt vom 01.02.2000.

<sup>551</sup> Um die tatsächlichen Kosten im Arzneimittelsektor erfassen zu können braucht man Zeit. Daher wird auch vom Jahr 1999 gesprochen.

bundenen Mehrausgaben von über einer Milliarde DM stellten nach Meinung der Gesundheitsexperten im Gesundheitsministerium rund zwei Drittel des gesamten Ausgabenanstiegs für Arzneimittel im Jahr 1998 dar. Es wurden hierbei z.B. Arzneimittel mit Wirkstoffen aus der Gruppe der AT2-Antagonisten<sup>552</sup> fast dreimal so häufig verordnet als im Jahr zuvor. Aber auch im ersten Halbjahr 1999 hatte der Anteil der Analogpräparate an der Gesamtzahl der Verordnungen um immerhin 6,3% zugenommen. Wirtschaftlichkeitsreserven bei Arzneimittelverordnungen sah das Ministerium daher nach wie vor bei den Nachahmerprodukten.<sup>553</sup>

Nachdem mehrere Gerichte kartellrechtliche Bedenken bei der Festlegung von Arzneimittelpreisen geäußert hatten, musste die Ministerin ein neues System einführen. Über mehrere Monate hinweg ließ Andrea Fischer unterschiedliche Modelle prüfen und favorisierte zuletzt einen sogenannten Steuerungsausschuss. In einem solchen hätten dann Vertreter von Kassen, Ärzten und Krankenhäusern die Festbeträge für die Medikamente in Zukunft festzulegen. Justizministerin Herta Däubler-Gmelin (SPD) und Wirtschaftsminister Werner Müller (parteilos) hegten aber gegen das Vorhaben verfassungsrechtliche Bedenken, weil Arzneimittelhersteller, Apotheken und Versicherte in dem sogenannten Gremium gefehlt hätten. Möglicherweise wäre das Vorhaben auch an EU-Recht gescheitert.<sup>554</sup>

Gesundheitsministerin Fischer entschied sich schließlich dafür, den Krankenkassen eine derer wichtigsten Kompetenzen bei der Kostensteuerung im Gesundheitswesen aus der Hand zu nehmen: Statt der Kassen sollte in Zukunft ein dem Bund unterstelltes Institut die Preise bestimmen, die die Kassen für verordnete Medikamente zu zahlen hätten.<sup>555</sup> Vorgesehen war die Gründung eines das dem Bund unterstehende Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information, um die Aufgabe der Festlegung der Festbeträge zu übernehmen.<sup>556</sup>

Andrea Fischer zog damit ihre Konsequenzen aus mehreren Urteilen deutscher Gerichte aus dem Jahr 1999. Ihrer Ansicht nach hatte sie alles versucht, die Preissteuerung durch Selbstverwaltung gerichtsfest zu machen. Es ist anzunehmen, dass die Ministerin wohl der Regierung den Vorwurf ersparen wollte, sie führe das Gesundheitswesen endgültig in den Staatsdirigismus.

---

<sup>552</sup> AT2-Antagonisten, auch Sartane genannt, sind bei Bluthochdruck indiziert. Sie haben den Vorteil, dass sie eine bessere Compliance für den Patienten haben und keinen "ACE-Husten" verursachen, wie es bei den älteren ACE-Hemmern der Fall war. Die Deutsche Hochdruckliga, die aus Sachverständigen zur Bluthochtherapie besteht und Therapierichtlinien für Ärzte herausgibt entschied kürzlich, dass AT2-Antagonisten zu den Medikamenten erster Wahl gehören.

<sup>553</sup> Vgl. Schütz, Dieter: BMG sieht noch viel Luft im Ordnungsverhalten, in: PZ Nr. 6 vom 10.02.2000.

<sup>554</sup> Vgl. Streit um Arzneipreise verschärft sich, in: SZ vom 06.03.2000.

<sup>555</sup> Vgl. Andrea Fischer entmachtet die Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 24.02.2000.

<sup>556</sup> Vgl. Kassen warnen vor Pharnalobby, in: SZ vom 03.4.2000.

So aber wies Fischer den klagenden Unternehmen die Schuld an der nun unabweichlichen Verstaatlichung der Preispolitik zu.<sup>557</sup>

Dessen ungeachtet schloss die GKV das Jahr 1999 mit einem Plus von rund einer Milliarde DM ab, obwohl die Leistungsausgaben für Arzneimittel 1999 um 8,4% gestiegen waren. Dies sei gerade die mit Abstand problematischste Entwicklung in der GKV, befand nach wie vor Ministerin Fischer. Auch das seit Herbst umgesetzte *Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets* habe die Fehlentwicklungen der ersten drei Quartale nicht mehr entscheidend korrigieren können. Nach Fischers Auffassung sei der Anstieg „kein Naturgesetz, [sondern] maßgeblich von dem Engagement der einzelnen KVen bei der Steuerung der Arzneimittelausgaben abhängig.“<sup>558</sup>

Im Laufe der Beratung des FDP-Antrages zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets verteidigte Andrea Fischer am 18. Mai 2000 ihre Negativliste und die damit verbundene zehnte AmG-Novelle. Sie betonte, die Negativliste sei gegenüber der Positivliste nichts Überflüssiges, da letztere die Medikamente hauptsächlich nach Qualitätskriterien vergleiche. Mit der zehnten AmG-Novelle sollten aber jene Medikamente zunächst einmal "qualitätsgesichert" werden, die seit Jahrzehnten ungeprüft auf dem Markt seien.

Die Ministerin machte darauf aufmerksam, Deutschland brauche für den Gesundheitsschutz, keine 40.000 Medikamente, auch wenn es die Opposition behaupte. Allgemein machte sie der Opposition den Vorwurf, dass diese prinzipiell jedes Instrument ablehne, das die rot-grüne Koalition zur Verbesserung der Arzneimittelverschreibungen diskutiere oder umsetzen wolle.

Fischer betonte, die rot-grüne Koalition habe im Gegensatz zur Opposition die unbegrenzte Kollektivhaftung abgeschafft und die Maximal-Haftung auf 5% der Budgetsumme reduziert. Auch habe die Bundesregierung nicht wie die Opposition, immer verstanden, dass medizinische Innovation bei der Festlegung des Budgets berücksichtigt werden müsse.

Nur in einem einzigen Punkt war die Gesundheitsministerin gleicher Auffassung wie die CDU/CSU: Die mangelnde Datentransparenz stelle ein Problem dar, denn die Datengrundlage für die Budgetsteuerung sei nicht gut genug. Fischer argumentierte aber sogleich, dass im Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform 2000 der Bundesregierung ein Abschnitt über Datentransparenz enthalten gewesen wäre, der eine verbesserte Datengrundlage zur möglichen Steuerung der Arzneimittelbudgets ausschließlich über Richtgrößen geschaffen hätte. Aber all die-

---

<sup>557</sup> Vgl. Andrea Fischer entmacht die Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 24.02.2000.

<sup>558</sup> Vgl. Rieser, Sabine: Skepsis trotz schwarzer Zahlen, in: DÄBl. Heft 11 vom 17.03.2000.

se Bemühungen, so kritisierte sie aufs Neue, die nur dazu dienten, in diesem "außerordentlich unübersichtlichen Arzneimittelmarkt Deutschland" die Qualität zu erhöhen und den Ärzten eine wirtschaftlichere Verordnungsweise zu ermöglichen, habe die Opposition verweigert.<sup>559</sup>

## 9.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Angesichts der drohenden Grippewelle in Deutschland forderte die Opposition die Bundesgesundheitsministerin im Januar 2000 auf, den Ärzten mehr Freiraum beim Verschreiben von Arzneimitteln zu geben. Das Arzneimittebudget müsse weg oder zumindest entsprechend dem Versorgungsbedarf aufgestockt werden, erklärte Hermann Kues, stellvertretender CDU/CSU-Fraktionsvorsitzender. Bei einer Grippewelle drohe die Gefahr, dass vielen Patienten notwendige Medikamente aus Kostengründen vorenthalten würden. Dies sei eine zutiefst unethische und patientenfeindliche Gesundheitspolitik, "im Stile eines Finanzbuchhalters", kommentierte Kues.<sup>560</sup>

Am 18. Mai 2000 wurde im Bundestag der eingebrachte Gesetzentwurf der FDP zur Abschaffung der Budgets debattiert.

Der FDP-Gesundheitspolitiker Dieter Thomae forderte in dieser Debatte, die Budgetierung sofort aufzuheben, da andernfalls die medizinische Versorgung der Bundesbürger gefährdet sei. Bereits jetzt lasse sich beobachten, dass gewisse notwendige Medikamente nicht mehr verordnet würden. Zudem bestehe die Gefahr, dass gewisse Patienten, beispielsweise Aidskranke, vermehrt in Krankenhäuser eingewiesen würden, um der Budgetbelastung durch teure Arzneien auszuweichen. Den Kollektivregress bei Budgetüberschreitungen halte er überdies für verfassungsrechtlich unhaltbar, und er freue sich, dass es bald Prozesse zur Legitimitätsprüfung geben werde, so Thomae. Weiterhin erklärte er, dass wenn ein niedergelassener Arzt sein Arzneimittelbudget ausgeschöpft habe, dieser in der Tat nur aus solch einer Falle herauskommen könne, wenn er seine Patienten ins Krankenhaus überweise, was aber erheblich teurer sei. Zum Schluss seiner Rede machte Thomae auf das Steuerungsinstrument Richtgrößen aufmerksam, mit der die Problematik seiner Ansicht nach besser in den Griff zu bekommen sei. Diese Lösung sei gerechter, weil es so keine Kollektivhaftung mehr geben und

<sup>559</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9879-9880.

<sup>560</sup> Vgl. CDU fordert Aufhebung des Arzneimittelbudgets wegen Grippewelle, in: DÄBl., Heft 3 vom 21.01.2000.

jeder Einzelne direkt mit in die Verantwortung einbezogen würde. Er beschuldigte die Bundesregierung, für diesen Vorschlag "noch nicht reif" gewesen zu sein.<sup>561</sup>

Der CDU-Abgeordnete Wolf Bauer stellte in der gleichen Debatte fest, dass die Bundesregierung eindeutig in eine Sackgasse geraten sei. Dies habe selbst das SPD-interne Diskussionspapier gezeigt, aus welchem übrigens auch die späte Einsicht hervortrete, dass die Bundesregierung die Zusammenarbeit mit der Opposition suchen müsse. Bauer bot daher der Regierung die konstruktive Mitarbeit der Union an, forderte aber Andrea Fischer auf, ein Gesamtkonzept vorzulegen, dass nicht nur aus Restanten eines bereits gescheiterten Gesetzes bestehe. Dies bedeute allerdings auch, dass die Bundesregierung von der Budgetierung Abstand nehmen müsse.

Ebenfalls kritisierte Bauer die zehnte AmG-Novelle, denn seiner Meinung nach versuche die Bundesregierung damit nur, still und heimlich eine ganze Reihe von Arzneimitteln vom Markt zu nehmen.<sup>562</sup>

Während der Beratung des Antrages zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets meldete sich auch die PDS-Abgeordnete Ruth Fuchs zu Wort. In ihrer Rede machte sie darauf aufmerksam, dass es bei der Arzneimittelversorgung natürlich Rationalisierungsreserven gebe, da ihrer Meinung nach immer noch zu viele und, vor allem auch, zu viele ungeprüfte Medikamente auf dem Markt seien. Auch der Einfluss der pharmazeutischen Industrie auf das ärztliche Ordnungsverhalten führe einhergehend mit vergleichsweise hohen Arzneimittelpreisen zu überhöhten Kosten beim Medikamentenverbrauch. Nachdem die Vorgängerkoalition auf diese Entwicklung bestenfalls halbherzig reagiert habe, greife nun die rot-grüne Koalition zu einer strikten Verschärfung der Budgetierung. Damit habe die jetzige Bundesregierung das Problem aber nur einseitig auf den Rücken der Ärzte verlagert, so die PDS-Abgeordnete. Ihrer Ansicht nach reduziere der momentan wirkende Einspardruck der Koalition eben nicht nur fragwürdige Leistungen, sondern auch den Einsatz medizinisch notwendiger Mittel. Fuchs stellte in diesem Sinne vorwurfsvoll fest, es sei Realität, dass erforderliche Medikamente nicht verschrieben werden. Hinzu käme, dass es in der Arzneimittelversorgung auch große Felder gebe, in denen Nachholbedarf herrsche, wie beispielweise bei Bluthochdruckpatienten. Deshalb forderte Fuchs eine Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie sowie mehr herstellerunabhängige fachliche Informationen und Fortbildungen für Ärzte. Auch

---

<sup>561</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9874, 9875.

<sup>562</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9877.

solle die Selbstmedikation begrenzt und Laienwerbung für Arzneimittel eingestellt werden.<sup>563</sup>

### 9.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Schon zu Jahresbeginn drohten die deutschen Kassenärzte der Bundesregierung mit "Kampfmaßnahmen" und lokalen Ärztestreiks aus Protest gegen die jetzt applizierbare Gesundheitsreform 2000. Der zukünftige neue Kassenarztchef Manfred Richter-Reichhelm erklärte, die Ärzte fühlten sich durch die seit Jahresbeginn geltenden, untragbaren Neuregelungen nicht mehr unbedingt an ihr striktes Streikverbot gebunden. Er hielt es daher für möglich, dass in bestimmten Stadtteilen vorübergehend die Arztpraxen geschlossen würden. Begründetes Ziel der Ärzte sei es, die gesetzliche Ausgabenbegrenzung zu kippen oder zumindest zu lockern, denn selbst Richter-Reichhelm monierte, dass das Geld, das die Politik den Ärzten in diesem Jahr für die Versorgung der Bevölkerung bereitstelle, nicht ausreiche. Trotz des geplanten Streiks bot Richter-Reichhelm sowohl Regierung als auch Oppositionsparteien Gelegenheit zu Gesprächen an. Er betonte, die Ärzte würden "den Dialog mit der Politik" suchen.

Das KBV-Vorstandsmitglied, Jürgen Bausch machte vor allem auf die "echte Versorgungsnotlage" bei Medikamenten aufmerksam, da es ihm zufolge keine weiteren Sparmöglichkeiten mehr gebe. Es sei eine schwere Katastrophe, so Bausch, wenn die Mediziner, etwa wie bei Grippewellen, bei jeder Verordnung "knapsen" müssten und von der Regierung hoffnungslos mit den Geldproblemen allein gelassen würden. Es könne nicht sein, dass nur noch die Ärzte das Krankheitsrisiko der Patienten trügen und nicht die Krankenkassen.<sup>564</sup>

Aus der Sicht des Bundesverbandes der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) war es wichtig, dass die Vorschriften des Sozialrechts für die Arzneimittelrichtlinien und Arzneimittelfestbeträge an das Europarecht angepasst wurden. Unverträglichkeiten mit dem deutschen Recht durften sich dabei keinesfalls auf das Regress-Risiko der Ärzte auswirken. Der BDA machte sich für deutlichere Definitionen jener Präparate stark, die zukünftig auf der Negativliste stehen sollten, denn deren Erweiterung war selbst nach ihrer Meinung per Erlass durch das Bundesgesundheitsministerium umsetzbar, da eine entsprechende Ermächtigung durch höchstrichterliche Rechtsprechung abgesichert sei. Prinzipiell sollte individuellen Arzneimittelrichtgrößen der Vorzug vor globalen oder sektoralen Budgets gege-

<sup>563</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9881.

<sup>564</sup> Vgl. Kassenärzte drohen mit „Kampfmaßnahmen“, in: SZ vom 13.01.2000.



ben werden. Allerdings müssten diese praxisbezogen, ausreichend und bedarfsgerecht bemessen sein und sollten demzufolge zwischen KVen und Krankenkassen ausgehandelt werden. Deren Zusammenarbeit garantiere, dass der unterschiedliche Versorgungsbedarf je nach städtischen und ländlichen Gebieten entsprechend differenziert berücksichtigt würde.<sup>565</sup>

Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes der BKK, Wolfgang Schmeinck, forderte die Bundesregierung auf, endlich dafür zu sorgen, dass die im Sozialgesetzbuch enthaltenen Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung auch angewendet werden können. In diesem Punkt sei das Gesundheitsreformgesetz völlig unzureichend, erklärte Schmeinck. Um schließlich doch in Zukunft wieder Einsparungen zu realisieren, so Schmeinck, müsse die Bundesregierung das versprochene Festbetragsneuregelungsgesetz endlich auf den Weg bringen. Er klagte, es könne doch nicht sein, dass der Gesetzgeber einerseits Ärzte und Krankenkassen beauftrage, wichtige Funktionen in Eigenregie zu übernehmen, und auf der anderen Seite zulasse, dass Krankenkassenfunktionären, die diese Freiheit zum Guten ausnutzen von deutschen Kartellgerichten mit Geldstrafen von bis zu 500.000 DM oder ersatzweise Haft angedroht werde.

Den Entwurf des Gesundheitsministeriums vom Sommer 1999 hielt Schmeinck für nicht geeignet, das Hauptproblem zu lösen, denn nach diesem würde das Ministerium die bisher beim Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen liegende Verantwortung für die Bildung von Festbetragsgruppen ebenso an sich ziehen wie die Festsetzung und auch die regelmäßige Überprüfung der Höhe der entsprechenden Festbeträge, die bislang den Spitzenverbänden der Krankenkassen oblag. Für diese Arbeit hätte sich das Ministerium der Hilfe eines erst noch zu schaffenden Institutes zu bedienen, dem Krankenkassen und der Ausschuss der Ärzte und Krankenkassen, zuarbeiten müssten. Nach wie vor sei es die beste Lösung, so BKK-Chef Schmeinck, die Festbetragsregelung bleibe Aufgabe der Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen, was daher gesetzlich abgesichert werden müsse.<sup>566</sup>

Der BPI forderte die Bundesregierung auf, ihren "Konfrontationskurs" in der Gesundheitspolitik aufzugeben und bot dem Bundesgesundheitsministerium eine enge Zusammenarbeit bei der Qualitätsverbesserung der Arzneimittelversorgung in Deutschland an. Der neue Hauptgeschäftsführer des Bundesverbandes der

---

<sup>565</sup> Vgl. Clade, Harald: Hausärzte fordern bessere Grundlagen, in: DÄBl. Heft 1-2 vom 10.01.2000.

<sup>566</sup> Vgl. Kassen: Bei Arzneien großes Sparpotential, in: Handelsblatt vom 13.01.2000.

Pharmazeutischen Industrie (BPI), Hans Sendler, erklärte, die Pharmaindustrie sei bereit, mit der Ministerin an "einem Strang zu ziehen", wenn es darum gehe, die Therapie der Patienten zu optimieren. Allerdings müsse dabei die Therapiefreiheit der Ärzte gewahrt bleiben, forderte hypokritisch Sendler.

Die von den Sparkommissaren der Krankenkassen oft angeprangerte Arzneiviel-falt in Deutschland sah er seinerseits hierzulande als Vorteil, denn sie ermögliche den Ärzten, je nach Art und Schwere der Krankheit "zwischen den Präparaten verschiedener Therapieeinrichtungen auszuwählen". Bislang entschieden allerdings allein die Mitglieder des BAK, und seit neuestem auch Vertreter der Krankenhäuser, über die richtige Arzneimitteltherapie. Die Pharmaunternehmen aber, die immerhin in den vergangenen Jahren die Voraussetzungen für ständig verbesserte Behandlungsmöglichkeiten geschaffen hätten, blieben weiterhin ausgeschlossen und deren Verbände dürften gerade einmal bei Anhörungen Stellung nehmen, bemängelte Sendler. Wenn die Pharmaindustrie mehr Mitspracherechte hätte, müssten die Pharmaunternehmen nicht vor Gericht ziehen, bilanzierte er. Schlussfolgernd erklärte Sendler, die Bundesregierung könne doch im Ernst nicht glauben, dass sie in Zukunft bei Rechtstreitigkeiten im Arzneimittelbereich weitere Eingriffe dadurch absichern könne, indem sie die Sozialgerichte für allein zuständig erkläre und somit die Geltung des Kartellgesetzes ausschließe, erklärte der Chef des BPI. Dies werde, so prophezeite Sendler, schon am höherrangigen EU-Recht scheitern.<sup>567</sup>

Die AOK forderte eine zügige Umsetzung der Liste erstattungsfähiger Arzneimittel in der GKV. Nach Ansicht von Hans-Jürgen Ahrens, Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, hatte die Koalition mit der Positivliste im Grunde die Voraussetzung für mehr Qualität in der Pharmakotherapie geschaffen. Ein Eingriff in die Therapiefreiheit der Ärzte sei damit jedoch gar nicht verbunden. Außerdem sei die Positivliste auch nicht automatisch ein Sparinstrument in der Hand der GKV, sondern helfe vielmehr, knappe Ressourcen sinnvoll und wirksam einzusetzen.<sup>568</sup>

Die Krankenkassen begrüßten die Negativliste als einen Versuch, die bereits beschlossenen, aber von den Gerichten gestoppten Arzneimittelrichtlinien gesetzlich durchzusetzen.<sup>569</sup>

Was die Ersatzkassen anbelangt, so gingen diese davon aus, dass das Arzneimittelbudget im Jahr 2000 sogar eingehalten werden könne, da diese sektoralen

---

<sup>567</sup> Vgl. Pharmaindustrie fordert mehr Mitspracherecht, in: Handelsblatt vom 27.01.2000.

<sup>568</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: AOK will Positivliste, und zwar schnell, in: PZ Nr. 3 vom 20.01.2000.

<sup>569</sup> Vgl. Ministerium möchte Negativliste verlängern, in: FR vom 02.02.2000.

Budgets nach Berechnungen des Bundesgesundheitsministerium nur um 1,43% im Vergleich zum Vorjahr steigen würden. Damit ständen den Versicherten auch 2000 wieder mehr Geld zur Verfügung, erklärte der Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen, Lutz Freitag. Folglich werde es allen Unkenrufen aus der Ärzteschaft zum Trotz nicht zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung kommen. Der Verband der Angestellten-Krankenkassen forderte daher die Beibehaltung der Selbstverwaltung bei der Festsetzung von Festbeträgen sowie die Rechtssicherheit der Arzneimittelrichtlinien, für deren Festsetzung der BAK zuständig sei. Die in der Gesundheitsreform 2000 vorgesehene Regelung, bei Rechtsstreitigkeiten ausschließlich die Sozialgerichte für zuständig zu erklären, reiche laut Freitag für diese Zwecke bei weitem aus.<sup>570</sup>

Im März 2000 forderten die Krankenkassen, die Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich, welche in Milliardenhöhe lagen, konsequenter als bisher zu nutzen, da die Ärzte immer mehr und immer teurere Medikamente verordneten. Sparpotentiale im Arzneimittelbereich sahen die Betriebskrankenkassen nach wie vor bei der Festbetragsregelung für Arzneimittel. In diesem Zusammenhang begrüßte der Verband die noch für dieses Jahr angekündigte neue Negativliste der wegen Unwirtschaftlichkeit nicht weiterhin verordnungsfähigen Arzneimittel. Die Pläne der Bundesregierung, in Zukunft die Festbeträge durch Rechtsverordnung festzulegen, lehnten die Kassen jedoch weiterhin ab. Die international anerkannte Selbstverwaltung des deutschen Gesundheitswesens dürfe keiner staatlichen Steuerung zum Opfer fallen, so begründete die BKK ihre Forderungen. Um die hohen Vertriebskosten, die rund 30% der Arzneimittelausgaben ausmachten, zu senken, forderte die BKK eine Aufhebung des 1998 eingeführten Versandhandelsverbots.<sup>571</sup>

Der Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA), Patrick Schwarz-Schütte, hielt nach wie vor eine Positivliste für innovationsfeindlich und forderte weiterhin die schon des öfteren erwähnte Dreiteilung des Arzneimittelmarktes: Medikamente gegen schwerwiegende Erkrankungen sollten somit vollständig von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werden, jene gegen geringfügige Krankheiten gar nicht, und bei allen übrigen Verordnungen sollten die Patienten zuzahlen.

Die Mitgliederversammlung des VFA machte allerdings deutlich, dass der Verband sich nicht gegen eine erweiterte Negativliste sperren würde. Dies gelte

---

<sup>570</sup> Vgl. Budget könnte 2000 eingehalten werden, in: PZ Nr. 6 vom 10.02.2000.

<sup>571</sup> Vgl. Krankenkassen fordern Einsparungen bei den Arzneimitteln, in: Handelsblatt vom 15.03.2000.

auch für den Fall, dass "unwirtschaftliche" Medikamente nicht mehr von den Kassen erstattet würden.<sup>572</sup>

Nach Ansicht des VFA habe nun das Steuerungsinstrument 'Festbeträge für Arzneimittel', ausgedient. Die Bundesregierung müsse sich daher ernsthaft fragen, ob die anerkannten Erstattungspreise der Kassen den Wettbewerb inzwischen nicht sogar behinderten. Denn wenn sogar die Unternehmen sich bei ihrer Preisgestaltung an den Festbeträgen orientieren müssten, hieße das doch automatisch, dass Preissenkungen unter das Festbetragsniveau natürlich nur unterbleiben können.

Die VFA-Hauptgeschäftsführerin Cornelia Yzer betonte, dass fachspezifische Arzneimittelrichtgrößen besser geeignet wären als Festbeträge, um die Arzneimittelausgaben der Kassen zu steuern. Mit den Plänen von Gesundheitsministerin Andrea Fischer allerdings, die Festbetragsregelung dadurch gerichtsfest zu machen, dass in Zukunft nicht mehr die Selbstverwaltung, sondern das der Rechtsaufsicht des Ministeriums unterstellte 'Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information' die Festbeträge festlegt, könne die forschende Pharmaindustrie trotzdem leben. Sie sehe keinen gangbaren Weg, den kartell- und europarechtlichen Bedenken gegen die bisherige Regelung Rechnung zu tragen, beteuerte Yzer. Alle Alternativvorschläge seitens der Kassen und der Industrie würden ebenso an den Gerichten scheitern wie das geltende Recht.<sup>573</sup>

Den Entwurf zum Festbetragsneuordnungsgesetz lehnten KBV und Krankenkassen im April 2000 einmütig ab. In einer gemeinsamen Erklärung hieß es, hier werde versucht, die Weichen für eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens zu stellen. Gleichzeitig setzte sich die KBV jedoch für eine "selbstverwaltungsnahe Lösung" ein und machte den Vorschlag, der BAK solle zur juristischen Person mit der ausdrücklichen Bestimmung zur Regelung der Festbeträge, umgewandelt werden, wobei dem Bundesgesundheitsministerium das endgültige Genehmigungsrecht vorbehalten bleiben solle. So bliebe der Einfluss eines parlamentarisch verantwortlichen Organs gewahrt. Das Bundesgesundheitsministerium müsse dafür sorgen, dass zumindest die Handlungsfähigkeit der Selbstverwaltung erhalten bleibe, zumal auch andere Aufgaben der Selbstverwaltungsgremien, wie z.B. die Erarbeitung der Arzneimittelrichtlinien, derzeit auf dem gerichtlichen Prüfstand stünden.

Mark Seidschek, Hauptgeschäftsführer des BAH konterte hingegen, die Selbstverwaltung sei kein Wert an sich, und sein Verband rechne sich bei einer staatli-

---

<sup>572</sup> Vgl. Bergemann, Nils: Weiter für die Dreiteilung, in: DÄBl. Heft 9 vom 03.03.2000.

<sup>573</sup> Vgl. „Wir brauchen mehr Wettbewerb“, in: Handelsblatt vom 25.04.2000.

chen Lösung größere Mitspracherechte für die pharmazeutische Industrie aus, als zuvor.<sup>574</sup>

#### 9.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure

Die Debatte um die Arzneimittelausgaben setzte sich, trotz Einführung der Gesundheitsreform 2000, auch weiterhin fort. Die Ärzte drohten neuerdings mit Einschränkungen ihrer Leistungen, wenn es bei den sektoralen Budgets bleiben sollte.

Seit einem Jahr war die Festbetragsregelung für Arzneimittel per mehrfachen Gerichtsbeschluss faktisch außer Kraft gesetzt. Die Krankenkassen sahen sich dadurch um Sparpotentiale in Milliardenhöhe gebracht und drängten auf eine gesetzliche Neuregelung.<sup>575</sup>

Derweil beschlossen deren Spitzenverbände, ein Anhörungsverfahren für die spezifische Neuregelung von Festbeträgen einzuleiten. Konkret davon betroffen waren etwa 100 Präparate, auf die jährlich 720.000 Verordnungen mit einem Umsatzvolumen von circa 110 Millionen DM entfielen.<sup>576</sup>

Im Zuge der am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Gesundheitsreform 2000 war neben dem Sozialgesetzbuch auch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen und das Sozialgerichtsgesetz geändert worden. Mit diesen Änderungen wollte die rot-grüne Bundesregierung erreichen, dass künftig bei Rechtsstreitigkeiten ausschließlich die Sozialgerichte zuständig waren und somit keine Zivilgerichte mehr angerufen werden konnten. Außerdem durften die Sozialgerichte bei diesen Streitigkeiten das Wettbewerbs- und Kartellrecht nicht mehr anwenden. Die Gesundheitsministerin wollte verhindern, dass weitere Festbeträge zu Fall gebracht werden.<sup>577</sup>

Nach den Plänen Fischers sollte künftig eine selbstständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich ihres Ministeriums Festbeträge auf dem Verordnungsweg festsetzen. Die Krankenkassen dagegen wollten ihr Selbstverwaltermonopol auch bei den Festbeträgen aufrechterhalten.<sup>578</sup>

Auf einem ganz anderen Blatt stand die Tatsache, dass die von Andrea Fischer zur Begleitung der gesetzlichen Krankenversicherungs-Gesundheitsreform einge-

<sup>574</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Das „Aufräumen“ hat begonnen, in: DÄBl. Heft 17 vom 28.04.2000.

<sup>575</sup> Vgl. Kassen: Bei Arzneien großes Sparpotential, in: Handelsblatt vom 13.01.2000.

<sup>576</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Kassen für weitere Festbeträge, in: PZ Nr. 7 vom 17.02.2000.

<sup>577</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Wie Rot-Grün Zivilgerichte künftig aushebeln will, in: PZ Nr.9 vom 02.03.2000.

<sup>578</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Festbeträge: Wie die Politik sich vor der Verantwortung drückt, in: ÄZ vom 18.05.2000.

leiteten Öffentlichkeits- und Informationskampagnen bisher schon fast eine halbe Million DM gekostet hatten. Dies teilte das Bundesgesundheitsministerium auf Anfrage des FDP-Abgeordneten Dieter Thomae mit.<sup>579</sup> Fazit war allerdings, dass die Kampagne trotz des Aufwandes weder die Bevölkerung noch die Leistungsanbieter ansprechen konnte.

Ein Blick auf die Ausgaben der Krankenkassen im Arzneimittelwesen zeigte nun aber, dass diese unterdessen brisant nach oben geschneilt waren. Auch wenn die GKV in ihrer Bilanz für 1999 einen Überschuss erzielte, so waren die Ausgaben für Arzneimittel im gleichen Zeitraum trotzdem um 8,4% im Westen und um 8,2% im Osten gestiegen. Die Gesundheitsministerin bekundete dazu, dass dies die mit Abstand problematischste Entwicklung in der GKV sei.

Die Pharmaindustrie verwies allerdings erneut auf die abgesenkten Zuzahlungen und die erhöhte Mehrwertsteuer als Ursachen der Ausgabensteigerung im Arzneimittelbereich. Sie sei zudem Folge des ständigen innovativen Schubs auf diesem Markt. Die pharmazeutische Industrie regte an, den Überschuss der gesetzlichen Krankenkassen zu nutzen, um den Ärzten bei der Bewältigung ihrer Budgetprobleme zu helfen, und sei es durch eine nachträgliche Budgetanhebung. Das lehnte die Gesundheitsministerin mit der Bemerkung, zu "vorschnellen Begehlichkeiten" gebe es keinen Anlass, strikt ab. Die Krankenkassen unterstützten allerdings Fischers Position mit der Begründung, dieser Überschuss werde dringend gebraucht, um die zusätzlichen Kosten der Gesundheitsreform zu finanzieren.<sup>580</sup>

Anfang März 2000 kam auch wieder Bewegung in die Gespräche zwischen der Ärzteschaft und den Sozialdemokraten. Am 10. März 2000 traf sich Fraktionsvize Rudolf Dreßler mit deren Repräsentanten zu einem informellen Treffen. Weder geladen noch anwesend waren Vertreter des grünen Koalitionspartners oder des Bundesgesundheitsministeriums. Die SPD könne selbst darüber bestimmen, mit wem sie rede, begründete Dreßler. Allerdings brachte auch dieses Treffen bezüglich der Budgets, keine nennenswerten Änderungen. Es blieb dabei, dass das Arzneimittelbudget 1999 auf alle Fälle, so wie es das Gesetz vorschrieb, umgesetzt werden sollte. Abschließend kamen alle Teilnehmer immerhin dahingehend überein, miteinander im Gespräch bleiben zu wollen.<sup>581</sup>

---

<sup>579</sup> Vgl. Gesundheitsreform 2000: Teure PR-Kampagnen des BMG, in: DÄBl. Heft 11 vom 17.03.2000.

<sup>580</sup> Vgl. Rieser, Sabine: Skepsis trotz schwarzer Zahlen, in: DÄBl. Heft 11 vom 17.03.2000.

<sup>581</sup> Vgl. Jachertz, Norbert: Ein gewisses Verständnis, in: DÄBl. Heft 12 vom 24.03.2000.

Anfang April 2000 verschärfte sich von neuem der Konflikt zwischen Krankenkassen und Gesundheitsministerium der Festbeträge für Arzneimittel.

Der Chef des AOK-Bundesverbandes, Hans-Jürgen Ahrens, fürchtete eine Verstaatlichung des Gesundheitswesens, wenn ein Bundesinstitut künftig Preise festlegen dürfe. Ahrens hielt den vorgeschlagenen Weg für problematisch, da dieses Institut doch immerhin auf Gelder der Pharmaindustrie angewiesen sei. Der AOK-Chef meinte absehen zu können, dass dadurch die Anfälligkeit der Politik für die Lobbyarbeit der Pharmaindustrie steigen werde, was z.B. bedeute, dass vor Bundestags- und Landtagswahlen keine Festbeträge mehr festgelegt würden, weil man "es sich nicht mit der Branche verderben" wolle.

Die Pharmaindustrie lehnte die bisherige Festbetragspraxis nicht einstimmig ab. So unterstützte beispielsweise der VFA, der vor allem Großkonzerne vertritt, Fischers Vorgehen. Der Bundesverband als Vertreter der mittelständischen Betriebe schlug sich dagegen auf die Seite der Kassen.<sup>582</sup>

Angesichts der gerade beschlossenen Gesundheitsreform 2000 wurde zu allseits großem Erstaunen ein internes SPD-Papier bekannt, dass nun plötzlich die Abkehr vom Arzneimittelbudget und der Kollektivhaftung in Erwägung zog. In diesem zunächst innerhalb der Bundestagsfraktion zirkulierenden Diskussionspapier hieß es in der Tat, dass die Kollektivhaftung für Budgetüberschreitungen rechtlich auf "tönernen Füßen" stehe und deshalb besser rückwirkend aufgehoben werden sollte. Die SPD begründete ihre Position damit, dass derzeit auch jene Ärzte für Budgetüberschreitungen haften müssten, die sich selbst korrekt verhalten hätten. Im Extremfall greife der Regress sogar dann, wenn das Budget trotz vorschriftsmäßigen Ordnungsverhaltens überschritten werde, was nichts anderes als Willkür darstelle. Angezweifelt wurden in dem SPD-Papier ebenfalls die angemessene Höhe sowie die Steuerungswirkung des Budgets. Es hieß sogar, den Vertragspartnern werde es nicht gelingen, ein realistisches Arzneimittelbudget zu vereinbaren. Sie seien insbesondere nicht in der Lage, den medizinisch objektiv notwendigen Arzneimittelbedarf prospektiv zu definieren. Zudem könne ein solches Budget nur dann steuernd wirken, wenn die KVen laufend über die jeweiligen Ist-Werte unterrichtet würden, um bei drohenden Überschreitungen Gegenmaßnahmen ergreifen zu können. Dass es aber gerade daran hapere, sei keinesfalls eine neue Erkenntnis. Eine sinnvolle Budgetsteuerung sei unter diesen

---

<sup>582</sup> Vgl. Kassen warnen vor Pharmedia, in: SZ vom 03.04.2000.

Bedingungen einfach nicht möglich, lautete die Schlussfolgerung des SPD-Papiers.

Davon abgesehen seien auch schon andere Versuche zur Realisierung einer produktiven Selbstverwaltung, wie beispielsweise die Einführung von Arzneimittelrichtlinien, Festbeträgen, aber auch das *Gemeinsame Aktionsprogramm zur Einhaltung des Arzneimittelbudgets 1999*, gescheitert.

Als Alternative zum Arzneimittelbudget schlug das SPD-Papier fachgruppenspezifische Richtgrößen vor, also letzten Endes genau die Lösung, die Rudolf Dreßler schon lange vorschlug. Daraus lässt sich schließen, dass er wahrscheinlich an diesem Papier nicht ganz unbeteiligt war. Weiter hieß es überraschend, dass die Vorschriften über die Arzneimittelbudgetierung aufgehoben werden sollten, sobald Negativ- und Positivliste in Kraft getreten seien, denn eine eindimensionale, sektorale Betrachtung der Arzneimittelausgaben könne zu Fehlschlüssen führen, wurde im SPD-Papier eingeräumt. Bei Wirtschaftlichkeitsanalysen komme es auf die Gesamtbehandlungskosten des jeweiligen Falles an, hieß es hier. Dies waren genau die Argumente, die bisher immer von den Leistungserbringern vorgebracht wurden, nämlich dass es kurzsichtig sei, sich bei jeder Gesundheitsreform auf den Arzneimittelbereich zu stürzen, anstatt mit dem Arzneimittel zu sparen.

Jürgen Bausch von der KBV begrüßte natürlich die Stellungnahme der SPD,<sup>583</sup> was allerdings ohne übermäßige Verwunderung auch die CDU tat.

Anfang Mai 2000 bot die Bundesgesundheitsministerin der Union erneut an, nach der Landtagswahl in Nordrhein-Westfalen parteiübergreifende Gespräche über eine Reform des Gesundheitswesens aufzunehmen. Andrea Fischer verwies allerdings wieder darauf, dass aufgrund der Blockade der Opposition im Bundesrat Ende 1999 wichtige Aspekte aus der ursprünglichen Fassung der Reform weggefallen seien. Die vor kurzem neu gewählte CDU-Chefin Angela Merkel lehnte daraufhin das Gesprächsangebot der Ministerin ab, wozu sie erklärte, das Globalbudget für Arzneimittel funktioniere einfach nicht und "aus diesem Dilemma müsse Frau Fischer erst mal selbst herauskommen".<sup>584</sup>

Nach Intervention von Bundeskanzler Schröder wurde die zehnte AmG-Novelle zunächst in wesentlichen Punkten zu Gunsten der Pharmahersteller geändert, bevor deren Verabschiedung am 12. Mai 2000 im Bundestag statt fand. Nachdem sich die Pharmaindustrie lange gegen die Regelungen zur Nachzulassung

---

<sup>583</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Kehrtwende in der Arzneimittelpolitik?, in: DÄBl., Heft 16 vom 21.04.2000.

<sup>584</sup> Vgl. Gesundheitsministerin bietet der Union Gespräche an, in: FAZ vom 08.05.2000.



von Medikamenten gesträubt hatte, sprach der BAH nun von sachgerechten und angemessenen Änderungen. Obgleich noch Kritikpunkte bestünden, zumal den Unternehmen immer noch erhebliche Kosten aufgebürdet würden, trage der BAH die neuen Regelungen mit, erklärte dessen Hauptgeschäftsführer Mark Seidschek.<sup>585</sup>

Mit der zehnten AmG-Novelle wollte die Bundesregierung die Nachzulassungsverfahren für rund 14.000 Arzneimittel erschweren, denn laut dieser mussten nun viele Medikamentenpackungen mit einem Aufdruck versehen werden, der besagte, dass das entsprechende Arzneimittel nur aufgrund gesetzlicher Übergangsvorschriften im Verkehr war. Dieser Aufdruck verunsichere nach Meinung des BPI die Verbraucher und schädige folglich die Hersteller, die im Grunde somit für Versäumnisse seitens der Zulassungsbehörde bestraft würden. Begrüßenswert sei es aus Sicht des Verbandes hingegen, dass die Fristen, die den Herstellern zur Beseitigung eventueller Mängel an ihren Produkten eingeräumt wurden, nicht von achtzehn auf sechs, sondern nur auf höchstens zwölf Monate verringert wurden. Es sei im Übrigen zu hoffen, dass die lange überfällige Nachzulassung von Medikamenten mit dieser Novelle endlich zu einem Abschluss komme, bemerkte BPI-Chef Hans Sendler.<sup>586</sup>

Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe nutze die Anwesenheit von Andrea Fischer bei der Eröffnung des 103. Deutschen Ärztetages, um erneut auf die drohenden Folgen der Budgetierung hinzuweisen. Die Ärzte stünden, so Hoppe, derart "unter Druck", dass sie immer häufiger das medizinisch Notwendige nicht mehr garantieren könnten.<sup>587</sup> Ministerin Fischer war an diesem Tage selbst bei den umstrittenen Arzneimittelbudgets zu Zugeständnissen gegenüber den Ärzten bereit und gab sogar zu, dass die Arzneimittelbudgets keine Ideallösung seien. Solange es allerdings keine flexibleren Steuerungsinstrumente gebe, blieben diese notwendig, korrigierte sie sofort, bot allerdings den Ärzten sogleich konstruktive Mitarbeit bei deren Suche an.<sup>588</sup>

Nach den Landtagswahlen in Nordrhein-Westfalen vom 14. Mai 2000 schien sich die politische Stimmung nicht nur für FDP, sondern auch für die CDU/CSU im Bund verbessert, für die SPD allerdings verschlechtert zu haben.<sup>589</sup> Zunächst

---

<sup>585</sup> Vgl. Das Arzneimittelgesetz wird zu Gunsten der Industrie geändert, in: FAZ vom 11.05.2000.

<sup>586</sup> Vgl. Der Bundestag verabschiedet die zehnte Arzneimittelnovelle, in: FAZ vom 13.05.2000.

<sup>587</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Wahlkampfgeklingel?, in: DÄBl. Heft 19 vom 12.05.2000.

<sup>588</sup> Vgl. Graupner, Heidrun/ Hoffmann, Andreas: Fischer bietet Ärzten Zugeständnisse ab, in: SZ vom 10.05.2000.

<sup>589</sup> Vgl. Die Union erholt sich, in: FAZ vom 25.05.2000.

einmal waren allerdings die Wahlkämpfe für einen gewissen Zeitraum als ausstanden zu betrachten.

Nur wenige Zeit später bahnte sich aber dafür ein Kräftemessen zwischen Krankenkassen und Pharmaindustrie an, als bekannt wurde, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen selber über die Festsetzung neuer Festbeträge entscheiden wollten. Noch dazu hatte sich die Gesundheitsministerin kurz zuvor geweigert, gegen die Kassen aufsichtsrechtlich vorzugehen. Das Ministerium stand auf dem Standpunkt, dass §35 SGB V, welcher das Festbetragsverfahren regelt, geltendes und anwendbares Recht sei. Im gleichen Atemzug stellte das Ministerium jedoch irritierender Weise fest, dass genau diese Rechtsgrundlage rechtsunsicher sei, indem es auf das in Arbeit befindliche Festbetragsneuordnungsgesetz verwies.<sup>590</sup> Seitens des Gesundheitsministeriums war somit eindeutig immer noch keine definitive Lösung zu den Festbeträgen gefunden worden. In einer Resolution hatte daraufhin der Vorsitzende der Pharmazeutischen Industrie, Hans Sendler, an die Spitzenverbände der Krankenkassen appelliert, angesichts offensichtlicher Rechtsprobleme keine neuen Festbeträge festzusetzen. Dessen ungeachtet beschlossen die Kassen erstmals seit einem Jahr wieder neue Festbeträge für bestimmte Medikamente aus dem Bereich der Parkinson- und Asthmatherapie.<sup>591</sup>

Die Frage der Festbeträge war aber nicht das einzige Problem, das es zu lösen galt, denn nach wie vor wurde von der Opposition die Abschaffung der Arzneimittelbudgets gefordert.

Dem von der FDP-Bundestagsfraktion eingebrachten Gesetzesantrag, die Budgets abzuschaffen, erteilte Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer am 18. Mai 2000 eine klare Absage. Sie warf der Opposition vor, durch deren Verweigerungshaltung alle Versuche zur Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Qualität im Bereich der Arzneimittelverordnungen zu blockieren. FDP-Gesundheitspolitiker Dieter Thomae forderte daraufhin, die Budgetierung zumindest sofort anzuheben, da andernfalls die medizinische Versorgung der Bundesbürger gefährdet sei. Denn bereits jetzt lasse sich beobachten, dass selbst notwendige Medikamente nicht mehr verordnet würden. Den Kollektivregress bei Budgetüberschreitungen halte er außerdem für verfassungsrechtlich unhaltbar, so Thomae.

Die CDU/CSU- Bundestagsfraktion bekundete deutlich ihre Unterstützung des FDP-Antrags. So forderte auch der CDU-Abgeordnete Wolf Bauer, selbst Apo-

<sup>590</sup> Vgl. Überhebt sich die Selbstverwaltung oder übernimmt die Politik Verantwortung?, in: ÄZ vom 18.05.2000.

<sup>591</sup> Vgl. BPI enttäuscht von Krankenkassen, in: Medikament & Meinung Nr.6, Juni 2000.

theker die Koalition auf, von den Budgets abzurücken, da diese seiner Ansicht nach keinen Raum für medizinische Innovationen zuließen und die demographische Entwicklung nicht berücksichtigten.

Klaus Kirschner von der SPD, der den Vorsitz des Gesundheitsausschusses des Bundestages innehatte, wies seinerseits den Gesetzesantrag der FDP scharf zurück, denn von einer Unterversorgung mit Arzneimitteln könne "angesichts jährlicher Ausgaben von 36 Milliarden DM" keine Rede sein. Außerdem hielten mehr als die Hälfte aller KVen ihre Budgets problemlos ein, und Thomaes Behauptung, die Ärzte würden ihre Patienten unzureichend versorgen oder in Krankenhäuser abschieben, sei statistisch nicht zu belegen, so Kirschner.<sup>592</sup> Er ging sogar soweit, Thomaes vorzuwerfen, dass dessen Antrag ein reiner "FDP-Lobbyistenantrag" sei, der ehrlicherweise den Titel "Marketing mit dem Rezeptblock" verdient habe.<sup>593</sup> Wolf Bauer verwies daraufhin auf das offiziell der Gesundheitsexpertin Schaich-Walch zugeschriebene, SPD-interne Diskussionspapier, in welchem es ebenfalls hieß, dass es so wie bisher nicht weitergehen könne und die Koalition in eine Sackgasse geraten werde. Außerdem stehe dort auch, dass die Bundesregierung die Zusammenarbeit mit der Opposition suchen müsse, betonte Bauer, wozu die CDU durchaus bereit sei.<sup>594</sup>

## 9.5. Ergebnis der Teilanalyse

Obwohl das im September 1999 zwischen Krankenkassen, Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer vereinbarte *Aktionsprogramm* zu einer deutlichen Verlangsamung beim Anstieg der Arzneimittelausgaben geführt hatte, war das eigentliche Ziel, nämlich das vereinbarte Arzneimittelbudget auch einzuhalten, nicht erreicht worden. Gesundheitsministerin Fischer wollte daher im Frühjahr 2000 der Ausgabenflut im Arzneimittelbereich mit einer Erweiterung der schon bestehenden Negativliste entgegenwirken, da die Bearbeitung der geplanten Positivliste noch einige Zeit beanspruchte.

Gleichzeitig versuchte sie auch dem Umstand entgegenzuwirken, der durch den Stopp der Neufestsetzung von Festbeträgen sowie der vorgesehenen Arzneimittelrichtlinien ausgelöst worden war.

---

<sup>592</sup> Vgl. Regierung weist Gesetzesantrag der FDP zurück, in: ÄZ vom 22.05.2000.

<sup>593</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9875.

<sup>594</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9877.

Anfang Februar 2000 kündigte das Bundesgesundheitsministerium an, ein neues Gesetz über die Bildung der Festbeträge für Arzneimittel dem Bundestag noch vor der Sommerpause zuzuleiten. Der Entwurf des Festbetragsneuordnungsgesetzes stieß bei Krankenkassen und Ärzteschaft auf harten Widerstand, denn beide Akteure befürchteten ihr jeweiliges Selbstverwaltungsmonopol zu verlieren. Auch wurden die Kompetenzen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den Arzneimittelrichtlinien in Frage gestellt. Beide Themen führten daher ständig zu neuen Diskussionen.

Die Pharmaindustrie forderte ihrerseits zunächst die endgültige Abschaffung der Festbeträge. Allerdings stellte sie sich im weiteren Verlauf nicht gegen Fischers Pläne, die Festbetragsregelung dadurch gerichtsfest zu machen, dass in Zukunft nicht mehr die Selbstverwaltung, sondern das der Rechtsaufsicht des Ministeriums unterstellte Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information die Festbeträge festzulegen hatte.

Aber auch der Streit zwischen Gesundheitsministerin und Ärzteschaft ging weiter. Die Ärzte klagten mehr und mehr über eine echte Versorgungsnotlage bei Medikamenten und forderten daher die schnellstmögliche Abschaffung des Arzneimittelbudgets.

Unterstützt wurden die Ärzte von Opposition und Pharmaindustrie. Die CDU/CSU-Fraktion hatten sich schon länger von der Idee einer Budgetierung verabschiedet und auch die FDP hielt a priori nichts davon. Selbst innerhalb der SPD waren ablehnende Stimmen zu hören. Nur Andrea Fischer wollte am alten Kurs festhalten und änderte auch nach dem Gesetzesantrag der FDP zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets, kaum ihre Position. Dennoch suchte die Ministerin immer wieder den Dialog mit der CDU/CSU, auch wenn diese systematisch auf Ablehnung stieß.

Die CDU hatte mit ihrer geplanten Kampagne zur Gesundheitspolitik bei den Landtagswahlen in Schleswig-Holstein Februar 2000 und Nordrhein-Westfalen Mai 2000 nicht viel bewirken können, zumal ihr gegenüber die SPD als Sieger aus den Wahlen hervorging. Allerdings kümmerte sich bei der Union mit dem erfahrenen Gesundheitspolitiker Horst Seehofer nun wieder eine starke Persönlichkeit um die Arzneimittelpolitik.

Das im Monat April 2000 verfasste, interne SPD-Diskussionspapier verdeutlichte die sich schließlich auch im Rahmen der Regierungskoalition entwickelte Bereitschaft, von der Kollektivhaftung für Budgetüberschreitungen Abstand zu nehmen. Zudem verwies das Papier auf andere bereits gescheiterte Steuerungsversuche, wie z.B. die Arzneimittelrichtlinien, die Festbeträge sowie das *Aktionsprogramm*

*zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets.* Es wurden hier interessanterweise genau die gleichen Argumente angeführt, die sonst Leistungserbringer und Opposition benutzten. Dies legt den Schluss nahe, dass wohl einige SPD-Abgeordnete potentielle Pläne zum weiteren Ablauf der Arzneimittelpolitik gemacht haben, die überhaupt nicht mit der Linie der Gesundheitsministerin übereinstimmten und auch innerhalb der SPD einen Dissens erkennen ließen.



## 10. Der ständige Kampf mit den Leistungsanbietern

Auf Antrag der PDS fand am 29. Juni 2000 eine Aktuelle Stunde im Bundestag statt. Offizieller Anlass war eine an die Bundesregierung gerichtete Aufforderung zur Stellungnahme angesichts der jüngsten Einschätzung der Weltgesundheitsorganisation, der zufolge Deutschland im internationalen Vergleich der Gesundheitssysteme nur Platz 25 einnahm. Wie zu erwarten kam es bei der Aktuellen Stunde zwischen Bundesregierung und Opposition zum Schlagabtausch zu den Arzneimittelbudgets.<sup>595</sup>

Am 15. Juli 2000 trafen sich unter anderem Bundeskanzler Schröder, Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Winfried Schorre zu einem Gespräch über die Handhabung des Globalbudgets.<sup>596</sup>

Das Bundessozialgericht (BSG) in Kassel entschied am 31. August 2000<sup>597</sup>, dass die Krankenkassen für Ovulationshemmer, die für gewöhnlich nicht zur Behandlung von Krankheiten eingesetzt werden und zudem von den meisten Frauen bisher auch immer selbst bezahlt wurden, keine Festbeträge bestimmen dürften. Die Bundessozialrichter teilten zudem die Auffassung, dass die bisherige Vorgehensweise bei den Festbeträgen rechtswidrig sei. Festbeträge seien zwar durchaus grundsätzlich zulässig, müssten aber von den Krankenkassen und der Industrie gemeinsam ausgehandelt werden. Möglich sei auch eine Festlegung durch den Bundestag oder einer noch zu bestimmenden Legitimation durch das Bundesgesundheitsministerium.<sup>598</sup>

Kurze Zeit später, am 19. Oktober 2000, bestätigte das Oberlandesgericht Hamburg das erstinstanzliche Urteil des Landgerichts Hamburg vom 11. Januar 2000, welches in den Arzneimittelrichtlinien einen Verstoß gegen das Kartell- und Wettbewerbsrecht gesehen hatte. Somit galt die Berufung gegen die Aussetzung der Arzneimittelrichtlinien als abgewiesen.<sup>599</sup>

Der Bundesrat stimmte am 20. Oktober 2000 der vom Bundesgesundheitsministerium erarbeiteten Negativliste zu, mit welcher unwirtschaftliche Arzneimittel von der Erstattungsfähigkeit ausgeschlossen werden sollten.<sup>600</sup> Dies bedeutete für

<sup>595</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der PDS vom 29.06.2000, S. 10489 f..

<sup>596</sup> Vgl. Clade, Harald: Schröder zeigt Verständnis, in: DÄBl. Heft 30 vom 30.07.2000.

<sup>597</sup> Vgl. Ovulationshemmer rechtswidrig, in: DAZ Nr. 36 vom 07.09.2000.

<sup>598</sup> Vgl. Festbeträge nicht nur Kassen-Sache, in: Medikament & Meinung Nr. 9 September 2000; BSG Az.: B3 KR 11/98 R.

<sup>599</sup> Vgl. Gericht lehnt Berufung gegen Aussetzung ab, in: ÄZ vom 23.10.2000; OLG Hamburg, Az.: 3U 200/99; OLG Hamburg, Az.: 3U 199/99.

<sup>600</sup> Vgl. Negativliste beschlossen, in: DÄBl. Heft 43 vom 27.10.2000.

die Krankenkassen, auf eine Entlastung in dreistelliger Millionenhöhe hoffen zu können.<sup>601</sup>

Nachdem schon die FDP im Mai einen Versuch gestartet hatte, sektorale Budgets abzuschaffen, fand am 7. Dezember 2000, diesmal auf Antrag der CDU/CSU-Fraktion, eine erneute Beratung zur Abschaffung der sektoralen Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) statt.<sup>602</sup>

### **10.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung**

Anlässlich der Aktuellen Stunde im Bundestag am 29. Juni 2000 betonte die SPD-Abgeordnete Helga Kühn-Mengel, dass die Forderung nach immer mehr Geld, also nach weiteren Budgeterhöhungen, aber auch nach Öffnung oder Abschaffung der Budgets nicht der richtige Weg sei. Es gebe im deutschen Gesundheitssystem neben den allseits immer erwähnten Stärken eben auch Schwachpunkte, und gerade diese suche die rot-grüne Politik aufzugreifen und zu verbessern.<sup>603</sup>

Zum Auftakt des Deutschen Apothekertages am 28. September 2000 in Köln lobte Gesundheitsministerin Andrea Fischer zwar die Fachkompetenz der Apotheker und äußerte sogar Verständnis für deren Hinweis auf das nach wie vor geltende Verbot des Arzneimittelversandes, kündigte jedoch gleichzeitig überraschend den politischen Rückzug an. Sie erklärte hierzu, dass ein Veränderungsprozess stattfände und sich dieser auf nationaler Ebene nur begrenzt beeinflussen ließe, da es nun mal eine der zentralen Eigenschaften des Internets sei, keine Grenzen zu kennen. Aus dieser Erkenntnis zog sie den Schluss, dass sich auch die deutschen Apotheker in Zukunft dem Wettbewerb stellen müssten. Andrea Fischer ermunterte daher die Apotheker zur Pflege und zum Ausbau ihrer Beratungskompetenz.<sup>604</sup>

Zur Frage der Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln verwies die Gesundheitsministerin auf das Steuerungsinstrument Budget und stellte klar, dass, solange keine konkreten Vorschläge zu geeigneten Instrumenten vorlägen, sie auch weiterhin auf Budgets bestehe. Ebenfalls wies Fischer auf dem Apothekertag darauf hin, dass die Arzneimittelbudgets im Jahre 2000 nur noch nicht angepasst worden seien und verteidigte deren Existenz auch weiterhin. Sie präzisier-

<sup>601</sup> Vgl. Negativliste für Arzneimittel entlastet Krankenkassen um 360 Millionen DM, in: Handelsblatt vom 23.10.2000.

<sup>602</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13617 ff..

<sup>603</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der PDS vom 29.06.2000, S. 10500.

<sup>604</sup> Vgl. Der Internethandel lässt sich national kaum verhindern, in: ÄZ vom 29./30.09.2000.



te, dass diese Budgets einer guten Arzneimittelversorgung nicht entgegenstünden, was sich bereits in den gut die Hälfte aller KVen darstellenden Regionen zeige, in denen eine adäquate Beratung von Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Arzneimitteltherapie stattfinde. Dort funktioniere die Steuerungswirkung dieses Instrumentes, und zwar ohne dass dies zu Lasten der Patienten gehe.<sup>605</sup>

Mitte Juli erklärte Andrea Fischer zur in Kraft getretenen zehnten AMG- Novelle, dass damit die gesetzlichen Grundlagen geschaffen worden seien, um in absehbarer Zeit die Nachzulassung aller in Deutschland gehandelten Medikamente zu bewältigen. Mit dem Gesetz werde außerdem den Bedenken der Europäischen Kommission Rechnung getragen, dass einige Nachzulassungs-Vorschriften des Arzneimittelgesetzes nicht mit dem Gemeinschaftsrecht übereinstimmten.<sup>606</sup>

Am 19. September 2000 äußerte Fischer in ihrer Rede zur Jahreshauptversammlung des BAH in Berlin, mit der zehnten AMG-Novelle sei ein erster "Weg des Interessenausgleichs" gefunden worden, aber nun stehe noch die zügige Umsetzung des Nachzulassungsverfahrens an. Die Bundesregierung sei dabei, die organisatorischen Voraussetzungen zu verfeinern und habe hierzu schon im Herbst 1999 eine Arbeitsgruppe gegründet, deren Aufgabe darin bestehe, Maßnahmen zu erarbeiten, die die Bearbeitung aller Nachzulassungen vor Ende 2005 auch tatsächlich sicherstelle. Hinzufügend bemerkte die Ministerin, der Arzneimittelbereich sei ein vergleichsweise kleiner aber leistungsstarker Sektor im deutschen Gesundheitssystem. Da es sich nun aber bei Arzneimitteln um Produkte mit besonderem Charakter handele, müsse der Staat regulierend eingreifen. Darüber hinaus, so Fischer, müsse allerdings ein Arzneimittel, das zu Lasten der GKV verordnet wird, auch therapeutisch zweckmäßig sein. Und gerade diesen Problempunkt wolle sie mit der Positivliste lösen, denn dies stelle für die Ärzte ein "Instrument zur rationalen Arzneimitteltherapie" dar. Übrings gehe es bei der Positivliste vor allem um mehr Qualität für die Patienten, und ob am Ende dabei Einsparungen erzielt werden, sei nicht die Frage. Beschwichtigend erwähnte Andrea Fischer, dass durch diese Liste deren therapeutischer Nutzen unter Berücksichtigung der Besonderheit der Therapieform hinreichend belegt werden könne. Eine Einengung der Therapiefreiheit durch die Positivliste sei ihrer Ansicht nach nicht zu erkennen, denn auch in Zukunft würden zahlreiche unterschiedliche therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

---

<sup>605</sup> Vgl. Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer auf dem Apothekertag am 28.9.2000 in Köln, in: BMG- Pressemitteilungen Nr.80 vom 28.09.2000, <http://bmgesundheits.de/presse/2000/2000/80.htm>.

<sup>606</sup> Vgl. Nachzulassung von Arzneimitteln bis 2005, in: FAZ vom 13.07.2000.

Die Gesundheitsministerin verteidigte wie zu erwarten die Positivliste, argumentierte aber diesmal, dass die Versorgungsqualität gerade durch die übergroße Vielfalt des Arzneimittelangebotes gefährdet sei, denn ein Arzt könne zur Zeit gar nicht mehr den Überblick behalten, welche Arzneimittel für welche Therapie sinnvoll seien. Da die Bearbeitung einer Positivliste aber einige Zeit in Anspruch nehme, seien zunächst die Verordnungen zur Negativliste aktualisiert worden. Diese werde jene Medikamente enthalten, die aufgrund mangelnden Wirksamkeitsnachweis oder unzweckmäßiger Zusammensetzung als unwirtschaftlich zu bezeichnen seien. Einige der so betroffenen Mittel hätten auch bisher schon nicht zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen, weil sie lediglich der Behandlung geringfügiger Gesundheitsstörungen dienten, was aber trotzdem, noch dazu im Umfang dreistelliger Millionenbeträge, immer wieder geschehe, bemängelte Fischer.<sup>607</sup>

In der Bundestagsberatung am 7. Dezember 2000 zur Abschaffung der sektoralen Budgets in der GKV nahm die Gesundheitsministerin Stellung zum CDU/CSU-Antrag auf Abschaffung der sektoralen Budgets in der GKV. Sie machte darauf aufmerksam, dass in den letzten Jahren die Ausgaben für Arzneimittel deutlich gestiegen seien. Im internationalen Maßstab betrachtet, handle es sich noch dazu um einen Anstiegsprozess, der von einem eingangs schon hohen Niveau ausging. Das deutsche System sei zwar weltweit eines der teuersten, aber nicht eines der wirtschaftlichsten, bzw. effektivsten. Sie widersprach der Auffassung der Opposition, dass der Grund für diese Misere an Bestehen der Budgets zu finden sei. Zudem sprach Andrea Fischer den Ausbau der Steuerungsinstrumente an, insbesondere was die Einführungen von Richtgrößen und Regelleistungsvolumina anbelangt, da diese Maßnahmen von der CDU/CSU in ihrem Antrag gefordert worden waren. Sie klärte die Opposition darüber auf, dass eben jene Instrumente bereits existieren, und zwar im Sozialgesetzbuch. Der Vorwurf der Opposition, Spezialmedikamente könnten aufgrund der rot-grünen Sparpolitik nicht mehr verschrieben werden, traf Andrea Fischer besonders schwer. Sie wies umgehend darauf hin, dass im Jahr 1999 die Anzahl der Verschreibungen von Spezialpräparaten (für Aids-, Krebs-, MS- und Dialysepatienten) immerhin um 15,2 % gestiegen seien.

Der Vollständigkeit halber räumte die Ministerin Fischer ein, dass die Anzahl der Verschreibungen von Nachahmerpräparate zwar deutlich gestiegen sei, aller-

---

<sup>607</sup> Vgl. Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer anlässlich der Jahreshauptversammlung des Bundesfachverbandes der Arzneimittel-Hersteller am 19.09.2000 in Berlin, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 74 vom 19.09.2000, <http://www.bmggesundheits.de/presse/2000/2000/74.htm>.

dings noch nicht das Maß erreicht habe, das nach allgemeiner Einschätzung der Wissenschaftler erreichbar sei. Sie vertrat weiterhin die Auffassung, dass noch genug Einsparpotential bestehe und daher auch wieder "Luft für neue und gute Medikamente, also auch für Spezialmedikamente", geschaffen werden könne.<sup>608</sup>

Auch der SPD-Abgeordnete Klaus Kirschner widersprach bei dieser Gelegenheit dem Vorwurf der Opposition, die Patienten seien nicht mehr mit ausreichend Arzneimitteln versorgt und warf dieser vor, interessengeleitete Aussagen des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) unüberlegt zu übernehmen, um die Bevölkerung zu verunsichern. Noch dazu sei seiner Ansicht nach die Behauptung, es würden nicht ausreichend Lipidsenker eingesetzt, ein reines Diskriminierungsargument der niedergelassenen Ärzte. Kirschner machte darauf aufmerksam, dass sich das Verordnungsvolumen gerade dieser Arzneimittel zwischen 1994 und 1999 mehr als vervierfacht habe und mittlerweile Ausgaben von 1,5 Milliarden DM aufweisen.

Im Weiteren erinnerte er daran, dass in Deutschland die Ausgaben der GKV von 1998 (34,66 Milliarden DM) auf 1999 (37,57 Milliarden DM) immerhin um 2,9 Milliarden DM gestiegen seien und die Steigerung allein in den ersten drei Quartalen des Jahres 2000 auch schon 3,5% betrage. Internationale Vergleiche zeigten aber, dass hierzulande bei den pro Kopf Arzneimittelausgaben im europäischen Vergleich ein Spitzenplatz belegt werde, ohne dass ein entsprechender Effekt auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung erkennbar sei.

Auch machte er das schon althergebrachte Rechenexempel geltend, demzufolge 1998 in Deutschland durchschnittlich 11,3 Arzneimittelpackungen mit 378 definierten Tagesdosen zum Preis von 501 DM je Versicherten in der GKV verordnet wurden, was auf die Bevölkerung übertragen hieße, dass im Durchschnitt jeder Versicherte von der Geburt bis zu seinem Tode dauertherapiert werde, dies noch dazu unter der Voraussetzung, dass jede Arzneimittelbehandlung auch therapeutisch notwendig sei. Klaus Kirschner zog das Fazit, dass es der Opposition seit Monaten nur darum ging, gemeinsam mit ihren Verbänden deutlich Position gegen die rot-grüne Bundesregierung zu beziehen, lud aber dennoch die Opposition zu Gesprächen ein.<sup>609</sup>

---

<sup>608</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13625 f..

<sup>609</sup> Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13621, 13622.

## 10.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Anlässlich der Aktuellen Stunde vom 29. Juni 2000 ging der CDU-Politiker Wolf Bauer in seiner Rede auf das Steuerungsinstrument der Selbstbeteiligung ein. Hierzu führte er aus, dass in den Industrieländern die Patienten durchschnittlich 25% der Arzt- und Medikamentenkosten aus eigener Tasche zu zahlen hätten, in den USA immerhin 56%, in Indien sogar 80% und in den meisten Entwicklungsländern praktisch alles. Die Selbstbeteiligungsquote in Deutschland liege nun noch um einiges unter den in Industrienationen üblichen Selbstbeteiligungsleistungen von 25%. Angesichts dieser Tatsache habe die Union in der Vergangenheit mit der Einführung von sozialverträglich ausgestalteten Zuzahlungsregelungen dementsprechend verantwortungsvoll gehandelt, so Bauer. Die rot-grüne Koalition hingegen kritisiere permanent zu Unrecht diese sozialverträglich gestalteten Zuzahlungen, warf er der Bundesregierung vor, zumal SPD und Grüne schon im Bundestagswahlkampf 1998 angekündigt hätten, sich "besonders" der Zuzahlungen anzunehmen, bzw. angeblich überhöhte Zuzahlungen ganz abzuschaffen. Wenn die Regierung ihre eigenen Ankündigungen wirklich ernst genommen hätte, müsse sie ihre Vorhaben auch wenigstens umsetzen, anstatt die Zuzahlungsbeträge lediglich auf acht, neun und zehn DM abzusenken. Sollte "Rot-Grün" weiterhin völlig konzeptionslos am deutschen Gesundheitssystem "herumexperimentieren", wäre laut Bauer zu bezweifeln, dass Deutschland zukünftig selbst diesen 25. Platz in der WHO-Liste halten könne. Gerade angesichts der geplanten Budgetierung, die automatisch zur Rationierung führe, sei das in der Tat mehr als fraglich.<sup>610</sup>

Anette Widmann-Mauz (CDU) kritisierte ebenfalls in der gleichen Aktuellen Stunde die Reduzierung von Zuzahlungen und betonte, Budgets seien keine adäquate Antwort auf die Herausforderungen der Zukunft. Die dirigistische Budgetierungspolitik vermindere vielmehr die Effizienz des deutschen Gesundheitssystems, was angeblich gerade auch die WHO bemängelt. Weiterhin hob sie hervor, dass es zur Behandlung bestimmter Krankheitsbilder wie Multiple Sklerose, Herz-Kreislaufstörungen oder rheumatische Erkrankungen ganz neue, hoch innovative Präparate, mit zugleich effizientem und schonendem Charakter gebe, die Bundesregierung verlagere allerdings mit ihrer Sparpolitik, ob sie es wolle

---

<sup>610</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der PDS vom 29.06.2000, S. 10491, 10492.

oder nicht, das Morbiditätsrisiko auf den Arzt und "der Patient sei am Ende der Dumme".<sup>611</sup>

Der CSU-Abgeordnete Aribert Wolf ging seinerseits auf die herrschende Frustration und Demotivation bei den Leistungserbringern ein, denn diese seien durch den täglichen Kampf mit den rot-grünen Budgets und mit der überbordenden Abrechnungsbürokratie zermürbt. Wer heute wirtschaftlich über die Runden kommen wolle, so Wolf, der habe immer weniger Zeit für den Patienten. Nicht nur die Leistungserbringer seien frustriert, sondern auch Patienten und Versicherte hätten Anlass zur Klage, unter anderem, weil es aus diesen Gründen gewisse Medikamente immer öfter nur noch gegen Barzahlung gebe.<sup>612</sup>

Als am 7. Dezember 2000 über den Antrag der CDU/CSU-Fraktion zur Abschaffung der sektoralen Budgets in der GKV beraten wurde, hatte die Opposition erneut Gelegenheit, ihrer Kritik an der Gesundheitspolitik der Regierung Ausdruck zu verleihen.<sup>613</sup>

So bemängelte die CDU-Abgeordnete Sabine Bergmann-Pohl vehement die Ausgabenbegrenzung der Bundesregierung, welche ihrer Ansicht nach katastrophale Folgen für chronisch Schwerkranke nach sich zögen, da bereits im vierten Quartal 2000 die Budgets ausgeschöpft sein würden. Als Beweis dafür führte sie eine Studie der Gmünder Ersatzkasse (GEK) an, welche ergab, dass im vierten Quartal des Vorjahres bei 27,4% der behandelten Patienten normalerweise verordnete Arzneimittel von den zuständigen Ärzten nicht mehr verschrieben wurden. Nach einer "Emnid"- Umfrage bekamen angeblich 59% der Patienten, denen in den letzten zwölf Monaten ein gewohntes Arzneimittel verweigert wurde zu hören, dass der Grund dafür die Budgetierung sei. Bergmann-Pohl bemerkte zynisch, dass die Bundesregierung wohl vorhabe, Medikamente "auf dem Gabentisch landen" zu lassen.<sup>614</sup>

Der Abgeordnete Zöllner (CSU) ging der Behauptung auf den Grund, laut welcher das Überschreiten der Budgets nur auf das unwirtschaftliche Ordnungsverhalten der Ärzte zurückzuführen sei. Die Mitteilung des Bundesgesundheitsministeriums vom 30. September, welche besagte, dass das Arzneimittelbudget um 3,5% gestiegen sei, müsse hinterfragt werden, da in diesem Wert zum einen die um 1% erhöhte Mehrwertsteuer zum anderen die verminderte Arzneimittelzahlung und noch dazu die erweiterte Beitragsbefreiung bzw. Zuzahlungsbefreiung

<sup>611</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der PDS vom 29.06.2000, S. 10495.

<sup>612</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der PDS vom 29.06.2000, S. 10501.

<sup>613</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13617 ff..

<sup>614</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13618.

erhalten seien. Außerdem dürften nicht die Versäumnisse in Vergessenheit geraten, die die Bundesregierung bei der Umsetzung des Festbetragsneuregelungsgesetzes und der Arzneimittelrichtlinien zu verantworten habe. Würde dies alles berücksichtigt, so käme Zöller immerhin auf einen Realanstieg von genau 5%. Die angeführten Komponenten seien aber nicht auf ein Verschulden der Ärzte zurückzuführen, sondern auf das der Bundesregierung. Die Ärzte hätten gegenüber dem Vorjahr sogar noch eingespart, da die Innovationskomponente von 3,5% noch nicht einmal berücksichtigt worden sei. Zöller erlaubte sich daher, der Bundesregierung vorzuschlagen sich "etwas seriöser mit ihren Zahlen" zu beschäftigen.<sup>615</sup>

Der letzte Redner der CDU, Hans Georg Faust, kritisierte zunächst erneut den Entwurf des Gesundheitsreformgesetzes 2000, da dieser neben dem Globalbudget weiterhin die althergebrachten sektoralen Budgets als "Sicherheitskonstruktion" enthalte. Darüber hinaus hätten die Ärzte aus Angst vor Budgetüberschreitungen keine ACE-Hemmer<sup>616</sup>, atypische Neuroleptika<sup>617</sup> und Beta-Interferon<sup>618</sup> mehr verordnet. Ferner kritisierte Faust die widersinnige aber zulässige Tatsache, dass in den Entlassungspapieren von Krankenhauspatienten die Verordnung teurer Medikamente angeraten werde, obwohl der zuständige Hausarzt sich dann in langen Gesprächen mit den Patienten auseinandersetzen müsse, warum stattdessen auf ein preiswerteres Medikament umgestellt werden solle.<sup>619</sup>

Ruth Fuchs (PDS) stellte fest, dass die Gesundheitsreform 2000 bei den Leistungserbringern ebenso wie bei der Bevölkerung "so etwas wie ein negatives Markenzeichen" erhalten habe. Sie betonte, gesetzlich verordnete Ausgabenbegrenzungen seien grundsätzlich keine geeigneten Steuerungsinstrumente. Es müsse Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung sein, die gesundheitliche Versorgung am jeweils aktuellen, wissenschaftlich begründeten Erkenntnisstand der Medizin auszurichten und auf dieser Basis eine rationelle Ausgabenstruktur zu gestalten.

Fuchs räumte ein, Budgets seien im Rahmen einer Übergangszeit, zum Beispiel um notwendige Strukturreformen durchzusetzen, durchaus ein berechtigtes Instrument. Das entscheidende Manko bestehe nach Auffassung der PDS nicht darin, dass die Bundesregierung sich des Mittels der Budgetierung bedient habe, sondern in der völlig unrealistischen Bemessung des Budgets, da dessen conse-

<sup>615</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13636 f..

<sup>616</sup> ACE –Hemmer steht für die Abkürzung Acetylcholinesterasehemmer und senkt den Blutdruck.

<sup>617</sup> Neuroleptika sind Substanzen, die Angst- und Erregungszustände dämpfen und das vegetative System unterschiedlich stark beeinflussen. Siehe: Schade, Johannes P. (Hg.): Lexikon Medizin und Gesundheit, Köln 2002, S. 481.

<sup>618</sup> Beta-Interferone sind Substanzen, welche die Aktivität des Immunsystems beeinflussen. Siehe: Mutschler, Ernst: Arzneimittelwirkungen, 7. Aufl., Stuttgart 1997.

<sup>619</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13640f..

kutive Ausgabenbegrenzung sich lediglich an der Entwicklung der Grundlohnsomme orientiere. Der Druck der Geldknappheit führe nicht nur zu mehr Rationalität in der Versorgung, sondern auch zu neuen Fehlentwicklungen und Verschwendungen. Die PDS-Abgeordnete teilte zwar die Auffassung der Bundesregierung, dass die Beiträge in der GKV nicht unkontrolliert in die Höhe schießen dürften, gab aber trotzdem zu bedenken, dass wer sinkende Lohnnebenkosten zum Dogma mache und Beitragssatzstabilität um jeden Preis wolle, im Endeffekt nur wenige Möglichkeiten habe.<sup>620</sup>

### 10.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteuren

Im Juni 2000 plädierten die Kassen dafür, allen voran der Bundesverband der BKK, jenes Sparpotential zu nutzen, das der Versandhandel mit Arzneimitteln anbiete. Hauptkritikpunkt war in diesem Sinne, dass der Anteil der Vertriebskosten an den Arzneimittelausgaben der GKV mit rund 30% unverhältnismäßig hoch sei und daher der klassische Vertriebsweg über Großhandel und Apotheke um zusätzliche, günstigere Vertriebsformen erweitert werden müsse. Wolfgang Kaesbach als Sprecher des BKK-Bundesverbandes äußerte hierzu konkret, dass Einrichtungen im Ausland, die Arzneimittel nach Deutschland versenden, nicht auszuschalten seien und langfristig das Verbot dieser Marktform fallen müsse. Und da nun einmal die Verbreitung des Internets nicht aufzuhalten sei, stelle sich eher die Frage, wie Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelversorgung auch weiterhin gewährleistet werden könnten.

Die Ortskrankenkassen forderten zusätzlich eine Neuauflage des *Aktionsprogramms für Arzneimittel*, denn nach Angaben der AOK hätte sich dieses positiv ausgewirkt und eine eventuelle Nichtfortsetzung könne nur zunehmende Defizite bei den Kassen zur Folge haben.<sup>621</sup>

Die Apotheker forderten hingegen, dass die EU-Richtlinie zum elektronischen Geschäftsverkehr den Mitgliedstaaten die Möglichkeit einräumen solle, nationale Versandhandelsverbote aufrechtzuerhalten. Die ABDA betonte, es gehe hierbei nicht um den Bestandsschutz für die Apotheken, sondern vielmehr um den Gesundheits- und Verbraucherschutz, zumal neben potentiellen Fehlanwendungen oder der Gefahr von Arzneimittelfälschungen beim Versandhandel noch dazu die persönliche Beratung entfalle. Außerdem habe der von den Kassen als Argument angeführte "Spareffekt" bislang nicht belegt werden können.

<sup>620</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13629 f.

<sup>621</sup> Vgl. AOK drängt Gesundheitsministerin, in: SZ vom 10./11./12.06.2000.

Der VFA stellte wiederum fest, dass sich eine zunehmende Nutzung des Internet beim Arzneimittelbezug kaum aufhalten lasse und forderte daher umgehend eine aktive Gestaltung der Rahmenbedingungen, um sicherzustellen, dass künftig weder Fälschungen, noch verfallene oder nicht zugelassene Produkte eingeschleust würden. Auch der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI), der bisher immer auf die Gefahren des Internethandels mit Arzneimitteln hingewiesen hatte, vertrat mittlerweile den Standpunkt, dass ein prinzipielles Verbot in Zukunft nichts mehr bringe.<sup>622</sup>

Darüber hinaus war der VFA der Ansicht, dass die Arzneimittelbudgetierung zu einer wachsenden Unterversorgung der Versicherten im Medikamentenbereich führen werde. Die Hauptgeschäftsführerin des Verbandes, Cornelia Yzer, forderte deshalb die Bundesregierung auf, die Budgets abzuschaffen und für das laufende Jahr 2000 zumindest die regionalen Budgets deutlich aufzustocken.

Als Nachweis hatte der Verband in einer Dokumentation zahlreiche Beispiele für die Unterversorgungen in 13 Indikationsgebieten zusammengetragen. Als besonders eklatantes Beispiel nannte Yzer die Rückständigkeit in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit: Der Dokumentation zu Folge gebe es hier seit bereits fünf Jahren neuartige Wirkstoffe, die Einweisungen schwer Erkrankter in ein Pflegeheim um mindestens ein Jahr hätten verzögern können. Aber auch wenn diese Therapie nach Studien aus dem Jahr 1997 für 325.000 der damals 600.000 bis 800.000 an Alzheimer Erkrankten in Frage gekommen wäre, sei sie nur bei 40.000 Patienten eingesetzt worden.<sup>623</sup>

Yzer verlangte von der Bundesregierung, bei der Höhe des Arzneimittelbudgets den therapeutischen Fortschritt besser zu berücksichtigen und den Kollektivregress gegen die Ärzte durch Richtgrößen zu ersetzen, die ein Arzt in begründeten Fällen ohne negative Folgen überschreiten dürfe. Den zu erwartenden Mehrkosten stünden gleichzeitig aber Einsparungen bei der Krankenhausbehandlung gegenüber, da "durch Arzneimittel stationäre Behandlung vermieden" werde.<sup>624</sup>

Ein halbes Jahr nach Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000 zog der Vorsitzende der KBV Manfred Richter-Reichhelm, eine negative Bilanz und beklagte, dass mit der Gesundheitsreform 2000 nicht ein einziges der drängenden Probleme im Gesundheitswesen gelöst worden sei. Noch dazu seien bisher, trotz mehrerer Gespräche im Rahmen des Gesundheitsministeriums und auch des Kanz-

<sup>622</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Die nächste Runde ist eingeläutet, in: DÄBl. Heft 25 vom 23.06.2000.

<sup>623</sup> Vgl. Pharmabranche fordert höhere Budgets, in: Handelsblatt vom 27.06.2000.

<sup>624</sup> Vgl. SPD-Sozialexperte Kirschner sieht keine Alternative zur Budgetierung, in: Handelsblatt vom 29.08.2000.



leramts sowie zahlloser Aktionen des *Bündnisses Gesundheit 2000*, keine gesetzgeberischen Korrekturen erfolgt.<sup>625</sup>

Das *Bündnis Gesundheit 2000*, zu dem Richter-Reichhelm ebenfalls gehörte, forderte natürlich seinerseits die Bundesregierung auf, unverzüglich eine Diskussion über die Zukunft der Gesundheitsversorgung und über die Finanzierung der GKV mit den Vertretern der Gesundheitsberufe aufzunehmen. Zunächst müsse jedoch die Budgetierung fallen, so wieder Richter-Reichhelm, denn diese führe zu einer willkürlichen Rationierung. Tatsächlich finde in den Praxen täglich eine stille Rationierung statt, von der vor allem schwer- und chronisch kranke Patienten betroffen seien, was sich zum Beispiel an der Tatsache zeige, dass nur etwa 25% der Multiple-Sklerose Patienten mit der hochwirksamen Interferon-/Betaferon- Therapie behandelt würden, weil die Ärzte vor den hohen Kosten zurückschrecken.<sup>626</sup>

Ende Juli 2000 verlangte die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände von der Bundesregierung ein Sofortprogramm zur Reform der GKV, dessen Ziel es sein müsse, den GKV-Beitragssatz von 13,6% auf unter 12% zu senken. Gleichzeitig warf die Vereinigung der Bundesregierung vor, durch mangelnden Reformwillen und falsche Weichenstellung für die katastrophale Finanzlage vieler Krankenkassen verantwortlich zu sein und schlug daher unter anderem vor, Zuzahlungen nicht nur für Arzneimittel, sondern für alle Leistungen zu erheben.<sup>627</sup>

Gegen die geplante Positivliste setzten sich nun auch die Hersteller pflanzlicher Arzneimittel zur Wehr, da diese angeblich Phytopharmaka diskriminiere. Manfred Kreisch vom Pharmaunternehmen *Dr. Willmar Schwabe* bemerkte, dass dies aber keineswegs im Interesse der Patienten sei, zumal jene zunehmend den Einsatz pflanzlicher Arzneimittel wünschten. Verärgert war das Unternehmen vor allem über den geplanten Aufbau der Liste, welche nach den Vorgaben der Bundesregierung aus einem Hauptteil und einem Anhang bestehen sollte, wobei der Hauptteil den chemisch-synthetischen Medikamenten vorbehalten und im Anhang die Auflistung der pflanzlichen Arzneimittel vorgesehen waren. Damit werde laut Kreisch eindeutig suggeriert, dass es sich bei pflanzlichen Arzneimitteln um Medikamente von minderer Qualität handele, was aber eben gerade nicht der

---

<sup>625</sup> Vgl. Richter, Eva: „Konzeptionslos“, in: DÄBl. Heft 34-35 vom 28.08.2000.

<sup>626</sup> Vgl. Steckkönig, Ulrike: „Die Budgetierung muss weg – sonst droht Patienten eine Katastrophe“, in: ÄZ vom 30.06./01.07.2000.

<sup>627</sup> Vgl. Arbeitgeber fordern Sofortmaßnahmen, in: ÄZ vom 25.07.2000.

Fall sei, zumal Phytopharmaka schließlich das gleiche strenge Zulassungsverfahren durchlaufen müssten wie chemisch-synthetische Arzneimittel.<sup>628</sup>

Vertreter des NAV-Virchow-Bundes und des BDA warnten vor übertriebenen, wenn nicht gänzlich falschen Erwartungen, die mit der Einführung der Positivliste einhergingen.

Der Vorsitzende des BDA-Landesverbandes Westfalen-Lippe, Wolfgang Dryden, bemerkte hierzu, dass der Gesetzgeber immerhin schon eine Ausnahmeregel vorgesehen habe, nach welcher neben der Positivliste auch die Arzneimittelrichtlinien zusätzliche Indikationen betreffs der Verordnung bestimmter Medikamente definieren sollten. Aber die eigentliche "Abstrusität" der Positivliste mache nach Drydens Auffassung vor allem das vorgesehene Verfahren für neue Arzneimittel deutlich, welches die Verordnungsfähigkeit eines Medikamentes nach dessen Zulassung zunächst, aber allerdings nur so lange gewährleiste, bis über den Antrag auf Aufnahme desselben in die Liste entschieden sei. Deshalb sei es möglich, dass ein Arzt einen Patienten vorübergehend mit einem neuen Arzneimittel behandle, das er gewisse Zeit später nicht mehr verschreiben könne.<sup>629</sup> Aus Sicht der Hausärzte führe die Einführung der Positivliste unumgänglich zu einer massiven Verschlechterung der medizinischen Versorgung, zumal für deren Erstellung einfach die epidemiologischen Grundlagen fehlten, argumentierte der westfälische BDA-Vorsitzende.<sup>630</sup>

Auch Ekkehard Genth, amtierender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, ließ seinerseits keinen Zweifel daran, dass die wichtigsten Therapieziele im Bereich Rheuma tatsächlich nur dann zu erreichen seien, wenn die Versorgung mit innovativen Arzneimitteln nicht länger an politischen Vorgaben scheitere.<sup>631</sup>

#### **10.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer hatte im Juni 2000 zunächst noch Gelegenheit, etwas aufzuatmen, denn den letzten Statistiken vom April zufolge waren die Ausgaben der GKV für Arzneimittel deutlich rückläufig. Konkret besagten die Daten, dass die Ausgaben in der GKV für Arzneimittel in den ersten vier Monaten des Jahres 2000 ca. 12,14 Milliarden DM betragen. Nach Mitteilung der ABDA hielt allerdings auch der Trend zu geringerer Verordnungszahl bei gleich-

<sup>628</sup> Vgl. Phytopharmaka finden zu wenig Beachtung, in: ÄZ vom 01./02.12.2000.

<sup>629</sup> Vgl. Listenmedizin behindert Therapiefreiheit des Arztes, in: ÄZ vom 04.12.2000.

<sup>630</sup> Vgl. Kossow: Die Positivliste potenziert Risiken – das ist unverantwortlich!, in: ÄZ vom 11.12.2000.

<sup>631</sup> Vgl. Rheuma-Patienten werden oft bitter enttäuscht, in: ÄZ vom 12.12.2000.

zeitiger Verschreibung höherpreisiger Arzneimittel an, was bedeutete, dass dadurch automatisch der Anteil der Zuzahlungsbefreiungen zunahm.<sup>632</sup>

Bei der Suche nach Einsparmöglichkeiten gerieten demzufolge unausweichlich nun auch zunehmend die Apotheker unter Druck. Der Vertriebsweg vom Hersteller bis zum Patienten bei Arzneimittelprodukten sei einfach zu teuer, kritisierten sowohl Krankenkassen als auch Ärztesfunktionäre. Die Preisbindung müsse fallen, Versandhandel müsse zugelassen werden, Apothekenketten wie in der Schweiz, den USA oder Großbritannien müsse es auch in Deutschland geben, so hieß es in den jeweiligen Forderungen.

An der Spitze der Befürworter nach Reformen bei der Arzneimittelversorgung agierte der Bundesverband der BKK. Kraft seiner Funktion als autorisierter Wortführer aller gesetzlichen Krankenkassen verlangte dieser vom Gesetzgeber, die Preisbindung für verordnete Arzneimittel aufzuheben, da die Preise zwischen Kassen und Apothekerschaft frei auszuhandeln seien.<sup>633</sup>

Währenddessen zögerte die rot-grüne Koalition immer noch mit einer Neuordnung des Arzneimittel-Festbetragssystems und ließ Staatssekretär Erwin Jordan erklären, dass solange kein letztinstanzliches Urteil vorliege, es auch keine Veranlassung gebe, die Krankenkassen an der Festsetzung neuer Festbeträge zu hindern.

Nun zeichnete sich aber ab, dass der Bundesgerichtshof in Karlsruhe seine Entscheidung erst im Jahre 2001 vorlegen würde, was die Regierungskoalition dazu drängte, intern auf ein anderes Vorgehen zu einigen.

Gemäß der mit der Gesundheitsreform 2000 erfolgten Rechtszuweisung zu den Sozialgerichten hatte am 28. Juni 2000 das Sozialgericht Berlin den Antrag eines Unternehmens auf Aussetzung der sofortigen Vollziehbarkeit einer Festbetragsfestsetzung abgewiesen. Folglich wollte die rot-grüne Koalition die Entscheidung der zweiten Instanz abwarten, die im September oder Oktober ergehen sollte. Sollte dann auch das Landessozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Verfügung ablehnen, plante die Regierung nichts zu unternehmen und den Kassen auch weiterhin die Möglichkeit zur Fixierung von Festbeträgen zu gewähren. Sollte sich hier aber das Pharmaunternehmen durchsetzen, so sollte eine zeitlich befristete Verordnungslösung für die Festbetragsfestsetzung verabschiedet werden, nach welcher Festbeträge dann per Rechtsverordnung in Kraft gesetzt würden.

---

<sup>632</sup> Vgl. Fast Stagnation auf einem hohen Sockel, in: ÄZ vom 08.06.2000.

<sup>633</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Apotheker fürchten das Internet, in: Die Welt vom 05.06.2000.

Da nun aber die Industrie nicht so lange warten wollte, hoffte der Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH) nun auf die EU-Kommission. BAH-Hauptgeschäftsführer Mark Seidschek erklärte, er wolle eine Entscheidung Brüssels, ob die deutsche Regelung nicht eventuell gegen europäisches Wettbewerbs- und Kartellrecht verstoße. Über einen entsprechenden Antrag habe die EU-Kommission innerhalb von zwei Monaten zu entscheiden, und falls diese sich für nicht zuständig erkläre oder den Antrag ablehne, wäre zumindest der Klageweg zum Europäischen Gerichtshof frei. Auch diesen Weg werde die Pharmaindustrie gehen, bemerkte Seidschek drohend.<sup>634</sup>

Gleichzeitig geriet die grüne Gesundheitsministerin zunehmend unter Druck aus dem Bundeskanzleramt, denn Gerhard Schröder war deutlich unzufrieden mit dem Image der Gesundheitspolitik in der Öffentlichkeit.<sup>635</sup> Vor allem lag ihm daran, die Gesundheitspolitik in der zweiten Hälfte der Legislaturperiode von den bisher zahlreichen negativen Schlagzeilen zu befreien. Einige SPD-Bundestagsabgeordnete berichteten aus ihren Wahlkreisen über den zunehmenden Unmut unter den Bürgern als Folge der Arzneimittelbudgetierung, was bedeutete, dass das restriktivere Ordnungsverhalten der Ärzte politische Wirkung zeigte. Manche Koalitionspolitiker schlossen sogar einen eventuellen Führungswechsel im Bundesgesundheitsministerium nicht aus, was Andrea Fischer allerdings als "haltlose Gerüchte" bezeichnete, da sie sich ihrer Ansicht nach "im besten Einvernehmen" mit dem Kanzler befinde.<sup>636</sup>

Letzten Endes war es wieder Bundeskanzler Schröder, der sich in den eskalierenden Streit um die Ausformung der Gesundheitsreform 2000 einschaltete und am 15. Juli 2000 in Bonn anlässlich eines offiziellen Gesprächs, mit Staatssekretär Erwin Jordan, Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe und KBV-Vorsitzender Winfried Schorre, den Konsens fand, das Bundesgesundheitsministerium dazu aufzufordern, den Dialog mit den Beteiligten sachorientiert und zügig fortzusetzen, und dies nicht nur bilateral, sondern mit allen Akteuren. So sollte zukünftig in gemeinsamen Gesprächsrunden unter anderem die stärkere Berücksichtigung des medizinischen Versorgungsbedarfs bei der Handhabung des Globalbudgets sowie der weitgehenden Auflockerung sektoraler Ausgabenbudgets im Rahmen des gesetzlich bestimmten Globalbudgets tragfähige Kompromisse erarbeitet werden. Vorgesehen waren auch weitere Gespräche mit

---

<sup>634</sup> Vgl. Rot-Grün zögert mit neuen Festbeträgen, in: PZ Nr. 28 vom 13.07.2000.

<sup>635</sup> Vgl. Gesundheitsministerin Fischer gerät unter Druck, in: Handelsblatt vom 06.07.2000.

<sup>636</sup> Vgl. Gesundheitspolitik demnächst aus dem Bundeskanzleramt?, in: ÄZ vom 13.07.2000.

Kanzleramt und Bundesgesundheitsministerium, aber auch mit den Koalitionsfraktionen noch vor Ende September 2000.<sup>637</sup>

Als bekannt wurde, dass Andrea Fischer sich bei ihrem USA-Besuch im Juli 2000 positiv über das System des Medikamenten-Handels via Internet äußerte, kamen natürlich sofort Proteste seitens der Apothekerschaft. Infolgedessen dementierte das Gesundheitsministerium schlicht und einfach die Meldung, ohne aber auf die Frage, ob im Gesundheitsministerium möglicherweise über eine Abkehr vom Apotheken-Vorbehalt für verschreibungspflichtige Arzneimittel nachgedacht werde, auch nur die geringste Aussage machen zu können. Die Apotheker schlugen daraufhin erst einmal vorsorglich Alarm. Ein Sprecher der ABDA erklärte bestürzt, Fischer sei die erste Bundesgesundheitsministerin, die sich einen legalen Internethandel mit Arzneimitteln vorstellen könne. Und sollten derartige Vorstellungen tatsächlich umgesetzt werden, so bedeute dies, dass die Bundesregierung vor den Machenschaften von Gesetzesbrechern und Geschäftemachern kapituliert habe.<sup>638</sup>

Anfang August 2000 drohten wieder einmal neue Auseinandersetzungen mit der Ärzteschaft. Grund waren neuerlich die Arzneimittelbudgets, die nach 1999 nun auch im Jahre 2000 zu überschreiten drohten. Die Kassenärzte, für die in diesem Fall eine vorgesehene Kollektivhaftung mit ihrem Honorar vorgesehen war, diese nicht akzeptieren wollten, kündigten Verfassungsklage an.

Allerdings hatten sich Krankenkassen und Ärzte zumindest was die Mehrzahl der KVen anbelangt, bisher noch immer nicht auf die Festlegung eines Arzneimittelbudgets für 2000 verständigen können. Die Ärzte verlangten eine deutliche Aufstockung des Vorjahresbudgets, das bundesweit Arzneimittelausgaben in Höhe von 34 Milliarden DM vorsah, denn auf der Basis dieses 99er Budgets hätte das Maß der Überschreitung bereits Ende Mai 2000 bei mindestens 490 Millionen DM gelegen.

Die KBV wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass etwaige Einsparmöglichkeiten durch die jüngsten Gerichtsentscheide sabotiert worden seien. Dies werde am Beispiel der Arzneimittelrichtlinien und auch der Festbetragsregelung deutlich, da hier deren Anwendung durch einstweilige Verfügungen nach Klagen der Pharmaindustrie blockiert würden. Auch das zwischen Kassen, Ärzteschaft und Regierung vereinbarte *Aktionsprogramm 1999* wurde von den Gerichten gestoppt, was den KVen somit auch die letzte Steuerungsmöglichkeit nahm.<sup>639</sup> Die

---

<sup>637</sup> Vgl. Clade, Harald: Schröder zeigt Verständnis, in: DÄBl. 96, Heft 30 vom 30.07.2000.

<sup>638</sup> Vgl. Ministerium dementiert Äußerungen von Andrea Fischer, in: ÄZ vom 18.07.2000.

<sup>639</sup> Vgl. Siems, Dorothea: Ärzte wollen gegen Regress klagen, in: Die Welt vom 03.08.2000.

KBV warf daraufhin Andrea Fischer vor, die Ärzte zwar für das Arzneimittelbudget haftbar zu machen, sie aber bei der Steuerung nicht teilhaben zu lassen.<sup>640</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium gab daraufhin klarstellend bekannt, dass der Ausgleich des zu diesem Zeitpunkt schon in dreistelliger Millionenhöhe überschrittenen Arzneimittelbudgets ausschließlich Verhandlungssache zwischen den KVen und den Krankenkassen sei. Staatssekretär Erwin Jordan erklärte ergänzend, dass jede einzelne KV in der ihrer Region für die Budgeteinhaltung allein verantwortlich sei und im gegenteiligen Falle den entsprechenden Überschreibungsbetrag entweder sofort bezahlen oder die Rückzahlung auf mehrere Jahre verteilen müsse. Auch machte er darauf aufmerksam, dass bisher von 23 Kassenarzt-Regionen immerhin 15 die Budgetgrenzen nicht überschritten hätten, weshalb eine generelle Erhöhung der Kassenbeiträge nicht zur Debatte stehe. Augenscheinlich gebe es gar keine zusätzliche Belastungen der Krankenversicherungen durch explodierende Arzneimittelausgaben, sondern nur einige Regionen, die "ihre Sachen nicht in Griff kriegen", so Jordan.<sup>641</sup> Der zuständige Abteilungsleiter im Gesundheitsministerium Hermann Schulte-Sasse sagte sogar, dass sobald im Herbst 2000 die endgültigen Zahlen für 1999 "auf dem Tisch lägen", die Praxen der Regionen, in welchen die Ausgabengrenze nicht eingehalten wurde, mit "saftigen Rückzahlungsforderungen" rechnen müssten.<sup>642</sup>

Als Antwort darauf kündigte die KBV am 16. August 2000 anlässlich einer Pressekonzferenz an, dass die Rationierung von Medikamenten zukünftig als unausweichlich zu betrachten sei,<sup>643</sup> denn nach ihren Angaben drohte das Arzneimittelbudget im ersten Halbjahr 2000 "in fast allen Regionen" wieder überschritten zu werden. Da den Medizinern somit erneut ein Regress drohe, sei ab Anfang September eine Neuauflage des *Aktionsprogramms* geplant, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken. Dementsprechend gehe die Aufforderung an alle Kassenärzte, auch im Jahr 2000 nur günstige Nachahmerpräparate zu verordnen und auf umstrittene Mittel ganz zu verzichten. KBV-Vorstandsmitglied Jürgen Bausch stellte allerdings klar, dass jedoch nicht wie im Sommer 1999, als ein ähnlicher Anlauf mit der Androhung von Wartelisten für Patienten verknüpft wurde, ein "Programm der Verweigerung" geplant sei, zumal die KBV dieses Mal die Krankenkassen "mit ins Boot holen" wolle.<sup>644</sup> Nichtsdestotrotz forderte der KBV-Vorsitzende Manfred Richter-Reichhelm auch den Bundeskanzler ausdrücklich auf, die Gesundheitspolitik "zur Chefsache" zu machen und dafür Sorge zu

---

<sup>640</sup> Vgl. Ärzte fordern Machtwort des Kanzlers, in: Die Welt vom 17.08.2000.

<sup>641</sup> Vgl. „Einige Regionen bekommen Sachen nicht in den Griff, in: ÄZ vom 04./05.08.2000.

<sup>642</sup> Vgl. Siems, Dorothea: Halbgötterdämmerung, in: Die Welt vom 07.08.2000.

<sup>643</sup> Vgl. Doemens, Karl: Bis zur Wahl muss Fischer noch manche bittere Pille schlucken, in: FR vom 15.08.2000.

<sup>644</sup> Vgl. Doemens, Karl: Ärzte sollen weniger verordnen, in: FR vom 17.08.2000.

tragen, dass die Regierung noch vor der Bundestagswahl 2002 eine neue Gesundheitsreform ins Auge fasse und mehr Geld für die medizinische Versorgung bereitstelle.<sup>645</sup>

Ferner zeichnete sich noch im August 2000 ein Kompromiss zwischen Kassen und Ärzteschaft ab, im Falle nachgewiesener Arzneimittelbudgetüberschreitungen im Jahre 1999 einfach die Ärzte individuell zur Verantwortung zu ziehen. Auf diese Weise gedachten beide Akteure, unter wohlwollender Duldung des Gesundheitsministeriums, sich den Umsetzungsproblemen der Kollektivhaftung zu entziehen.<sup>646</sup>

Mittlerweile schien sich parteiintern, sowohl bei der SPD als auch bei den Grünen, das Unbehagen über die Wirkung des kollektiven Regresses ausgebreitet zu haben, da dieses Prinzip auch jene Ärzte bestrafte, die sparsam verordneten. Dennoch versicherte die SPD-Abgeordnete Schaich-Walch, ihre Partei halte an ihrer grundsätzlichen Position zu den Budgets fest.<sup>647</sup>

Grund für diese Zuversicht war möglicherweise die Tatsache, dass sich im August die politische Stimmung für die SPD wieder in Deutschland verbesserte, wogegen die CDU/CSU weitere Verluste hinnehmen musste. Für Grüne und FDP blieben die Werte weitgehend unverändert. Das wichtigste Thema in Deutschland blieb aber nach wie vor die Arbeitslosigkeit und die Gesundheitspolitik kam erst an zehnter Stelle.<sup>648</sup>

Trotz verfassungsrechtlicher Bedenken leiteten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen im August ein Anhörungsverfahren zur Einführung weiterer Festbeträge ein. Die Kassen versprachen sich hiermit Einsparungen von etwa 106 Millionen DM. Eine Entscheidung sollte am 31. Oktober 2000 getroffen werden,<sup>649</sup> aber schon am 31. August stellte das Bundessozialgericht die Rechtswidrigkeit der bereits bestehenden Festbeträge für Ovulationshemmer fest. Hiervon unbeeindruckt kündigten die GKV-Spitzenverbände trotzdem für den besagten 31. Oktober die Einführung weiterer Festbeträge an.<sup>650</sup> Zum Jahresende 2000 hatte die GKV-Führung dann eine Überprüfung des gesamten Festbetragsmarktes für Arzneimittel geplant, zu deren Resultat Wissenschaftlern, Apothekern und Arzneimittelherstellern bis zum 15. Januar 2001 die Möglichkeit zur Stellungnahme gegeben werden sollte. Den 7. Februar hatten die Spitzenverbände der GKV

<sup>645</sup> Vgl. Ärzte fordern Machtwort des Kanzlers, in: Die Welt vom 17.08.2000.

<sup>646</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Krankenkassen lenken bei Budgets ein, in: Die Welt vom 24.08.2000.

<sup>647</sup> Vgl. Doemens, Karl: Ein Rezept mit Verfallsdatum, in: FR vom 24.08.2000.

<sup>648</sup> Vgl. Die SPD vergrößert ihren Vorsprung, in: SZ vom 26./27.08.2000.

<sup>649</sup> Vgl. Neue Festbeträge, in: DÄBl. Heft 34-35 vom 28.08.2000.

<sup>650</sup> Vgl. Brennpunkte der Gesundheitspolitik, in: DAZ Nr. 51/52 vom 21.12.2000.

für die jeweils endgültigen Entscheidungen vorgesehen, so dass die neuen Festbeträge zum 1. April 2001 in Kraft treten konnten.<sup>651</sup>

Die Reaktion der Pharmaindustrie ließ nicht lange auf sich warten: VFA-Hauptgeschäftsführerin Cornelia Yzer wertete die vorgesehene Überprüfung des bestehenden Festbetragsmarktes als "unfreundlichen Akt".<sup>652</sup> Hans Sandler, Hauptgeschäftsführer des BPI, betonte, Deutschland sei nicht mehr die Apotheke der Welt, denn nur noch 40,5% der in Deutschland verbrauchten Medikamente würden auch im Lande produziert, der Rest käme aus dem Ausland. Ursächlich dafür sei ein auch für die mittelständische Pharmaindustrie feindliches politisches Klima, welches auf ungelösten Problemen bei der Zulassung und Nachzulassung von Medikamenten, einer auf Konflikt (bis hin zur Diffamierung) angelegten Gesundheitspolitik und schließlich auch auf mangelnden Willen zu konsensorientierten Lösungen seitens des Gesetzgebers beruhe. Gegen den Plan der Bundesregierung, bis Mitte 2001 eine Positivliste für Arzneimittel vorzulegen, habe der BPI übrigens eine Klage bei der Europäischen Kommission eingereicht. Der Bundesverband sehe in der Positivliste einen Verstoß gegen die europäische Transparenz-Richtlinie, so Sandler.<sup>653</sup>

Schon Anfang September 2000 stellte Bundesgesundheitsministerin Fischer klar, dass es die mehrfach verlangte neue große Gesundheitsreform bis zur nächsten Bundestagswahl in zwei Jahren nicht mehr geben werde, wohl aber eine Reihe von Einzelvorhaben.<sup>654</sup> Nach Angaben Andrea Fischers hätte sich die Ausgangssituation der GKV in den meisten Sektoren während des ersten Halbjahrs 2000 deutlich verbessert und stehe weitgehend im Einklang mit der Einnahmementwicklung. Allerdings seien die Ausgaben für Arzneimittel, um immerhin 2,9% gestiegen, nachdem sie bereits 1999 (vor allem im ersten Halbjahr) stark zugenommen hätten. Vor diesem Hintergrund, argumentierte die Ministerin, müssten die von den Ärzten kritisierten Arzneimittelbudgets auch zukünftig beibehalten werden.<sup>655</sup> Zudem sei ihrer Ansicht nach klar, dass diese überdurchschnittlichen Kostenzuwächse bei den Arzneimitteln keinerlei Anlass böten, von gerade deshalb notwendigen Einsparungen und geplanten Ausgabenbegrenzungen abzu-  
sehen.<sup>656</sup>

---

<sup>651</sup> Vgl. Kassen wollen fast alle Festbeträge neu justieren, in: ÄZ vom 12.12.2000.

<sup>652</sup> Vgl. Wir gehen voran, die Politik bremst, in: ÄZ vom 20.12.2000.

<sup>653</sup> Vgl. Abschied von der Apotheke der Welt, in: ÄZ vom 01./02.09.2000.

<sup>654</sup> Vgl. Rieser, Sabine: Grün ist die Hoffnung – auf schwarze Zahlen, in: DÄBl. Heft 37 vom 15.09.2000.

<sup>655</sup> Vgl. Schumacher, Oliver: Kassen bauen Defizit noch ab, in: SZ vom 06.09.2000.

<sup>656</sup> Vgl. Krankenkassen rutschen in die roten Zahlen, in: FR vom 06.09.2000.



Was die Frage der Arzneimittelbudgets anbelangt, so waren selbst innerhalb der Krankenkassen unterschiedliche Positionen festzustellen. So war z.B. die Barmer Ersatzkasse der Ansicht, dass Arzneimittelbudgets nicht das richtige Instrument darstellten, um die Ausgaben der Krankenkassen für Medikamente einzugrenzen. Barmer-Vorstandsvorsitzender Eckard Fiedler erklärte, wenn es ein Bundesbudget gegeben hätte, wäre dieses im Jahre 1999 nicht überschritten worden. Außerdem sei der kollektive Regress sehr schwer durchzusetzen.

Im Gegensatz zum Barmer-Chef wollten die Spitzenverbände der GKV unter allen Umständen an den Regressen festhalten und sprachen die Hoffnung aus, dass bei den gesetzlichen Arzneimittelbudgets die damit verbundenen Haftungsregelungen für die Ärzte auch wirklich eingehalten werden.<sup>657</sup>

Mitte September 2000 erklärte auch der Vorsitzende des Hartmannbundes, Hans-Jürgen Thomas, dem Gesundheitsministerium, die Gesundheitspolitik müsse "Chefsache" werden. Und sollte sich in den nächsten Wochen und Monaten keine positive Entwicklung abzeichnen, könne er gezielte Kampfmaßnahmen der Ärzte, selbst bis hin zum Streik, nicht ausschließen, denn "die Zeit der diplomatischen Zurückhaltung und der nutzlosen Pseudodialoge sei endgültig vorbei. Daher forderte Thomas nun den Bundeskanzler auf zu handeln.<sup>658</sup>

Kurz darauf teilte der Bundesverband der BKK mit, mindestens acht der 23 KVen hätten ihr Arzneimittelbudget überschritten. BKK-Vorstandsvorsitzender Wolfgang Schmeinck kündigte an, dass die Kassen allerdings entschlossen seien, das fehlende Geld erstmals auch von den Ärzten zurückzufordern. Gleichzeitig ermutigte er die Bundesregierung, trotz der ständigen Kritik von Arzneimittelherstellern und Ärzten an den Budgets festzuhalten.<sup>659</sup>

Am 25. September 2000 demonstrierten in Magdeburg schließlich Hunderte von Ärzten aus Sachsen-Anhalt gegen die rot-grüne Gesundheitspolitik.<sup>660</sup> Die Teilnehmer beklagten, systematisch überlegen zu müssen, was sie ihren Patienten verschreiben dürfen und was nicht, was im Endeffekt eine sehr viel größere Belastung darstelle als das finanzielle Problem.<sup>661</sup>

Als zur gleichen Zeit die GKV-Spitzenverbände die angeblich endgültigen Abrechnungsdaten für die Arzneimittelbudgets 1999 endlich vorlegten, hatten demzufolge tatsächlich elf der 23 KVen die vorgegebenen Budgets nicht einhalten

<sup>657</sup> Vgl. Barmer-Chef Fiedler plädiert für Richtgrößen, in: ÄZ vom 25./26.08.2000.

<sup>658</sup> Vgl. „Gesundheitspolitik muß jetzt Chefsache werden!“, in: ÄZ vom 15./16.09.2000.

<sup>659</sup> Vgl. Ärzte überschreiten Budgets für Arzneimittel stärker als erwartet, in: Handelsblatt vom 19.09.2000.

<sup>660</sup> Vgl. Ärzte demonstrieren für bessere Versorgung, in: ÄZ vom 26.09.2000.

<sup>661</sup> Vgl. Zieler, Petra: Etwa 1000 Vertragsärzte machen ihrem Ärger in Magdeburg Luft, in: ÄZ vom 26.09.2000.

können.<sup>662</sup> Sprecher der Vertragsärzte und Patientenorganisationen berichteten daraufhin im Gesundheitsausschuss des Bundestages, dass die Budgetierung der Arzneimittelausgaben in der GKV sowie die nun drohenden Kollektivregresse das Arzt-Patienten-Verhältnis zunehmend belastete. Die gesetzlichen Krankenkassen hingegen werteten die Folgen des Budgetdrucks eher als Erfolg und bestritten sogar das Bestehen von Versorgungslücken, zumal entsprechende gegenseitig orientierte Studien nicht repräsentativ und "rein interessengeleitet" seien.<sup>663</sup>

Damit begannen für die betroffenen Ärzte in elf Regionen die Auseinandersetzungen mit ihren KVen, denn ihnen drohten immerhin Regressforderungen von 588 Millionen DM.

Noch dazu war nach Angaben der KBV in Berlin im laufenden Jahr schon (rein rechnerisch) ab dem 7. November mit der Ausschöpfung des Budgets 2000 zu rechnen. Diesem Tatbestand gedachte die Bundesregierung mit einem Notprogramm für die Arzneimittelversorgung entgegenzuwirken, um im gleichen Zuge den Patienten deutlich zu machen, dass die staatlichen Ausgabenobergrenzen nicht mehr ohne eine Rationierung von Gesundheitsleistungen eingehalten werden konnten. Außerdem galt es, mehr denn je die Ärzte zu ermuntern, alle noch vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven in Anspruch zu nehmen, um die Tragweite der Auswirkungen dieser Rationierung so gering wie möglich zu halten. Vor dem Hintergrund der vergleichbaren Maßnahmen am Ende des Vorjahres hielt sich die KBV allerdings mit ihrem Notprogramm für das Jahr 2000 weitgehend an das Sozialgesetzbuch.<sup>664</sup>

Da nun aber die Behauptung, die Ausgabendeckung führe zwangsläufig zu Rationierungen, seitens der KBV stärker denn je laut wurde, sah sich die Gesundheitsministerin schließlich zum Handeln gezwungen. Dementsprechend traf sie sich mit den kassenärztlichen Funktionären, um gemeinsam zu prüfen, wie die Ärzte zu einem wirtschaftlicheren Umgang mit dem Rezeptblock animiert werden könnten. Aber trotz der von der KBV massiv geforderten Aufgabe des Budgets zugunsten von Richtgrößen, beharrte Andrea Fischer weiterhin auf dem Fortbestand desselben.

Was die Erweiterung der Negativliste für Arzneimittel anbelangt, war es zwischenzeitlich zum Streit zwischen Bundesrat und Bundesgesundheitsministerium gekommen. Anlass war die Tatsache, dass der Gesundheitsausschuss der Länderkammer dafür plädierte, vier bestimmte Wirkstoffe so lange aus der Negativ-

---

<sup>662</sup> Vgl. Elf KVen überziehen ihre Budgets: Der Regress liegt bei 588 Millionen DM, in: ÄZ vom 26.09.2000.

<sup>663</sup> Vgl. Bausch: Arzneitherapie in Teilen rückständig, in: ÄZ vom 28.09.2000.

<sup>664</sup> Vgl. Ärzte starten neues Notprogramm, in: Handelsblatt vom 27.09.2000.

liste zu nehmen, bis deren jeweilige Nachzulassung endgültig abgeschlossen seien. Das lehnte nun aber Andrea Fischer mit Hinweis auf den Gleichheitsgrundsatz strikt ab.

Der gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Dieter Thomae, ging daraufhin sogar so weit, die liberalen Vertreter im Bundesrat aufzufordern, die Rechtsverordnung über die Negativliste mit ihren 4.000 Arzneistoffen im Ganzen abzulehnen. Denn seiner Überzeugung nach sei der Grund die Tatsache, dass etliche Produkte noch nicht das Nachzulassungsverfahren durchlaufen hätten, nicht bei den Herstellern zu suchen, sondern in der eindeutig dafür verantwortlichen "schleppenden Arbeit" im Bundesinstitut für Arzneimittel.<sup>665</sup>

Ende Oktober gab der Bundesrat dann doch seine Zustimmung zu der erweiterten Form der Arzneimittel-Negativliste, was Ministerin Fischer erlaubte, ihren Verordnungsentwurf nun ohne Änderungen durchzusetzen. Allerdings musste sie erst drohen, die Verordnung nicht in Kraft treten zu lassen, falls der Bundesrat weiterhin darauf bestanden hätte, die vier umstrittenen Stoffe von der Liste zu nehmen.<sup>666</sup>

Da in Deutschland trotz der seit dem 1. Januar 2000 bestehenden Gesetzesvorschrift nach wie vor zu wenig preiswerte Importarzneimittel abgegeben wurden, nahmen die Kassen nun die Apotheken ins Visier. Demzufolge mussten Apotheker, die statt preiswerter Importarzneimittel weitaus teurere Originalpräparate an ihre Kunden weitergegeben hatten, mit Rückforderungen rechnen.<sup>667</sup>

Die Ärzte machten ihrerseits weiterhin gegen die Budgetpolitik der rot-grünen Bundesregierung mobil. Nach Streikaktionen in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Niedersachsen hatte die Welle der Protestveranstaltungen nun auch die Bundeshauptstadt erreicht.<sup>668</sup> Das permanente Anprangern der vielerorts überschrittenen Arzneimittelbudgets bei gleichzeitig großen Defiziten innerhalb der Krankenkassen durch die Ärzteschaft, machten der Gesundheitsministerin arg zu schaffen.

Mit einer bundesweiten Kampagne wollte nun die FDP gegen das Arzneimittelbudget ankämpfen und wählte als Aktionstag den 7. November 2000, da zu diesem Termin voraussichtlich das Arzneibudget 2000 in Berlin aufgebraucht sein würde. In einer Flugschrift beklagte die FDP, die Kassenversicherten seien mittlerweile zu Patienten zweiter Klasse geworden, da ihnen die Arzneimittel rationiert worden wären. Sollte bis Frühjahr 2001 nichts geschehen sein, werde die

<sup>665</sup> Vgl. Notfalls will Fischer die Listen-Novelle scheitern lassen, in: ÄZ vom 18.10.2000.

<sup>666</sup> Vgl. Bundesrat macht den Weg für erweiterte Negativliste frei, in: ÄZ vom 23.10.2000.

<sup>667</sup> Vgl. Schlitt, Reinhold: Krankenkassen bitten Apotheker zur Kasse, in: Die Welt vom 19.10.2000.

<sup>668</sup> Vgl. Kieselbach, Kurt: Mediziner machen gegen Rot-Grün mobil, in: Die Welt vom 31.10.2000.

FDP das Thema Gesundheitspolitik aktiv mit in den Bundestagswahlkampf 2002 hineinbringen. Gefordert wurde, dass Kassen notwendige Grundleistungen anzubieten hätten und darüber hinaus die Wahlfreiheit des Versicherten zu stärken sei. Auch der Wettbewerb ausgebaut und Selbstbeteiligungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Die FDP-Parteimitglieder erhielten daraufhin Argumentationshilfen und ebenso Arzneipackungen mit der Aufschrift "Fischers Budget Placebo". Unterstützt wurde die Kampagne mittels großflächiger Plakate, auf welchen „Zu den riesigen Nebenwirkungen leerer Budgets fragen sie Ihren Bundeskanzler oder die Gesundheitsministerin“ zu lesen war.<sup>669</sup>

Unterdessen forderte der BAK den Bundesgesetzgeber auf, schnellstmöglich seine Funktion wahrzunehmen, um zu klären, welche Aufgaben er wahrnehmen dürfe und welche nicht. Es sei nicht hinnehmbar, dass der Bundesausschuss von Gerichten bei der Erstellung von Arzneimittelrichtlinien und der Festbetragsbestimmung zum "Prügelknaben" gemacht werde. Grund für diese Bestürzung war eine Entscheidung des Bundessozialgerichts, nach welcher dahingehend Zweifel bestünden, ob der Bundesausschuss überhaupt mit derartigen Kompetenzen ausgestattet sein dürfe, was die Vorlage der Frage beim Bundesverfassungsgericht zur endgültigen Entscheidung zur Folge hatte. Der Vorsitzende des Bundesausschusses, Karl Jung, erklärte dazu, dass der Gesetzgeber den Bundesausschuss mit unzulänglichen und nicht eindeutigen Werkzeugen ausgestattet habe. Daher sei es an der Bundesregierung, einzugreifen.<sup>670</sup>

Im Bundesgesundheitsministerium wuchs mittlerweile die Sensibilität gegenüber den Ärzten jener KVen, die von einem Kollektivregress nach Überschreitungen der Arzneimittelbudgets betroffen waren. Hermann Schulte-Sasse äußerte hierzu am 9. November 2000 anlässlich der Pharma-Fachtagung in Berlin, dass die Abschaffung der gesetzlichen Arzneimittelbudgets allerdings keinesfalls als Lösung des Dilemmas in Frage komme. Der Ministerialdirigent war überzeugt, dass die Kombination aus Budgets und budgetbegleitenden Richtgrößen als Orientierungs- und Steuerungsinstrumente auch in Zukunft unverzichtbar sei, und Richtgrößen allein das Problem nicht lösen könnten, da diese weder, wie es das Gesetz ausdrücklich vorschreibe, bedarfsgerecht ermittelt würden, noch die Ausgabendynamik hinreichend moderieren könnten. Das eigentliche Problem sei ja auch eigentlich der Kollektivregress, der die Ärzte in massive Schwierigkeiten

---

<sup>669</sup> Vgl. Mit „Fischers Budget Placebo“ gegen rot-grüne Gesundheitspolitik, in: ÄZ vom 07.11.2000.

<sup>670</sup> Vgl. Karl Jung ruft nach dem Gesetzgeber, in: ÄZ vom 08.11.2000.

bringe, zumal mit diesem Prinzip die Unwirtschaftlichkeit Einzelner auf alle Ärzte kollektiv umgelegt werde. Trotz intensiver Gespräche mit den KVen habe man aber hier noch keinen Konsens gefunden, so Schulte-Sasse.<sup>671</sup>

Am 4. Dezember 2000 demonstrierten dann auch wieder über 500 Ärzte und Arzthelferinnen in Hannover gegen den Fortbestand der Budgets im Gesundheitswesen und in ganz Niedersachsen blieben etwa 27.000 Praxen geschlossen. Redner von CDU und FDP forderten bei dieser Gelegenheit die Bundesregierung erneut auf, dem Zustand eines "Verschiebebahnhofs von Finanzmitteln in der gesetzlichen Krankenkasse" ein Ende zu setzen.<sup>672</sup>

Nur drei Tage später, am 7. Dezember 2000, fand im Bundestag eine Beratung über den Antrag der CDU/CSU-Fraktion zur Abschaffung der sektoralen Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung statt.<sup>673</sup> Die Gesundheitsministerin Andrea Fischer verteidigte wie zu erwarten die sektoralen Budgets und vertrat weiterhin die Auffassung, dass noch genug Einsparpotential zur Verfügung stand. Zwischenzeitlich fanden allerdings neue Gespräche zwischen der Bundesregierung und der Pharmazeutischen Industrie statt, welche noch dazu mit eindrucksvoller Offenheit und Nachdenklichkeit geführt wurden, wie es seit langem nicht mehr der Fall gewesen war. Dennoch verabschiedete der BPI vorsichtshalber ein Grundsatzprogramm unter der Maxime "Leben braucht Vielfalt", welches auf der Einstellung beruhte, dass neben Wirkstoffinnovationen auch die Bedeutung galenischer und therapeutischer Innovationen anerkannt werden müsse.<sup>674</sup>

Am 7. Dezember 2000 fand im Bundestag eine Beratung über den Antrag der CDU/CSU-Fraktion zur Abschaffung der sektoralen Budgets in der GKV statt.<sup>675</sup> Die Opposition nutzte erneut die Gelegenheit, ihrer Kritik an der Gesundheitspolitik der Regierung Ausdruck zu verleihen.

Der Streit zwischen den Kassenärzten und dem Bundesgesundheitsministerium um die Einhaltung der Arzneimittelbudgets spitzte sich aus gutem Grunde weiter zu, nachdem die KBV die Verhandlungen mit den Krankenkassen über die Festlegung des Arzneimittelbudgets 2001 abgesagt hatte, erwog Andrea Fischer, die Selbstverwaltung der Kassenärzte einfach einzuschränken. Wenn es keine Eini-

<sup>671</sup> Vgl. Schulte-Sasse ermuntert KVen zu mehr Kreativität, in: ÄZ vom 10./11.11.2000.

<sup>672</sup> Vgl. Keine Experimente in der GKV – Wahltarife kategorisch abgelehnt, in: ÄZ vom 05.12.2000.

<sup>673</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13617 ff..

<sup>674</sup> Vgl. „Leben braucht Vielfalt“ – der Kampf gilt der Positivliste, in: ÄZ vom 06.12.2000.

<sup>675</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13617 ff..

gung gebe, so das Argument der Bundesgesundheitsministerin, müsse man "mehr Wettbewerb zwischen den Ärzten" einführen.<sup>676</sup>

Nach dem Scheitern der Bundesempfehlung zur Arzneimittelversorgung im KBV-Länderausschuss Mitte Dezember 2000, die die Verpflichtung enthielt, die Arzneimittelbudgetvereinbarungen für 2000 abzuschließen, zeigte sich das Gesundheitsministerium verärgert. Laut Hermann Schulte-Sasse, Hauptabteilungsleiter Krankenversicherung im Ministerium, waren die zuvor geführten Gespräche zwischen Gesundheitsministerium, KBV und Kassenverbänden bisher eher erfolgreich gelaufen und daher die jetzige Entscheidung der Kassenärzte als Verweigerungshaltung zu werten, was er auf keinen Fall hinnehmen werde.<sup>677</sup>

Die Funktionäre der Kassenärzte seien nicht willens oder nicht in der Lage, eine Vereinbarung über die Budgets herbeizuführen, so Staatssekretär Erwin Jordan. Die Verweigerungshaltung der Ärzte könnte ihm zufolge allerdings gebrochen werden, wenn die Länder selbst die Einhaltung der Budgets in ihren KVen zu überwachen hätten. Außerdem warf Jordan den Ärzten "Panikmache" vor, denn die Arzneimittelbudgets 2000 könnten entgegen aller Behauptungen noch gar nicht erschöpft sein, weil es für 2000 noch gar kein verhandeltes Budget gebe. Noch dazu würden bestehende Budgets in den meisten Teilen Deutschlands bisher immer eingehalten.

Kurz vor dem zweiten Advent wurde im Bundestag erneut über Anträge von FDP und Union debattiert, welche die Abschaffung der sektoralen Budgets zum Inhalt hatten. Andrea Fischer kommentierte das Anliegen der Opposition mit den Worten, es sei unzulässig "mit dem Geld der Versicherten herumzuaasen". Die KBV reagierte darauf selbstverständlich mit Verärgerung, aber auch die Kassen waren unzufrieden und sagten vorgesehene Gespräche mit der Gesundheitsministerin über eine Empfehlung zur Arzneimittelversorgung 2001 ab.<sup>678</sup>

Zum Jahresende 2000 kam noch einmal Bewegung in den Streit um die Arzneimittelbudgets, als SPD-Fraktionsvize Gudrun Schaich-Walch vorschlug, die Frist, innerhalb welcher die Ärzte ihre Defizite auszugleichen hätten, um ein Jahr zu verlängern. Dieser neue Vorschlag war seitens der rot-grünen Koalition eher politischer Natur, denn die Bundesregierung gedachte wohlweislich das Thema "Gesundheit" aus dem Wahlkampf herauszuhalten. Diese Bestrebung erschien schon allein durch die Tatsache plausibel, dass in der Union seit längerem Ü-

<sup>676</sup> Vgl. Der Streit zwischen Ärzten und Gesundheitsministerin verschärft sich, in: FAZ vom 15.12.2000.

<sup>677</sup> Vgl. Das BMG ist massiv verärgert und droht sogar mit Staatskommissar, in: ÄZ vom 15./16.12.2000.

<sup>678</sup> Vgl. Rieser, Sabine: Jetzt sind alle sauer, in: DÄBl. Heft 51-52 vom 25.12.2000.

berlegungen kursierten, die Kritik am Gesundheitswesen zu einem Kernthema der nächsten Bundestagswahlen zu machen.<sup>679</sup>

### 10.5. Ergebnis der Teilanalyse

Schon zum zweiten Mal sah sich Bundeskanzler Gerhard Schröder gezwungen, in den eskalierenden Streit um die Ausformung der Gesundheitsreform 2000 einzugreifen. Indem er im Juli 2000 das Bundesgesundheitsministerium anwies, die Gespräche mit allen Beteiligten so sachorientiert wie möglich fortzusetzen. Demzufolge sollten gemeinsamen Gesprächsrunden zu den umstrittenen Bereiche, wie z.B. die Handhabung des Globalbudgets organisiert und tragfähige Kompromisse erarbeitet werden. Trotz alledem zeigte sich, dass auch hier vor Jahresende 2000 keine Lösung in Sicht war. Zwar versuchte die SPD im Dezember 2000, noch etwas Bewegung in die Verhandlungen über die Arzneimittelbudgets zu bringen, aber dennoch konnte dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Jahr 2000 kein einziger Kompromiss zustande kam.

Auch war noch immer nicht die geringste Spur von einem als dringend notwendig erachteten Festbetragsneuordnungsgesetz zu sehen. Auch war das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte zum großen Ärger der Pharmaindustrie, einfach nicht mehr in der Lage seine Aufgaben konstruktiv wahrzunehmen.

Was die Arzneimitteltherapie anbelangt, so drohte auch Ende 2000 erneut eine Unterversorgung. Hintergrund hierfür waren wie jedes Jahr Meldungen aus den KVen, wonach die Arzneimittelbudgets bereits Anfang November, also deutlich vor Jahresende, überschritten werden würden.

Um Zeit zu gewinnen, hatten sich SPD-Fraktion und Gesundheitsministerin darauf geeinigt, zunächst einmal keine große neue Gesundheitsreform anzuvisieren und die Regierung begnügte sich damit, alle anstehenden Probleme mit Einzelgesetzen zu lösen. Die Festlegung der Festbeträge für Arzneimittel durch die Krankenkassen war allerdings durch Gerichtsentscheidungen blockiert worden. Das Gesundheitsministerium hätte dementsprechend dringend neue Regelungen schaffen müssen. Statt dessen wartete die Bundesregierung im Jahr 2000 die Gerichtsurteile höherer Instanzen ab. Aufgrund der Untätigkeit der Bundesregierung überprüften Ende Dezember 2000 die Kassen den gesamten Arzneimittelmarkt und beschlossen daraufhin, bei fast zwei Dritteln der Festbetragsgruppen vorläufig Absenkungen vorzunehmen. Ähnlich gestaltete sich das Problem mit

---

<sup>679</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: SPD will Ärzte entlasten, in: SZ vom 30./31.12.2000.

den Arzneimittelrichtlinien, denn auch hier war es Sache des Ministeriums, neue Regelungen zu finden.

Die Negativliste war letzten Endes das einzige Vorhaben Andrea Fischers, dass, abgesehen von der zehnten Arzneimittelgesetz-Novelle (AMG), tatsächlich umgesetzt werden konnte. Die Positivliste hingegen blieb weiterhin "in Bearbeitung". Wenn auch schon frühere Versuche, eine solche Liste einzuführen, gescheitert waren, stand deren Aktualität weiterhin auf der Tagesordnung.

Tatsache ist, dass Ministerin Fischer bisher mit keinem Thema so viel Ärger auf sich geladen hatte wie mit dem der Arzneimittelbudgets. Diese hatten eindeutig nicht die Erwartungen erfüllt, die die Bundesregierung daran gestellt hatte. Mittlerweile galten sie sogar als obsolet, denn abgesehen von dem folgenschweren psychologischen Druck auf die verordnenden Ärzte, hatte bislang noch kein Budget nur die geringste positive Wirkung gezeigt. Die Regressansprüche gegen jene Ärzte, die trotz aller Drohungen der Regierung sowie der Krankenkassen außerhalb des Rahmens der Budgetlimits verordnet hatten, waren außerdem seit ihrer Einführung im Jahre 1992 bisher noch nie geltend gemacht worden.

Die Arzneimittelbudgetierung brachte letztlich nur Unruhe in das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dennoch stellten die Ärzte im Jahr 2000 kein Notprogramm gegen die Bundesregierung auf. Insgesamt hatten die Angriffe der Ärzteschaft auf die rot-grüne Regierung einen deutlich weniger aggressiven Charakter als in den Jahren 1998 und 1999. Dies war als Erfolg für Ministerin Fischer zu werten, denn sie hatte trotz aller Widerstände der Ärzte die ihr so am Herzen liegende Arzneimittelbudgetierung beibehalten können.

Allerdings sah, trotz Gesundheitsreform, die Finanzlage in der Arzneimittelpolitik nicht besonders gut aus.

Immerhin schien die zweite Hälfte der Legislaturperiode für Andrea Fischer als Bundesgesundheitsministerin genauso viel Ärger zu bringen, wie die nicht gerade reibungslose erste Hälfte. Selbst innerhalb der Grünen und deren Fraktion tauchte zunehmend die Frage auf, wie Fischers Ressort in der Öffentlichkeit noch vor der Bundestagswahl in besseres Licht gerückt werden konnte.



## 11. Der Versuch einer Kompromisslösung bei den Arzneimittelfestbeträgen

Am 9. Januar 2001 gab Andrea Fischer im rot-grünen Kabinett des amtierenden Bundeskanzlers Gerhard Schröder ihren Rücktritt vom Posten der Gesundheitsministerin bekannt. Schon am nächsten Tag präsentierte der Bundeskanzler die Rentenexpertin und bisherige, stellvertretende Fraktionsvorsitzende Ulla Schmidt als deren Nachfolgerin. Am 18. Januar 2001 wurde diese dann, als neue Gesundheitsministerin im Bundestag vereidigt. Noch am selben Tag trafen sich die Ärztevertreter mit Ministerin Schmidt und Bundeskanzler Schröder zu einem Sondierungsgespräch im Kanzleramt.<sup>680</sup>

Am 15. Februar 2001 wurden auf Initiative der CDU/CSU-Bundestagsfraktion und FDP-Opposition im Deutschen Bundestag deren zwei Anträge zur Aufhebung der Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) debattiert.<sup>681</sup>

Das Bundeskabinett stimmte am 21. März 2001 dem von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt erarbeiteten Kompromisspapier zur Senkung der Festbeträge für Arzneimittel zu.<sup>682</sup>

In der Zeit vom 26. bis 30. März 2001 protestierten etwa tausend selbstständige Ärzte und Psychotherapeuten in den ostdeutschen Ländern mit einer Aktionswoche gegen das Bestehen der Arzneimittelbudgets.<sup>683</sup>

### 11.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

In einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung am 24. Januar 2001 erklärte die neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, dass kein Regierungswechsel, sondern lediglich ein Ministerwechsel stattgefunden habe und der bestehende Koalitionsvertrag keinesfalls in Frage gestellt sei. Um eben diesem gerecht zu werden, plane sie einen neuen Dialog mit Ärzten, Krankenkassen und Apothekern aufzunehmen. Zum Thema Arzneimittelbudget bemerkte sie bei dieser Gelegenheit allerdings nur ausweichend, sie habe "da so ihre Vorstellungen", sei aber offen für andere Instrumente. Immerhin befinde sie sich erst wenige Tage im

<sup>680</sup> Vgl. Bellratz, Thomas: Ein neuer Kurs, in: PZ Nr. 6 vom 08.02.2001.

<sup>681</sup> Vgl. Rede von Horst Seehofer zum Gesetzentwurf GKV-Budgetaufhebungsgesetz vom 15.02.2001: Rot-Grün hat mit Budgets Bruchlandung gemacht, <http://www.cducusu.de/aktuelles/reden>.

<sup>682</sup> Vgl. Kompromiss bei Festbeträgen, in: ÄZ vom 22.03.2001.

<sup>683</sup> Vgl. Ostdeutsche Ärzte protestieren gegen Arzneimittelbudget, in: FAZ vom 26.03.2001.

Gesundheitsministerium und möchte daher zunächst mit ihren neuen Mitarbeitern reden.<sup>684</sup>

Auf dem Neujahresempfang der Ärzte im Berliner KaDeWe betonte sie, gerne Gesundheitsministerin zu sein und sich auf die künftige Zusammenarbeit zu freuen. Gleichzeitig bot sie den Ärzten ihre Hilfe und ihre Dialogbereitschaft zur Lösung der bestehenden Probleme an.<sup>685</sup>

Bei einem Pressegespräch in Berlin am 31. Januar 2001 beteuerte Ulla Schmidt, ihr liege viel daran, dass Vertrauen der Bürger in die Gesundheitspolitik zurück zu gewinnen. Hierbei gehe es aber nicht nur um die Wiederherstellung des Vertrauens der Patienten, sondern auch um die Stärkung des Vertrauens sämtlicher Beteiligten des Systems. Sie kündigte sogar an, den Kollektivregress aufzuheben und erläuterte, bisher habe ihr "noch keiner erklären können, wie der Regress eigentlich funktioniert oder funktionieren sollte".<sup>686</sup> Schmidt war der Ansicht, dass es statt des sogenannten Kollektivregresses individuelle Regressansprüche gegen Ärzte geben und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) Richtgrößen für die Praxen vorgeben sollten, an denen sich die Ärzte zu orientieren hätten. Überschreite ein Mediziner diese Vorgabe, so solle er dafür persönlich haften. Ausgenommen seien die Ärzte, die aufgrund eines besonderen Finanzbedarfs, wie zum Beispiel bei der Behandlung von Aidspatienten automatisch kaum ein Budget einhalten könnten. Auch sollten künftig die KVen in Eigenverantwortung dafür sorgen, dass die von ihnen festgelegten Richtgrößen nicht überzogen werden. Schmidt stellte aber klar, dass keineswegs mehr Geld ins Gesundheitswesen "gepumpt" werden könne, denn auch die Beitragsstabilität sei für sie von Bedeutung. Ebenfalls kündigte die Ministerin an, alle Beteiligten des Gesundheitswesens an einen "Runden Tisch" zu holen, erklärte aber schon im Voraus, an einigen Gesetzesplänen ihrer Vorgängerin festzuhalten. Beispielsweise gedenke sie, die umstrittene Positivliste für Arzneien auf den Weg zu bringen und auch die Festbetragsregelung für Medikamente umzusetzen.<sup>687</sup>

Auch nach der Berliner Pressekonferenz bekräftigte die neue Gesundheitsministerin ihren Willen zur Abschaffung des Kollektivregresses und teilte Anfang Februar 2001 mit, den Kollektivregress spätestens ab Januar 2002 nicht mehr anzuwenden. Die Kollektivhaftung solle durch andere wirksame Instrumente ersetzt werden, so Ulla Schmidt.

---

<sup>684</sup> Vgl. Hoffman, Andreas: „Finanzlage der Krankenkassen sieht gut aus“, in: SZ vom 24.01.2001.

<sup>685</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang: "Ich bin wirklich gerne Gesundheitsministerin", in: ÄZ vom 29.01.2001.

<sup>686</sup> Vgl. Bellratz, Thomas: Ein neuer Kurs, in: PZ Nr. 6 vom 08.02.2001.

<sup>687</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Schmidt will Kollektivhaftung der Ärzte abschaffen, in: SZ vom 01.02.2001.

Die Gesundheitsexpertin der Grünen, Katrin Göring-Eckardt, reagierte allerdings mit Skepsis und vertrat die Ansicht, die Änderung der Kollektivhaftung dürfe sich keinesfalls zum alleinigen Nutzen der Ärzteschaft auswirken.<sup>688</sup>

In ihrer ersten Bundestagsrede als neue Gesundheitsministerin, lud Schmidt die Opposition am 15. Februar 2001 zu einem "gemeinsamen Aufbruch" ein. Die Ministerin bestätigte zwar die geplante Abschaffung des Arzneimittelbudgets, betonte aber, dass an dessen Stelle neue, positiv steuernde Instrumente zu treten hätten. Im Verlauf ihrer Rede äußerte sich Ulla Schmidt auch zur Kollektivhaftung für das Arzneimittelbudget, die sie als ein unwirksames Instrument bezeichnete, zu dem noch im gleichen Jahr eine Alternative entwickelt werden müsse. Da allerdings die Ärzte nicht gänzlich aus der Finanzverantwortung entlassen werden könnten, werde ein Gesamtkonzept erarbeitet. Als einen möglichen Lösungsansatz nannte Schmidt die Einführung "unmissverständlicher Schwellenwerte", deren Bestimmungen ins Auge zu fassen sei. Zu den wichtigsten Projekten des Jahres 2001, so Schmidt, gehöre außerdem, die Festbetragsregelung für Arzneimittel rechtssicher zu machen. Geprüft werde momentan, inwieweit Festbeträge überhaupt notwendig seien, und auch ob sie nicht durch andere Maßnahmen ersetzt werden könnten. Geplant sei zunächst eine Übergangslösung, über die jetzt Gespräche geführt würden. Abschließend bemerkte die Ministerin, dass auch die Positivliste noch "auf der Agenda" stehe.<sup>689</sup>

Der Leiter der Abteilung für Arzneimittel im Bundesgesundheitsministerium, Ministerialdirigent Eberhard Schmidt, kündigte daraufhin wenig später der neuen Gesundheitsministerin an, persönlich dafür Sorge zu tragen, dass noch vor Mitte 2001 ein konkreter Entwurf für die vorgesehene Positivliste vorliege. Dieser solle übrigens, so Eberhard Schmidt, nur Arzneimittel enthalten, die einen zumindest hinreichenden therapeutischen Nutzen haben, wobei ökonomischen Kriterien dabei keine Bedeutung zukäme, da es "nur um Qualität" gehe. Zum Konzept der geplanten Positivliste gehöre auch, diese laufend an den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis anzupassen und neue Arzneimittel darin zu berücksichtigen, ergänzte er. Hinzufügend bemerkte der Ministerialdirigent, dass die Therapiefreiheit des Arztes durch die neue Liste nicht eingeschränkt werde, da genügend Therapiealternativen auch weiterhin zu Verfügung ständen.<sup>690</sup>

Auch das strittige Thema Versandhandel mit Medikamenten wurde schließlich von Ulla Schmidt höchstpersönlich Mitte Februar in einem Interview mit Journalisten des Nachrichtensenders *n-tv* aufgegriffen. Deutlich betont sie hier, dass bis-

---

<sup>688</sup> Vgl. Ärzte und Union applaudieren neuer Ministerin, in: FR vom 02.02.2001.

<sup>689</sup> Vgl. Schmidt bietet Union Zusammenarbeit an, in: FAZ vom 16.02.2001.

<sup>690</sup> Vgl. Morbiditätsbezogene Richtgrößen werden nicht kostenneutral bleiben, in: ÄZ vom 22.02.2001.

her strikte, deutsche Verbot des Internet-Versandhandels von Arzneimitteln als nicht länger haltbar ansehe, zumal von den Niederlanden oder anderen Nachbarländern aus schon heute Internet-Apotheken mit Kurieren in die Bundesrepublik liefern und damit das Verbot sowieso umgehen würden. Man könne keine Mauer um Deutschland ziehen, kommentierte Schmidt, daher plane sie, gemeinsam mit den Apothekern zu überlegen, wie darauf reagiert werden müsse.<sup>691</sup>

Am 18. März 2001 hielt die Bundesgesundheitsministerin anlässlich der *Interpharm* in Hamburg eine Rede vor den Spitzenvertretern der Bundesvereinigung Deutscher Apotheker (ABDA). Hier bestand sie auf dem Punkt, dass zu den kurzfristigen Regelungen im Arzneimittelbereich vorrangig die Regelung der Festbeträge gehöre, und die Rechtssicherheit bei der Festbetragsregelung wieder hergestellt werden müsse. Denn auf die Ausschöpfung solcher Wirtschaftlichkeitsreserven bei Arzneimitteln könne man nicht verzichten, wie auch die Finanzdaten der GKV für das Jahr 2000 gezeigt hätten. Da mit 4,9% die Zuwachsrate im Arzneimittelbereich nach wie vor dramatisch hoch liege, sei das Instrument der Festbeträge nach wie vor wichtig. Laut Schmidt werde zur Zeit ein Gesetzentwurf erarbeitet, nach welchem das Bundesgesundheitsministerium ermächtigt werde, Festbeträge durch Rechtsverordnungen festzusetzen, wobei allerdings auch aktuelle Marktentwicklungen berücksichtigt und neue Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden sollten. Diese Regelung werde zunächst bis zum 31. Dezember 2003 befristet sein, um schließlich durch eine auf jeden Fall rechtssichere, nichtstaatliche Lösung ersetzt zu werden. Zum Thema Kollektivhaftung teilte sie lediglich mit, dass sie eine Alternative entwickeln werde, und neue, positiv steuernde Instrumente an die Stelle der Budgets treten müssten. Zum Thema Versandhandel mit Medikamenten wiederholte sie ihre Position, dass der Vertriebsweg Internet unausweichlich zunehmend attraktiver werde, und eben keine Mauer um Deutschland gezogen werden könne, auch wenn dem Verbraucherschutz weiterhin eine wichtige Rolle zukommen müsse. Gleichzeitig sprach sie sich für eine sinnvolle, präventive Arzneimitteltherapie aus, da ein effektiverer Einsatz von Arzneimitteln so manche Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeitsperioden sogar vermeiden könne. Das Problem bestehe laut Ulla Schmidt eben nicht darin, dass es an wirksamen Medikamenten fehle, sondern häufig Patienten einfach nicht das richtige bekämen. Am Schluss ihrer Rede

---

<sup>691</sup> Vgl. Schmidt für Neuregelung, in: SZ vom 19.02.2001.

versprach sie, auch weiterhin mit den Apothekern über deren Vorschläge diskutieren zu wollen.<sup>692</sup>

Anfang April 2001 legt Ulla Schmidt schließlich die Grundzüge ihrer Reform dar: Zum Thema Arzneimittelverordnungen erklärte sie, dass Krankenkassen und KVen konkrete Vereinbarungen über künftige "Orientierungsgrößen" für die jeweiligen Praxen in ihrem Sektor treffen und somit über die Festlegung des Verordnungsbedarfs bestimmen sollten. Ziel dieser Maßnahme sei es, dem einzelnen Arzt Anreize zu geben, unterhalb der Orientierungsgrößen zu verordnen, wobei ihm natürlich ein gewisser Entscheidungsspielraum zu gewähren sei. Schmidt bezeichnete es als falsch, einem bisher schon sparsam verordnendem Mediziner im darauffolgenden Jahr die Entscheidungsräume noch weiter einzuzengen. Auch solle künftig jeder Arzt das ganze Jahr über von seiner KV "begleitet" und beraten werden. Als Beispiel hierfür verwies die Ministerin auf die bereits bestehende Beratungsaktivität der KV in Hessen.<sup>693</sup>

Mittlerweile gab das Bundesgesundheitsministerium zu, dass sich die Arbeiten an der Positivliste für Arzneimittel verzögern könnten. In einem an die Pharmaverbände gerichteten Schreiben erklärte das Ministerium Mitte April 2001, dass über das weitere zeitliche Vorgehen erst innerhalb der nächsten Wochen anhand der bis dahin erarbeiteten Unterlagen entschieden werde, was einen möglichen Zielkonflikt zu Folge habe: Einerseits solle der gesetzlich vorgegebene Termin 30. Juni 2001 eingehalten werden; andererseits sei die Positivliste mit wissenschaftlicher Evidenz zu begründen, was mehr Zeit beanspruche. Ministerin Schmidt ließ darauf schriftlich wissen, dass letzterem Gesichtspunkt der Vorzug zu geben sei, da nicht nur die entgeltliche Positivliste, sondern auch schon der Entwurf einer Vorschlagsliste ab dem Tag der Veröffentlichung von großer Tragweite für das Verordnungsgeschehen in der Krankenversicherung sei. Auch nach rechtlichen Gesichtspunkten sei ihrer Auffassung nach die "höchstmögliche Sorgfalt" bei der Vorbereitung notwendig.<sup>694</sup>

In einem Interview mit der *Ärzte Zeitung* am 27. April 2001, also nach fast 100 Tagen im Amt als Gesundheitsministerin, bemerkte Ulla Schmidt zum Thema Arzneimittelbudget, dass der hier oft kritisierte Begriff "Obergrenzen" nur als vereinfachendes und wohl manchmal missverständliches Schlagwort zu verstehen sei, und es im Grunde darum gehe, weder KVen noch Ärzte von der Verantwortung befreien zu können, mit dem sparsam umzugehen, was die Versicherten

<sup>692</sup> Vgl. Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zum Thema: „Sozial- und Gesundheitspolitik in der Alters- und Fortschrittsfalle - eine neue Arzneimittelpolitik als Ausweg?“ anlässlich der Interpharm am 18. März 2001 in Hamburg, in: BMG-Pressemitteilungen Nr.21 vom 18.03.2001, <http://www.bmggesundheits.de/presse/2001/2001/42.htm>.

<sup>693</sup> Budgets sollen durch Orientierungsgrößen abgelöst werden, in: *ÄZ* vom 12.04.2001.

<sup>694</sup> Vgl. Ulla Schmidt: Arbeiten an Positivliste verzögern sich, in: *ÄZ* vom 19.04.2001.

einzahlten. Die Bundesregierung wolle daher Regelungen erarbeiten, die eine Alternative zu den bestehenden Budgets darstellten und auf Orientierungsgrößen pro Praxis beruhen sollten, die von dem jeweils voraussichtlichen, individuellen Jahresbedarf abzuleiten wären. Auch sollte der entsprechende Arzt nicht erst am Ende eines Jahres erfahren, ob er sein Budget eventuell überschritten habe, da auch eine kontinuierliche Begleitung neben der Festsetzung von Orientierungsgrößen geplant sei. Was es für Anreize für die Ärzte geben könne, die unterhalb "ihrer Obergrenze" bleiben, werde, so Schmidt, zu diesem Zeitpunkt noch beraten.

Im Rahmen der vielseitigen Reaktionen auf die Ärzteproteste von Ende März widersprach Ulla Schmidt dem Vorwurf, mit den Ärzten "einen Schmuskurs" zu fahren, auch wenn sie zugeben müsse, dass die Arzneimittelpolitik für diese Probleme mit sich bringe. Allerdings wolle sie keinesfalls, dass die Patienten alles "auszubaden" hätten und versuche daher Lösungen zu finden, die zu mehr Akzeptanz auf beiden Seiten führten.<sup>695</sup>

## **11.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS**

Der CDU- Landtagsabgeordnete Rudolf Henke bezeichnete die Kabinettsumbildung von Anfang Januar 2001 als letzte Chance der Bundesregierung, noch vor der Bundestagswahl 2002 eine grundlegende Neuorientierung der Gesundheitspolitik zu erreichen. In einem Neun-Punkte-Katalog hatte Rudolf Henke zuvor jene gesundheitspolitischen Aufgaben aufgelistet, denen sich die Bundesregierung seiner Meinung nach zu stellen habe. Seine erste Forderung an die Bundesregierung und die neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zielte auf die Abschaffung der Budgettierung. Der Versorgungsbedarf müsse patientengerecht und nicht budgetabhängig definiert werden, was beinhalte, dass auch Veränderungen im Krankheitsspektrum bei dieser Definition zu berücksichtigen seien, hieß es in seinem Papier. Der CDU-Politiker plädierte daher für eine sofortige Abschaffung der Kollektivhaftung für niedergelassene Ärzte bei Überschreitung des Arznei- und Heilmittelbudgets und führte gleich ein ganzes Bündel von alternativen Maßnahmen an, wie z.B. die Anwendung von Festbeträgen für Arzneimittel, die konsequente Umsetzung der Arzneimittelrichtlinien, die strikte Überprüfung

---

<sup>695</sup> Vgl. Vollmer, Rainer/ Rudolph, Hagen: Macht es Ihnen eigentlich noch Spaß, Frau Schmidt?, in: ÄZ vom 27./28.04.2001.

von Richtgrößenüberschreitungen sowie eine raschere Verfügbarkeit der Verordnungsdaten für die KVen.<sup>696</sup>

Zu Schmidts Ankündigung, den umstrittenen Regressanspruch für Ärzte bei eventueller Überschreitung der Arzneimittelbudgets abzuschaffen, bemerkte der stellvertretende Vorsitzende der CDU/CSU-Fraktion und Gesundheitsexperte, Horst Seehofer, dass er den Kurswechsel für richtig halte.<sup>697</sup>

Die FDP hingegen kündigte an, ihre Kampagne gegen die Arznei- und Heilmittelbudgets auch angesichts des Wechsels an der Spitze des Bundesgesundheitsministeriums weiterhin fortzusetzen. Allerdings, so die FDP, müsse das Motto geändert werden. Statt "Fischers Budget-Placebo" hieß es nun: „Neuer Name – altes Rezept“.<sup>698</sup>

Am 15. Februar 2001 wurden auf Initiative der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP im Deutschen Bundestag zwei Anträge zur Aufhebung der Budgets in der GKV debattiert. Horst Seehofer warf in dieser Bundestagsdebatte der Regierungskoalition vor, die derzeit aktuellen Probleme im Gesundheitswesen selber erst geschaffen und mit den zwei Jahre zuvor wieder eingeführten Budgets eine "grandiose Bruchlandung" gemacht zu haben. Und da nicht nur die Ausgaben für Arzneimittel trotz der Budgets explodiert seien, sondern sich zudem die Versorgung der Kranken verschlechtert habe, könne die Bundesregierung auf die volle Unterstützung seitens der CDU/CSU zur Abschaffung dieser Budgets zählen. Er präzisierte, die Ausgaben im Arzneimittelbereich seien zwischen 1998 und 1999, also im ersten Jahr der rot-grünen Koalitionsregierung, trotz Budgetierung von 34,7 Milliarden DM auf 37,6 Milliarden DM, also um fast 3 Milliarden DM, gestiegen. Auch wenn genaue Zahlen für das Jahr 2000 noch nicht vorlägen, mache dies deutlich, dass das Ziel, der Ausgabenbegrenzung eindeutig verfehlt worden sei. Noch dazu hätten die Budgets verhängnisvolle Folgen nach sich gezogen, da diese keinerlei Rücksicht auf soziale Härtefälle nähmen und nach der "Fallbeimethode" zuschlugen, was konkret bedeute, dass wer im November krank werde, unter bestimmten Voraussetzungen keine medizinische Versorgung mehr bekäme. Deshalb forderte der CDU/CSU-Fraktionsvize die neue Gesundheitsministerin auf, die Budgets abzuschaffen und das Modell der Richtgrößen einzuführen.

---

<sup>696</sup> Vgl. „Verschreibung muss sich am Patienten orientieren“, in: ÄZ vom 15.01.2001.

<sup>697</sup> Vgl. Budget soll 2002 auslaufen, in: PZ Nr. 6 vom 08.02.2001.

<sup>698</sup> Vgl. FDP setzt ihre Kampagne fort, in: ÄZ vom 31.01.2001.

Seehofer verlangte außerdem die Vorlage eines Gesamtkonzepts für die Reform des Gesundheitswesens, was Grundvoraussetzung für eine Zusammenarbeit sei und auch dem Bürger noch vor der Bundestagswahl zustehe.<sup>699</sup>

In der gleichen Bundestagsdebatte betonte die PDS-Abgeordnete Ruth Fuchs, die Regierung habe anscheinend endlich verstanden, dass die Budgetierungsproblematik einen entscheidenden Schwachpunkt in ihrer bisherigen Gesundheitspolitik darstelle. Auch die angekündigte Streichung der ärztlichen Kollektivhaftung beim Arzneimittelbudget sei eigentlich mehr als überfällig. Zu vermuten bleibe daher jedoch, dass das aufgewühlte Gesundheitswesen inklusive Ärzten und Patienten lediglich für den Rest der Legislaturperiode ruhig gestellt werden solle, um hinter dieser Fassade ein ganz anderes Szenario vorzubereiten.<sup>700</sup>

Im Namen der FDP, die ebenfalls einen Antrag zur Aufhebung der Budgets gestellt hatte, stellte deren Gesundheitsexperte Dieter Thomae in der gleichen Debatte vom 15. Februar 2001 fest, die Bundesregierung habe schließlich zugegeben, das Vertrauen der Patienten zerstört zu haben, was für ihn gleichzeitig das Eingeständnis darstelle, dass die rot-grüne Gesundheitspolitik gescheitert sei. In seinem Elan führte er fort, dass die von der Bundesregierung vielgelobten, ideologisch geprägten "Folterwerkzeuge" wie Arzneimittelbudget, Positivliste und Sachleistungsprinzip eine Dirigismusspirale darstellten und daher kein modernes Gesundheitswesen prägen könnten. Nochmals kritisierte er das Prinzip der Kollektivhaftung, in welchem Thomae lediglich den Ausdruck einer verachtenden Grundhaltung von der rot-grünen Koalition gegenüber den niedergelassenen Ärzten sah. Nichtsdestotrotz bot Thomae der Bundesregierung bei der nicht leicht zu bewältigenden Umgestaltung der Gesundheitspolitik die Unterstützung seiner Partei an.<sup>701</sup>

Gute zwei Monate später, am 20. April 2001 betonten Horst Seehofer und sein CDU-Fraktionsfreund Wolfgang Lohmann, dass Ulla Schmidt angesichts einer ersten Bilanz nach 100 Tagen Amtsübernahme die Erwartungen nicht erfüllt habe, zumal sie gleich nach ihrem Amtsantritt unmissverständlich die Abschaffung

---

<sup>699</sup> Vgl. Rede von Horst Seehofer zum Gesetzentwurf GKV-Budgetaufhebungsgesetz vom 15.02.2001: Rot-Grün hat mit Budgets Bruchlandung gemacht, <http://www.cducsu.de/aktuelles/reden>.

<sup>700</sup> Vgl. Rede von Ruth Fuchs zu den Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gesundheitspolitik braucht soziale Gerechtigkeit und Solidarität, in: PDS-Pressemitteilungen vom 15.02.2001, <http://www.2pds-online.de>.

<sup>701</sup> Vgl. Rede von Dieter Thomae zur Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets vom 15.02.2001, <http://mdb.liberal.de/fraktion/aktuelles>.



des Kollektivregresses versprochen habe, aber bislang immer noch kein Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Beendigung der Budgetierung vorliege.<sup>702</sup>

### 11.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Zu Jahresbeginn 2001, noch wenige Tage vor der Demission Andrea Fischers, gab der Vorstandschef des AOK-Bundesverbandes, Hans Jürgen Ahrens, seine Position zur Arzneimittelpolitik zu Protokoll und äußerte in einem Interview die Kollektivhaftung der Ärzte sei nicht ideal, aber jede einzelne KV habe trotzdem intern zu regeln, wie die Ärzte für ihr Verschreibungsverhalten zur Rechenschaft gezogen werden können. Lediglich die Budgets abzuschaffen, führe nur zu dramatischem Kostenanstieg, obwohl es doch bei Arzneien viel zu sparen gebe. Hierzu zitierte Ahrens aus dem Arzneiverordnungsreport 2000, dass sich acht Milliarden DM einsparen ließen, wenn die Ärzte sinnvoller mit dem Rezeptblock umgingen, das heißt mehr Nachahmerpräparate und weniger unsinnige Mittel verschrieben würden. Auf den Hinweis, dass manche Ärzte aufgrund des Budgets gewissen Patienten die Ausstellung eines Rezepts verweigern würden, bemerkte Ahrens, dass dies seitens des Mediziners ungesetzlich sei, denn es gebe für den einzelnen Arzt kein Arzneimittelbudget. Budgets gebe es ausschließlich für KVen, und der einzelne Arzt habe nur Richtgrößen seiner KV für seinen Praxistyp zu beachten. In gewissen Fällen brauche er nur eine Sondersituation nachzuweisen, was viele Ärzte aber scheuen würden. Auch machte Ahrens darauf aufmerksam, dass in Hessen oder Südbaden seit Jahren die jeweiligen Budgets eingehalten würden, was seiner Meinung nach deutlich mache, dass es doch nur an den jeweiligen Ärzten liege. Nebenbei wies er darauf hin, dass ursprünglich die Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) eine Rahmenempfehlung abschließen wollten, die genau dieses Budgetproblem durch Anleitungen für Ärzte, teure durch billigere Mittel zu ersetzen, regeln sollte. Das habe aber die KBV aus wahlkämpftechnischen Gründen abgelehnt.<sup>703</sup>

Eine völlige Neuformierung des Arzneimittelmarktes forderte der Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Seine Vorschläge reichten von Veränderungen beim

<sup>702</sup> Vgl. Lohmann, Wolfgang/ Seehofer, Horst nach 100 Tagen Amtszeit von Ulla Schmidt: Lächeln allein genügt nicht – Ulla Schmidt muss handeln, in: Pressemitteilungen vom 20.04.2001, <http://www.cducsu.de/presse/pressemitteilungen>.

<sup>703</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: „Die Ortskrankenkassen bekommen große Finanzprobleme“, in: SZ vom 02.01.2001.

Apothekenrabatt für die Krankenversicherung bis hin zum Direktvertrieb von Impfstoffen durch den niedergelassenen Arzt.<sup>704</sup>

Nachdem Ulla Schmidt am 18. Januar 2001 neue Gesundheitsministerin geworden war, wurde dieser Amtswechsel von vielen Akteuren positiv begrüßt. Auch die Apothekerschaft bewertete den Wechsel im Ministerium als Chance für eine Neuorientierung in der Gesundheitspolitik. So unterstützte ABDA-Präsident Hans-Günter Friese die Aussage von Andrea Fischer, mit ihrem Rücktritt wolle sie dem Neuanfang eine Chance bieten. Dies müsse nun auch wieder für die Gesundheitspolitik, und vor allem für die Arzneimittelversorgung gelten, so Friese. Allerdings forderte er die neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zu einer auch weiterhin klaren Absage an den Versandhandel mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln auf.

Auch der Bundesapothekenkammerpräsident Johannes M. Metzger warnte vor einem unkontrollierbaren Vertriebsweg für Arzneimittel über das Internet. Die neue Gesundheitsministerin Ulla Schmidt müsse die Warnungen der Weltgesundheitsorganisation und das Prinzip Verbraucherschutz endlich wieder ernst nehmen, so Metzger in einem Interview, denn im Gesundheitswesen dürfe nicht das vordergründige Profitinteresse Übergewicht bekommen.<sup>705</sup>

Kurz vor dem Treffen zwischen Ärztevertretern und der gerade vereidigten, neuen Gesundheitsministerin Schmidt am 18. Januar 2001 im Kanzleramt, kündigte der KBV-Vorsitzender Manfred Richter-Reichhelm an, die Ärzte würden sich nie mit Budgets zufrieden geben, welche die Faktoren Morbidität und Behandlungsbedarf nicht widerspiegeln. Vor allem ärgere die Ärzte aber die Kollektivhaftung, denn wenn sie mehr Pillen verordneten als das Budget erlaube, müssten sie selbst Geld zurückzahlen, was selbst die sparsam wirtschaftenden Ärzte betreffe, auch wenn die Haftung auf 5% der Budgetsumme begrenzt sei.<sup>706</sup>

Dagegen warnten die Spitzenverbände der Krankenkassen in einem Brief Ende Januar 2001 an Bundeskanzler Schröder diesen davor, den massiven Forderungen der Ärzteschaft nach Aufhebung oder Lockerung der Arzneimittelbudgets Folge zu leisten. Denn hierbei völlig außer Acht gelassen, so das Hauptargument, werde die eigentliche Ursache des Kostenproblems, die angeblich im derzeit ungesteuerten Zuwachs in den Reihen der Ärzteschaft selbst liege. Allein seit 1990 sei die Zahl der Mediziner um 27% gestiegen, erläuterten die Kassen, und

---

<sup>704</sup> Vgl. Apotheken sollen für die Krankenkassen bluten, in: ÄZ vom 08.01.2001.

<sup>705</sup> Vgl. Metzger kämpft für die Individualapothek, in: PZ Nr. 3 vom 18.01.2001.

<sup>706</sup> Vgl. Neue Ministerin will Ärzten entgegenkommen, in: SZ vom 17.01.2001.

Deutschland sei damit bezüglich der Arztdichte führend in Europa, was ebenfalls auf das jeweils pro Kopf zur Verfügung gestellte Finanzvolumen zutrefte. Dies bedeute aber, dass es sich beim Thema Budget in erster Linie nur um ein innerärztliches Verteilungsproblem handeln könne, zudem gerade im Arzneimittelsektor Wirtschaftlichkeitspotentiale in Höhe von mindestens drei Milliarden DM vorhanden seien. Daher sei nach Auffassung der Verbände eine Einhaltung der Budgets nicht nur notwendig, sondern auch realisierbar.<sup>707</sup>

Vehement wurden auch von den Krankenkassen die Bedenken des Kartellamts gegen die neue Festbetragsregelung bei Arzneimitteln kritisiert. Wolfgang Schmeinck, Vorstandsvorsitzender des BKK-Bundesverbandes, hatte sich von den neuen Festbeträgen für Arzneimittel ein Einsparpotential von rund einer Milliarde DM versprochen, das er nun "gefährdet" sehe. Schmeinck ging allerdings davon aus, dass das Bundeskartellamt nicht nur geplante Anpassungen beanstandete, sondern die Festbetragsregelung als solche und befürchtete daher, dass bereits erzielte Einsparpotentiale von rund drei Milliarden DM wegfallen und der Beitragssatz in der GKV steigen würde.<sup>708</sup>

Überdies beanstandeten die Krankenkassen den angekündigten Kurswechsel in der Gesundheitspolitik. Der Chef des Arbeiter-Ersatzkassen-Verbandes, Herbert Rebscher, erklärte dazu, das derzeit vorgeschlagene Verfahren löse nicht den Streit um die Arzneimittelbudgets, sondern verlagere das Problem nur auf einzelne Arztgruppen, denen zum Teil eine noch stärkere Auseinandersetzung mit dem Haftungsproblem drohe. Ein Grossteil der Medikamente werde vor allem von Hausärzten und Internisten verordnet; andere Facharztgruppen, wie Orthopäden oder Pathologen verschrieben kaum oder gar keine Arzneien. Von veränderten Haftungsregeln für die Arzneimittelausgaben wären demnach Hausärzte besonders betroffen, erläuterte er. Möglicherweise könnten sich als Folge auch die bestehenden Konflikte zwischen Haus- und Fachärzten innerhalb der jeweiligen KVen verschärfen, ergänzte Rebscher, der aber nicht glaubte, dass der angekündigte Kurswechsel schnell umgesetzt werde.<sup>709</sup>

Mitte Februar 2001 manifestierten sich auch wieder die Ärzte im ewigen Streit um das Arzneimittelbudget: Die KBV drohte der Bundesregierung mit Protestaktionen. KBV-Vorsitzender Richter-Reichhelm warnte vor der Annahme, die Abschaffung der starren Budgets sei kostenneutral, auch wenn die Ärzte zumindest zusagen könnten, die Arzneikosten nicht ausufern werden. Aber die finanzielle Mit-

---

<sup>707</sup> Vgl. Krankenkassen machen Front gegen Ärzte-Lobby, in: FR vom 23.01.2001.

<sup>708</sup> Vgl. Richter, Eva: Regelung vor dem Aus, in: PZ Nr. 5 vom 01.02.2001.

<sup>709</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Krankenkassen kritisieren Kurswechsel, in: SZ vom 03./04.02.2001.

tel müssten aufgestockt werden, da die heutigen Limits zu knapp und mehr Kosten zu erwarten seien. Sollte seitens der Politik dies verweigert werden, "kämen die Ärzte mit Ulla Schmidt nicht zusammen". Gleichzeitig forderte er die Regierung auf, die Ärzte betreffs der Rückforderungen für die Budgetüberschreitungen aus den Jahren 1999 und 2000 zu amnestieren.<sup>710</sup>

Da sich nun die Krankenkassen angesichts der Forderungen der Ärzteschaft unter Druck sahen, appellierten sie ihrerseits an Bundeskanzler Schröder. In einem Brief forderten die Spitzenverbände, den Mehrwertsteuersatz bei Medikamenten auf 7% abzusenken, da somit ein entscheidender Beitrag zur Ausgabenreduzierung in der GKV und damit zum Erhalt der Beitragsstabilität geleistet würde. Die Krankenkassen könnten so um die drei Milliarden DM entlastet werden, die ihnen als Einsparpotential durch die Verzögerung der Festbetragsneuregelung angeblich verloren gingen. Auch wurde auf die Europäische Union verwiesen, da hier, mit Ausnahme Dänemarks, Deutschland als einziges Land den vollen Mehrwertsteuersatz auf Medikamente erhebe.<sup>711</sup>

Im gleichen Atemzug erhoben die Spitzenverbände der GKV schwere Vorwürfe gegen die KBV und beschuldigten die Ärzteschaft, diese wolle mit ihrem Konzept für die Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung lediglich die ökonomische Verantwortung für Verordnungen auf Patienten und Krankenkassen abwälzen. Sie forderten die Beibehaltung der Arzneimittelbudgets und behaupteten sogar, die KBV sei eh zur Zeit gar nicht in der Lage, ihre EDV auf die Datenerfassung für die Berechnung von Richtgrößen vorzubereiten.<sup>712</sup>

Damit sich die Ausgaben für Arzneimittel nicht ungebremst erhöhen, verlangten die Betriebskrankenkassen freiwillige Vereinbarungen auf regionaler Ebene zwischen den jeweiligen Kassen und KVen. Nach deren Ansicht sei nämlich zu erwarten, dass durch die von Ulla Schmidt angekündigte Aufhebung der Kollektivhaftung bei Budgetüberschreitungen das Interesse der Ärzte an einer rationellen Arzneimitteltherapie nachlassen könne.<sup>713</sup>

#### **11.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Am 9. Januar 2001 gab die bisherige Gesundheitsministerin Andrea Fischer im Kabinett Schröder ihren Rücktritt bekannt. In ihrer Begründungserklärung stellte sie allerdings klar, dass ihre Entscheidung nicht auf der Anerkennung von man-

<sup>710</sup> Vgl. Ärzte drohen Regierung mit Protestaktionen, in: SZ vom 12.02.2001.

<sup>711</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Kassen fordern Entlastung bei Arzneien, in: SZ vom 19.03.2001.

<sup>712</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Kassen lehnen KBV-Konzept ab, in: PZ Nr. 12 vom 22.03.2001.

<sup>713</sup> Vgl. "Krankenkassen zahlen jedes Jahr einige Milliarden DM zuviel für Arzneimittel", in: FAZ vom 06.04.2001.

gelder Kompetenz im Kernbereich des Ministeriums zurückzuführen sei, sondern lediglich auf Fehlentscheidungen ihrerseits in einem untergeordneten Randbereich, genauer gesagt der BSE<sup>714</sup>-Problematik.<sup>715</sup> Nichtsdestotrotz gingen die Grünen als Partei eher gestärkt aus dieser vermeintlichen Niederlage hervor, denn der Dauerstreit Andrea Fischers mit Kassen, Ärzten, Apothekern und Pharmaindustrie sowie dessen negativen Folgen waren somit auf einen Schlag beendet. Nach dem Rücktritt Fischers wurde zwischen den Koalitionspartnern über eine Änderung der Ressortaufteilung verhandelt, wobei die SPD vor allem die Verantwortung für den Aufgabenbereich Gesundheit beanspruchte.<sup>716</sup>

Am 18. Januar 2001, also relativ kurzfristig, wurde dann auch die bis dahin stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Ulla Schmidt, als neue Gesundheitsministerin im Bundestag vereidigt. Bundeskanzler Schröder betonte hierzu ausdrücklich, Ulla Schmidt verkörpere eine an den Belangen der Patienten orientierte Politik und verfüge über die notwendigen Eigenschaften, um diese schwierige Aufgabe erfolgreich bewältigen zu können, da sie "dialogfähig, beharrlich und durchsetzungsstark" sei.<sup>717</sup> Ausweichend und eher ablehnend äußerte sich der Kanzler allerdings zu der Frage, ob die neue Gesundheitsministerin noch im Rahmen der laufenden Legislaturperiode eine umfangreiche Gesundheitsreform einleiten werde.

Wirtschaft, Krankenkassen und Ärzteverbände reagierten ihrerseits mit Wohlwollen auf die Berufung der Sozialdemokratin und äußerten zugleich die Hoffnung auf einen Neuanfang in der Gesundheitspolitik.<sup>718</sup> Auch die Verbände der Pharmazeutischen Industrie begrüßten die Auswahl Ulla Schmidts als neue Bundesgesundheitsministerin: Der Hauptgeschäftsführer des BPI, Hans Sandler, interpretierte diese Entscheidung als einen "programmatisches Signal" der Bundesregierung, und auch der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) befürwortete Schmidts Berufung.

Zu inhaltlichen Fragen der künftigen Gesundheitspolitik wollte sich Ulla Schmidt zunächst noch nicht äußern. Deutlich machte sie nur, dass Konzepte entwickelt werden müssten, um dem ihr besonders am Herzen liegenden Grundsatz einer patientengerechten aber gleichzeitig finanzierbaren Versorgung zu gewährleisten. Hinzufügend bemerkt sie, dass Bundeskanzler Schröder ihr a priori keine

---

<sup>714</sup> Im Jahre 2000 wurde der Verdacht eines Zusammenhangs zwischen der zunächst in Großbritannien als Tierseuche aufgetauchten BSE-(= Bovine-spongiforme-Enzephalitis) Seuche bei Exportrindern und bei Menschen als seltene neurogene Affektion seit langem beschriebenen Creutzfeld-Jacob-Krankheit zum politischen Thema.

<sup>715</sup> Vgl. "Fischers Rücktritt", in: PZ Nr. 2 vom 11.01.2001.

<sup>716</sup> Vgl. Schröder sagt Agrarlobby Kampf an: Grüne bekommen Superministerium, in: Die Welt vom 11.01.2001.

<sup>717</sup> Vgl. Ulla Schmidts Ernennung positiv aufgenommen, in: Medikament & Meinung Nr. 1 Januar 2001.

<sup>718</sup> Vgl. Schumacher, Oliver: Kanzler verspricht radikale Wende in Agrarpolitik, in: SZ vom 11.01.2001.

Vorgaben für ihre zukünftige Politik gemacht habe, zumal es mit dem Kanzler bisher auch nur zu einem kurzen Gespräch gekommen sei.

Der Führungswechsel im Gesundheitsministerium zog auch Veränderungen in der Besetzung der wichtigsten Posten des Ministeriums nach sich: So wurde die SPD-Gesundheitspolitikerin Gudrun Schaich-Walch an Stelle Christa Nickels zur Parlamentarische Staatssekretärin ernannt<sup>719</sup>, was bedeutete, dass wiederum zwei Frauen an der Spitze des Gesundheitsministeriums standen. Doch während Schaich-Walch schon Erfahrungen mit der Gesundheitspolitik gesammelt hatte, war es für Ulla Schmidt, die bisher im Bereich des Rentenwesens tätig war, ein ganz neues Politikfeld. Auch Erwin Jordan musste sein Amt als Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium aufgeben. Sein Nachfolger wurde Klaus Theo Schröder (SPD)<sup>720</sup>, den Schmidt aufgrund seiner nachweislich engen Vertrautheit mit der Gesundheitspolitik persönlich auserkoren hatte. Klaus T. Schröder, einst Staatssekretär der Berliner Gesundheitsverwaltung, arbeitete zuletzt für die Röhn Klinikum AG, und die neue Bundesgesundheitsministerin bescheinigte ihm nicht nur hohe Fachkompetenz und reichhaltige Erfahrung sondern auch Loyalität.<sup>721</sup>

Diese Neubesetzung einiger wichtiger Positionen im Gesundheitsministerium führte allerdings zu einer Spannungssituation, da zahlreiche SPD-Gesundheitspolitiker sich desavouiert fühlten. Grund dafür war die Tatsache, dass diese nach eigener Auffassung jahrelang die Kernarbeit in der Gesundheitspolitik geleistet und nun vom Bundeskanzler noch nicht einmal die Information erhalten hätten, dass eine Nicht-Gesundheitspolitikerin zur Ministerin ernannt wurde. Und selbst über die Besetzung der frei gewordenen Positionen im Ministerium sei angeblich nicht gesprochen worden.<sup>722</sup>

Noch vor dem Spitzengespräch der Ärztevertreter mit dem Kanzler und der neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt vom 18. Januar 2001 bot die neue Parlamentarische Staatssekretärin Schaich-Walch den Ärzten zum Ausgleich ihrer Budget-Defizite eine mit Auflagen verbundene, einjährige Fristverlängerung an. Hierzu erklärte sie, man müsse die Bedenken der Ärzte ernst nehmen und betonte, dass diese zu Recht seit längerem klagten, ihre Budgets aufgrund der systematisch späten Datenübermittlung nur schwer steuern zu können. Allerdings, so Schaich-Walch, müssten sich die Ärzte dennoch aktiv bemühen, die Arzneiaus-

---

<sup>719</sup> Vgl. Rentenexpertin leitet Gesundheitsministerium, in: PZ Nr. 3 vom 18.01.2001.

<sup>720</sup> Vgl. Klaus T. Schröder löst Jordan ab, in: ÄZ vom 18.01.2001.

<sup>721</sup> Vgl. Neuer Staatssekretär, in: PZ Nr. 4 vom 25.01.2001.

<sup>722</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Die Personalpolitik des Kanzlers hat die Parlamentarier heftig vergrätzt, in: ÄZ vom 12./13.01.2001.

gaben in den Griff zu bekommen, zumal in einigen KVen die Mediziner ihre Vorgaben schon länger anzuhalten verstünden<sup>723</sup>.

Am 18. Januar 2001 leitete dann Bundeskanzler Schröder höchstpersönlich anlässlich eines Gesprächs mit Ärztevertretern den Neubeginn in der Arzneimittelpolitik ein. "Sinnvolle Alternativen" zum bestehenden Arzneibudget sollten von nun ab "vorurteilsfrei" geprüft werden, erklärte er zukunftsweisend.<sup>724</sup> Bei diesem ersten Spitzentreffen von Ärzteschaft und Bundesregierung im Kanzleramt verständigte man sich darauf, die aktuell drängenden Probleme im Gesundheitswesen, dazu zählten auch die Budgets, noch in der laufenden Legislaturperiode zu lösen.<sup>725</sup> Aber bereits vor diesem Treffen standen die Zeichen auf Konsens und nicht auf Konfrontation, zumal von Seiten des Bundeskanzlers angedeutet wurde, dass die Arzneimittelbudgets nur dann zur Disposition stünden, wenn keine entsprechenden Alternativen präsentiert werden könnten. Damit konnte allerdings KBV-Vorsitzender Manfred Richter-Reichhelm aufwarten, welcher Schröder sogleich ein Konzept budgetablösender Richtgrößen bei strengeren Prüfungen präsentierte. Für Richter-Reichhelm und Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe war nach dem Gespräch klar, dass die gegenseitige Bereitschaft, aufeinander zuzugehen, größer war als noch vor dem Führungswechsel im Ministerium. Hoppe bemerkt hierzu, die Signale seien eindeutig auf "Problemlösung" gestellt.<sup>726</sup>

Kurz darauf hatten die Krankenkassen dem Bundeskanzler mittels eines Briefes die dringende Bitte ausgesprochen, diese bei der Beratung von Strategien zur Kostendämpfung mit einzubeziehen. Die Kassen befürchteten in der Tat steigende Beiträge, falls die Bundesregierung, wie angekündigt, zu Zugeständnissen im Streit um die Arzneimittelbudgets bereit sein sollte. Sie reagierten damit auf das erwähnte Gespräch im Kanzleramt vom 18. Januar, bei welchem Schröder als auch Ulla Schmidt andeuteten den "Verordnungsdeckel" lockern zu wollen. Als Reaktion auf diesen Brief mahnte Jürgen Thomas, Vorsitzender des Hartmannbundes, der Kanzler möge sich durch das "Gezeter" der gesetzlichen Krankenkassen nicht beirren lassen.<sup>727</sup>

Ende Januar 2001 meldete überraschend das Kartellamt Bedenken gegen die neue Festbetragsregelung bei Arzneimitteln an. In einem Schreiben an die Spitzenverbände der Krankenkassen hatte die Behörde diese aufgefordert, zu be-

<sup>723</sup> Vgl. Neue Ministerin will Ärzten entgegenkommen, in: SZ vom 17.01.2001.

<sup>724</sup> Vgl. Doemens, Karl: Glücksspielen für alle, in: FR vom 07.02.2001.

<sup>725</sup> Vgl. Alternativen zu den Arzneimittelbudgets haben gute Chancen, in: ÄZ vom 22.01.2001.

<sup>726</sup> Vgl. Van den Bergh, Wolfgang: Arzneimittelbudgets bald Auslaufmodell?, in: ÄZ vom 22.01.2001.

<sup>727</sup> Vgl. Krankenkassen machen Front gegen Ärzte-Lobby, in: FR vom 23.01.2001; Auf Kassen rollt neue Kostenlawine zu, in: Die Welt vom 23.01.2001.

kunden, ob sie die Festsetzung von Festbeträgen ungeachtet der kartellrechtlichen Bedenken fortzuführen gedachten oder bereit seien, das Verfahren bis zur höchststrichterlichen Klärung ruhen zu lassen. Das Bundeskartellamt plante, den 7. Februar 2001 abzuwarten, da die Kassen für diesen Tag die Neufestlegung der Festbeträge vorgesehen hatten.<sup>728</sup> Das Kartellamt verlangte jedoch gleichzeitig von den Krankenkassen schon bis spätestens 5. Februar 2001 eine Verzichtserklärung. Andernfalls drohte die Behörde mit einer Untersagungsverfügung. Ganz im Gegensatz zum Bundeskartellamt sahen die Krankenkassen in der Festbetragsregelung keine starre Festlegung von Höchstpreisen, sondern vielmehr ein dynamisches Instrument zur Budgetkontrolle im Arzneimittelsektor.<sup>729</sup>

Demzufolge kam es natürlich zum Streit zwischen Kartellamt und Kassen um die geplanten, neuen Festbeträge für Arzneimittel, und selbst ein entsprechendes Treffen von Vertretern beider Seiten vermochte keine Annäherung der jeweiligen Standpunkte herbeizuführen.<sup>730</sup>

Am 31. Januar 2001 sorgte die neue Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt für eine erste Überraschung: Bei einem Pressegespräch proklamierte sie eine "Gesundheitspolitik des Vertrauens" und kündigte an, die Kollektivhaftung für Ärzte abzuschaffen. Künftig sollten die Mediziner nur noch individuell haften und dazu Richtgrößen für ihre Praxis erhalten, an denen sie sich beim Umgang mit dem Rezeptblock zu orientieren hätten.<sup>731</sup>

Die Krankenkassen kritisierten den somit angekündigten Kurswechsel in der Gesundheitspolitik zunächst nur mit Vorsicht, denn sie glaubten nicht, dass dieser schnell inhaltlich umgesetzt werden könne. Noch dazu sicherte Ulla Schmidt in einem Gespräch mit den Kassen diesen zu, die bestehende Regelung erst dann zu ändern, wenn seitens der Ärzteschaft tragfähige Lösungen vorgestellt worden seien. Dies aber, das wussten die Krankenkassen nur zu gut, verlangte noch reichlich Zeit.<sup>732</sup>

Inzwischen zeigte allerdings der von den Kassen an Kanzler Schröder gerichtete Brief seine Wirkung, denn auch die Vertreter der Krankenkassenverbände trafen am 1. Februar 2001 zu einem ersten Gespräch mit Gesundheitsministerin Schmidt zusammen. Die Kassen zeigten eindeutig Gesprächsbereitschaft und erklärten sich offen für neue Vorschläge, auch wenn die gleichzeitig forderten, die Deckelung der Arzneimittelausgaben auf jeden Fall aufrecht zu erhalten. Verlangt

---

<sup>728</sup> Vgl. Regelung vor dem Aus, in: PZ Nr. 5 vom 01.02.2001.

<sup>729</sup> Vgl. Kartellamt attackiert Krankenkassen, in: Die Welt vom 30.01.2001.

<sup>730</sup> Vgl. Kassen streiten mit Kartellamt, in: FR vom 30.01.2001.

<sup>731</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Schmidt will Kollektivhaftung der Ärzte abschaffen, in: SZ vom 01.02.2001.

<sup>732</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Krankenkassen kritisierten Kurswechsel, in: SZ vom 03./04.02.2001.



wurde außerdem, dass die Einhaltung der finanziellen Vorgaben in der Verantwortung der Ärzte zu liegen haben.<sup>733</sup>

Nachdem nun schon Ärzteschaft und Krankenkassen Gespräche mit der neuen Gesundheitsministerin geführt hatten, lud diese Anfang Februar schließlich auch die Arzneimittelverbände zu einem Sondierungsgespräch ein, um ihre persönlichen Vorstellungen zur rechtlichen Absicherung des Festbetragssystems darzulegen. Hierbei kam es zur Übereinkunft, an den Festbeträgen festzuhalten, um deren bisher positive Auswirkungen auf die Finanzentwicklung der GKV zu sichern. Um verfassungs- und kartellrechtliche Bedenken auszuräumen, sollte die Ermächtigung zur Festsetzung der Festbeträge zukünftig dem Ministerium übertragen werden, und dies sicherheitshalber per Gesetz, also mit Zustimmung des Bundesrates, da so die jeweiligen Rechtsverordnungen über neue Festbeträge dann nicht mehr der Zustimmung dieser Instanz bedürften. Zusätzlich wurde geplant, das Verfahren zur Bestimmung der Höhe der Festbeträge transparent und nachvollziehbar zu gestalten. Die Gültigkeit jener Neuregelungen sollte zunächst bis Ende 2002 befristet sein. Zudem sollten sämtliche Maßnahmen unter dem Vorbehalt der Kompatibilität mit den noch anstehenden Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Europäischen Gerichtshofs überprüft werden. Unter der Bedingung, dass die Arzneimittelverbände der ihnen hier so unterbreiteten Vorgehensweise zustimmten, hatten sich die Spitzenverbände der Kassen vorab bereit erklärt, auf die Festsetzung neuer Festbeträge zunächst zu verzichten. Zugleich wurde seitens des Gesundheitsministeriums allerdings auch deutlich gemacht, dass hier an der im Gesetz vorgesehenen Absenkung von Festbeträgen auf das untere Preisdrittel festgehalten werde.

Im gleichen Zeitraum hatte die Bundesgesundheitsministerin auch mit allen Bundestagsfraktionen Gespräche aufgenommen, um die Festbeträge für Arzneimittel wieder rechtssicher zu machen.<sup>734</sup>

Angesichts dieser Umstände beschlossen die Krankenkassen, zunächst keine neuen Festbeträge einzuführen und erst die für März 2001 angekündigten Vorschläge der Gesundheitsministerin abzuwarten. Gleichzeitig kündigten sie aber an, falls bis zum 12. März 2001 keine klare Festlegung zur kurzfristigen Realisierung der notwendigen Einsparungen vorliegen sollte, die Spitzenverbände der Krankenkassen die von ihnen zum Zweck ihrer eigenen Handlungsfähigkeit vorbereiteten Beschlüsse zur Anwendung bringen würden.<sup>735</sup>

---

<sup>733</sup> Vgl. Ärzte und Union applaudieren neuer Ministerin, in: FR vom 02.02.2001.

<sup>734</sup> Vgl. Festbeträge werden rechtssicher gemacht und transparent, in: ÄZ vom 07.02.2001.

<sup>735</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Arzneipreise sollen vorerst nicht sinken, in: SZ vom 06.02.2001.

Der Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH) unterstütze die von Ulla Schmidt angekündigte Initiative, nun zügig zu einer gesetzlichen Regelung für eine rechtlich einwandfreie Festsetzung der Festbeträge mit Einbindung der Arzneimittelhersteller in den Entscheidungsprozess zu kommen. Der Deutsche Generikaverband hingegen machte allerdings deutlich, dass ein Moratorium für völlig unzureichend zu betrachten sei und sprach sich dafür aus, das gesamte Festbetragssystem auf den Prüfstand zu stellen. Festbeträge seien die "Todesstrafe für den Wettbewerb", hieß es in einer Stellungnahme von Verbandschef, Thomas Hummels, der auch sonst die Krankenkassen scharf angriff. Seiner Ansicht werde, die geplante jährliche Neufestsetzung der Festbeträge im unteren Preisdrittel die Generikamärkte in wenigen Jahren zerstört haben.<sup>736</sup>

Im Streit um das Arzneibudget übten auch wieder die Ärzte Druck auf Ulla Schmidt aus. Trotz der Friedenssignale der neuen Gesundheitsministerin drohten die Mediziner mit weiteren Streiks und Protestaktionen. Die KBV kündigte außerdem an, ein Alternativmodell zu den Arzneibudgets vorzulegen, um damit die Gesundheitsministerin unter Zugzwang zu setzen. Auch forderte die Ärzteschaft nach wie vor eine Amnestie für die Budgetüberschreitungen in den Jahren 1999 und 2000.<sup>737</sup>

Gleichzeitig legte die CDU/CSU-Fraktion im Bundestag einen Gesetzentwurf zur Abschaffung der Arzneibudgets vor und ließ ihren gesundheitspolitischen Sprecher, Wolfgang Lohmann, erklären, dass dieser Entwurf zeigen solle, wie bedeutend für die Union die Beseitigung der Kollektivhaftung sei.<sup>738</sup> Zudem versuchten CDU/CSU und FDP die Gesundheitsministerin mit zwei spezifischen Anfragen unter Druck zu setzen, damit diese ihren Worten auch Taten folgen lasse.

Dies ermöglichte zunächst Ulla Schmidt, am 15. Februar 2001 zum ersten Mal seit ihrem Amtsantritt eine Rede im Bundestag halten zu können, in welcher sie die Opposition zu einem "gemeinsamen Aufbruch" einlud. Allerdings ließ die Gesundheitsministerin weitgehend offen, wie sie sich diesen "Aufbruch" nun vorstellte. Die Union wies das Angebot zur Zusammenarbeit daher zunächst zurück und äußerte den Vorwurf, dass die rot-grüne Regierung wiederum nur Stückwerke vorgeschlagen habe, die bei weitem nicht ausreichen würden.

Die Regierungskoalition stimmte an diesem Tage gegen einen Antrag auf Abschaffung der Arzneibudgets der FDP, während die Gesetzesvorlage der CDU/CSU mit gleicher Forderung nach der ersten Beratung in die Ausschüsse

---

<sup>736</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Verbände begrüßen Moratorium, in: PZ Nr. 7 vom 15.02.2001.

<sup>737</sup> Vgl. Ärzte drohen Regierung mit Protestaktionen, in: SZ vom 12.02.2001.

<sup>738</sup> Vgl. Union will Ulla Schmidt zwingen, ihr Wort zu halten, in: ÄZ vom 09./10.02.2001.

verwiesen wurde.<sup>739</sup> Die Arzneibudgets wurden mit großen Bedauern, vorerst nicht abgeschafft, obwohl sich die Bundesgesundheitsministerin zuvor deutlich gegen Budgets und Kollektivregresse ausgesprochen hatte. Im Grunde ging es Ulla Schmidt in diesem Moment aber wohl hauptsächlich darum, klarzustellen, dass die eigentlich vorgesehene Abschaffung nicht auf das Eingreifen von CDU/CSU oder FDP hin erfolgte, sondern einzig und allein Resultat ihrer Arbeit als neuer Ministerin war.

Die Grünen hingegen zeigten sich nach Schmidts Rede sichtlich erleichtert, da sie einen nicht abgesprochenen Wechsel in der rot-grünen Gesundheitspolitik befürchtet hatten. Gründe hierfür waren inoffizielle Spekulationen, die Ministerin plane bereits im Auftrag des Bundeskanzlers eine radikale Gesundheitsreform, die für die Patienten mehr Wahlrechte aber auch mehr Selbstbeteiligung vorsehe.<sup>740</sup> Nachfolgende SPD-Redner priesen allerdings, im Gegensatz zur eigenen Gesundheitsministerin, uneingeschränkt die derzeitigen Budgets, was ein gewisses Maß an Dissens innerhalb der sozialdemokratischen Fraktion deutlich machte.

Ab dem folgenden Tag, also dem 16. Februar 2001, beschäftigte sich das Bundesgesundheitsministerium mit einer befristeten Übergangsregelung, mit dem Ziel, die Festbeträge für Arzneimittel rechtssicher zu gestalten. Um die wettbewerbsrechtlichen Bedenken gegen die Festsetzung dieser Erstattungsobergrenzen durch die Spitzenverbände der Krankenkassen auszuräumen, sollten die Festbeträge künftig durch Rechtsverordnungen des Bundesgesundheitsministerium erlassen werden, und dies zwar unter Beteiligung des Wirtschaftsministers, allerdings ohne Zustimmung des Bundesrates. An den Beratungsgesprächen nahmen auch die gesundheitspolitischen Sprecher von SPD, Grünen und FDP teil. Die Union allerdings entsandte demonstrativ keinen Vertreter.

Das Ministerium war nun sogar bereit, auch einen eventuellen Verzicht auf jene Vorschrift zu verhandeln, nach welcher die Festbeträge im unteren Drittel der Preisspanne am Markt anzusiedeln waren. Zudem wurde der Pharmaindustrie eine stärkere Beteiligung und ein transparenteres Verfahren zur Festlegung von Festbeträgen in Aussicht gestellt.<sup>741</sup>

Angesichts dieses Entgegenkommens einigten sich dann auch Bundesgesundheitsministerium und Pharmaindustrie auf ein zukünftig gemeinsames zu schaffendes Konzept zur Festlegung von Festbeträgen. Die bisherige, gesetzliche Vorschrift, Festbeträge sollten den höchsten Preis des unteren Preisdrittels im

---

<sup>739</sup> Vgl. Koalition will sich noch nicht von Budgets lösen, in: ÄZ vom 16./17.02.2001.

<sup>740</sup> Vgl. Schmidt bietet Union Zusammenarbeit an, in: FAZ vom 16.02.01.

<sup>741</sup> Vgl. Ministerium soll Arznei-Festbeträge erlassen, in: FAZ vom 17.02.2001.

Generika-Segment nicht überschreiten, wurde tatsächlich fallengelassen. Ebenso verzichtete das Ministerium auf die eigentlich vorgesehene Schaffung einer neuen Behörde für Festbetragsangelegenheiten und willigte ein, die bisherigen Sachverständigen des BAK auch in Zukunft für entsprechende Fragen heranzuziehen. Weitere Verhandlungen waren geplant, um eventuell auch Kassen und KBV in den Entscheidungsprozess zu integrieren. Das so erstellte Kompromisspapier wurde anschließend den Kassen zugeleitet. Das Vorhaben, auch die Opposition zu den Beratungen hinzuzuziehen, war allerdings gescheitert, denn die CDU/CSU-Fraktion weigerte sich aufgrund der daraus resultierenden Signalwirkung auf den Bundesrat, eingebunden zu werden.<sup>742</sup>

Zwischenzeitlich hatte die Gesundheitsministerin Meinungsverschiedenheiten mit ihrem Abteilungsleiter Schulte-Sasse zu lösen: Der parteilose Ressortchef Schulte-Sasse hatte in der Tat den von Ulla Schmidt ausgesprochenen Verzicht auf den Kollektivregress gegen Ärzte intern als "taktischen Fehler" bezeichnet, woraufhin Schmidt diesen zunächst in den einstweiligen Ruhestand versetzt hatte.<sup>743</sup> Dass Budgets seiner Ansicht nach eine "Katastrophe" seien, hatte Schulte-Sasse intern schon des öfteren geäußert. Allerdings gestand er gleichzeitig aber ein, dass die Politik nicht auf Steuerungsinstrumente verzichten könne.<sup>744</sup>

Im Rahmen ihrer Position blieb es Ulla Schmidt nun auch nicht erspart, die neuesten Statistiken des Bundesgesundheitsministeriums vorstellen zu müssen. Aus diesen ging zunächst hervor, dass die GKV das Jahr 2000 bei einem Finanzvolumen von ca. 261 Milliarden DM mit einem Überschuss von immerhin 614 Millionen DM abschließen konnte. Allerdings ließ sich aber ein überdurchschnittliches Ausgabenwachstum bei den Arzneimitteln erkennen: In den alten Ländern wurde hierbei eine Anstiegsrate von 4,2% und in den neuen Bundesländern von sogar 8,2% verzeichnet. Ulla Schmidt erinnerte daraufhin, die Ärzte mahnend an die Tatsache, dass diese auch weiterhin für eine wirtschaftliche Pharmakotherapie verantwortlich seien, auch wenn künftig der Kollektivregress durch ein anderes Instrument ersetzt werde.<sup>745</sup>

Wie bereits angedroht beschlossen die Spitzenverbände der GKV am 12. März 2001 trotz wiederholter vorheriger Warnung des Bundeskartellamtes, die Festbeträge für 252 der insgesamt 438 Arzneigruppen um bis zu einem Drittel

<sup>742</sup> Vgl. Transparentes Verfahren und keine extremen Preissenkungen, in: ÄZ vom 08.03.2001.

<sup>743</sup> Vgl. Doemens, Karl: Ministerin Schmidt feuert Abteilungsleiter, in: FR vom 24.02.2001.

<sup>744</sup> Vgl. Müller, Hermann: Umstrittene Personalpolitik im Gesundheitsministerium: Wer tritt die Nachfolge von Hermann Schulte-Sasse an?, in: ÄZ vom 01.03.2001.

<sup>745</sup> Vgl. Die Wirtschaft wächst, Gesundheit stagniert, in: ÄZ vom 07.03.2001.

mit Wirkung zum 15. Mai 2001 zu senken. Die Kassen taten dies unter besorgter Bezugnahme auf die letzten Statistiken der Arzneimittelausgaben und beabsichtigten so, eine Milliarde DM einzusparen. Bundesgesundheitsministerin und Pharmaverbände zeigten sich von der Entscheidung der Kassen völlig überrascht.<sup>746</sup>

Die Pharmaindustrie reagierte mit Empörung auf die Senkung der Erstattungsgrenzen und warf den Kassenverbänden sogar "Amoklauf" vor. Das Bundesgesundheitsministerium blieb sachlicher als die Pharmaverbände und kündigte an, einen "einigungsfähigen Vorschlag" für die umstrittenen Höchstbeträge vorzulegen, welche die Krankenkassen maximal für bestimmte Arzneimittelgruppen zu erstatten hätten, ließe es sich allerdings auch nicht nehmen, die einseitige Kürzung seitens der Krankenkassen als eher "kontraproduktiv", zu bezeichnen.<sup>747</sup>

Der Streit zwischen Ulla Schmidt und den Kassen schwoll im März 2001 weiter an. Letztere nahmen jetzt den Rationierungseffekt der Budgetpolitik bei den Arzneimittelausgaben im Dezember 2000 zum Anlass, den konsekutiven Nachholbedarf und die daraus resultierenden Ausgabensteigerungen im Januar 2001 anzuprangern. Die Ausgaben waren in der Tat im Dezember 2000 auf 3 Milliarden DM abgesunken, im Januar 2001 aber dann wieder auf fast 3,55 Milliarden DM angestiegen. Die nicht ganz hintergedankenfreie, isolierte Januar-Betrachtung gab den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen nun die Gelegenheit, der Gesundheitsministerin nachzuweisen, dass die Ärzte keinesfalls der Finanzverantwortung für das Arzneimittelbudget entbunden werden durften.<sup>748</sup>

Die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt legte daraufhin einen Kompromissvorschlag vor, laut welchem die Kassen künftig bei Arzneien zu Einsparungen von nur noch 650 Millionen DM pro Jahr anstatt der erhofften einen Milliarde DM angehalten waren. Auch sollten die kartellrechtlich umstrittenen Festbeträge für Arzneien zunächst durch eine bis nunmehr Ende 2003 befristete Übergangsregelung gesichert werden, wobei es im Rahmen dieser Zeitspanne nach ihrem Vorschlag nur zu "einer einmaligen, allgemeinen" Preissenkungsrunde kommen dürfe, so wie es die Pharmaindustrie gefordert hatte. Für 2004 strebte Schmidt dann eine definitive, rechtssichere Neuregelung an und erklärte sich über die Möglichkeiten, mit Pharmaindustrie und Kassen zu einer Einigung kommen zu können, optimistisch.<sup>749</sup>

Die Pharmaverbände nahmen den Vorschlag mit Erleichterung auf, da er ihnen bis nun immerhin 2003 Planungssicherheit gewährleistete. Die Kassenverbände

---

<sup>746</sup> Vgl. Kassen beschließen Festbeträge – Tauziehen um einen Kompromiss, in: ÄZ vom 14.03.2001.

<sup>747</sup> Vgl. Doemens, Karl: Kassen kürzen Arznei-Erstattung, in: FR vom 14.03.2001.

<sup>748</sup> Vgl. Kassen klagen über den Nachholbedarf, in: ÄZ vom 15.03.2001.

<sup>749</sup> Vgl. Schmidt: Festbeträge für Arzneien bleiben bis 2003, in: FAZ vom 16.03.2001.

machten hingegen ihre Verärgerung deutlich, denn die in der Präambel ausgesprochene "mögliche Ablösung" der Festbeträge war für sie nicht hinnehmbar. Von der Bundesgesundheitsministerin wurde daher gefordert, sich schriftlich zu engagieren, dass es auch bei den zukünftigen Festbeträgen wieder eine Selbstverwaltungslösung geben werde. Überdies forderten die Kassen einen Kabinettsbeschluss, aus dem hervorgehen sollte, dass auch tatsächlich die gesamte Regierung hinter dem angekündigten Gesetzentwurf stehe. Nur unter diesen zwei Voraussetzungen waren die Kassen bereit, die am 12. März 2001 festgesetzten Festbeträge wieder zurückzunehmen. Allerdings hatte auch der Generikaverband Vorbehalte, da die Generikafirmen befürchteten, von der sogenannten Preissenkungsrunde besonders hart betroffen zu sein.<sup>750</sup>

Am 16. März 2001 konnte der Streit um die neuen Arzneimittelfestpreise schließlich als beigelegt betrachtet werden, nachdem die Krankenkassen letzten Endes eingelenkt hatten. Ulla Schmidt konnte sich nun daran machen, ein entsprechendes, im Bundesrat zustimmungspflichtiges Gesetz vorzubereiten, dessen Gültigkeit bis Ende 2003 befristet sein sollte, um dann durch eine rechtsichere, nicht-staatliche Lösung ersetzt zu werden, die auch die bis dahin zu erwartenden höchstrichterlichen Urteile berücksichtigte.<sup>751</sup>

Am 21. März 2001 stimmte dann auch das Bundeskabinett problemlos und sogleich dem Kompromisspapier zur Senkung der Festbeträge zu, genau so, wie es die Krankenkassen gefordert hatten.<sup>752</sup>

Aber kaum war der Streit um die Arzneimittelfestbeträge beendet tauchte der nächste Unruheherd am Horizont auf: In der letzten Märzwoche demonstrierten etwa tausend Ärzte in den neuen Bundesländern unter anderem gegen die Arzneimittelbudgetierung im Gesundheitswesen. Dies bewog den Bundestag dazu, schnellstmöglich eine Aktuelle Stunde einzuberufen, um Themen wie Budgetierung, Kollektivhaftung und Gesamtvergütung der Ärzte aber auch die prekäre Lage der Ärzte im Osten zu erörtern.<sup>753</sup> Die Kassen zeigten selbstverständlich wenig Verständnis für diese Aktionswoche niedergelassener Ärzte aus den neuen Bundesländern und Berlin.<sup>754</sup>

Aus einem Schreiben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen an das Bundesgesundheitsministerium vom 6. April 2001, dem sich inhaltlich auch die

<sup>750</sup> Vgl. Festbetrags-Kompromiss in greifbarer Nähe, in: ÄZ vom 19.03.2001.

<sup>751</sup> Vgl. SPD erwägt Kassen-Mindestbeitrag, in: FAZ vom 17.03.2001.

<sup>752</sup> Vgl. Kompromiss bei Festbeträgen, in: ÄZ vom 22.03.2001.

<sup>753</sup> Vgl. Ulla Schmidt zeigt Verständnis, bleibt aber hart in der Sache, in: ÄZ vom 30./31.03.2001.

<sup>754</sup> Vgl. Wenig Verständnis für Aktionen der Ärzte in den neuen Bundesländern, in: ÄZ vom 02.04.2001.

Spitzenverbände der Krankenkassen anschlossen, ging hervor, dass die gesetzlichen Krankenkassen den Kompromiss zu den Festbeträgen für Arzneimittel nun tatsächlich aufkündigen wollten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen sahen in dem nun veröffentlichten Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zum Festbetragsanpassungsgesetz ein "völliges Abrücken von den zugesagten Rahmenbedingungen".<sup>755</sup> Es handele sich hier sogar um einen "Festbetragsabschaffungsentwurf", klagte BKK-Verbandschef Wolfgang Schmeinck, von welchem die Kassen zutiefst enttäuscht seien. Bislang habe man in der Tat davon ausgehen können, dass Schmidt nur eine Übergangslösung suche, da spätestens nach drei Jahren wieder die Selbstverwaltung und nicht das Ministerium die Festbeträge hätte festlegen sollen. Aber davon sei offensichtlich jetzt keine Rede mehr, entrüstete sich der BKK- Bundesverbandsvorsitzender. Das Gesundheitsministerium hingegen zeigte sich von dieser ablehnenden Haltung überrascht, ging aber einfach davon aus, dass die bisherigen Vereinbarungen trotzdem weiterhin Gültigkeit behielten.<sup>756</sup>

Ende April 2001 drohten die Kassen dann allerdings erneut, die Festbeträge für Arzneimittel zum 1. Juli 2001 im Alleingang zu senken, um so in Zukunft jährlich eine Milliarde DM einzusparen. Auch AOK-Vorstandschef Hans Jürgen Ahrens kritisierte jetzt in diesem Zusammenhang den Entwurf für ein Festbetragsanpassungsgesetz des Bundesgesundheitsministeriums und bezeichnete ihn als unzureichend und "industriellastig".<sup>757</sup> Außerdem warf Ahrens der Ministerin vor, sie habe wichtige Minimalforderungen der Kassen nicht erfüllt. Nach seiner Ansicht war es unumgänglich die Festbeträge zu erhalten und europa- und kartellrechtlich anzupassen. Zudem müsse sichergestellt sein, dass auch künftig nicht der Staat, sondern die Selbstverwaltung die Festbeträge erarbeite. Die Krankenkassen wollten nun ein "Signal" setzen, dass es keine Alternative zu den Festbeträgen gebe, erklärte Ahrens.<sup>758</sup>

Daraufhin begann Ulla Schmidt erneut, ihren Gesetzentwurf zur Neuordnung der Arzneimittelfestbeträge zu überarbeiten, um den Konflikt mit den Krankenkassen zu beenden. Die Bundesgesundheitsministerin kam nun den Krankenkassen und den Bundesländern entgegen, denn der § 35 SGB V<sup>759</sup> wurde nicht gestrichen, sondern nur zeitweilig durch eine andere, einmalig anzuwendende Regelung suppliert. Für die Kassen war das essentiell, da in diesem Paragraphen die Frage der Selbstverwaltungslösung geregelt war. Auf diese Weise konnte Ulla Schmidt

---

<sup>755</sup> Vgl. Kompromiss gefährdet, in: DÄBl. Heft 16 vom 20.04.2001.

<sup>756</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Kassen lehnen Kompromiss ab, in: SZ vom 07./08.04.2001.

<sup>757</sup> Vgl. Kassen drohen wieder mit Alleingang bei Festbeträgen, in: ÄZ vom 25.04.2001.

<sup>758</sup> Vgl. Kassen planen Alleingang, in: PZ Nr. 17 vom 26.04.2001.

<sup>759</sup> Vgl. Sozialgesetzbuch, 28. Aufl., Beck-Texte im dtv, Stand: 03.12.2001, München 2002.

die geforderte Zustimmung der Länderkammer zum neuen Festbetragsgesetz sicherstellen.<sup>760</sup>

### 11.5. Ergebnis der Teilanalyse

Die Tatsache, dass die bisherige, grüne Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer am 9. Januar 2001, also sozusagen als Neujahrsüberraschung, ihren offiziellen Rücktritt bekannt gab, kam nicht unbedingt unerwartet. Erstaunlich war der offizielle Grund für diese Entscheidung. Auf dem BSE-Skandal beruhend, im Grunde nur mit einem selbst zugesprochenen Fehlverhalten im Bereich eines Randgebietes ihres Geschäftsbereiches, schien offensichtlich vorgeschoben zu sein. Insbesondere, wenn Funktionäre der Krankenkassen ihre Interessen absteckten, hatte deren heftigste Agitation noch nie einen Gesundheitsminister zu Fall gebracht. Das war zumindest bei Horst Seehofer, Gerda Hasselfeldt, Heiner Geißler, Rita Süßmuth und Ursula Lehr so.

Auch wenn Bundeskanzler Schröder in dieser im Prinzip sehr wichtigen Phase seiner Regierungszeit, aufgrund der Tatsache, relativ spät und nach seinen Angaben überraschend informiert worden zu sein, keinen großen Einfluss auf den Vollzug der Positionswechsel im Gesundheitsministerium ausüben konnte, vollzog sich dieser reibungslos und schien fast wie von langer Hand geplant worden zu sein. Einige SPD-Parteigenossen fühlten sich zwar übergangen, doch im Großen und Ganzen überwog innerhalb der Fraktion die Meinung, dass die SPD als Partei mit der Übernahme des Gesundheitsministeriums sich besser auf den Wahlkampf 2002 vorbereiten konnte. Noch dazu standen im gleichen Jahr auch Landtagswahlen in Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg an.

Die Opposition versuchte natürlich die Umstände als schwerwiegende Krise innerhalb der Bundesregierung auszulegen und die so subjektiv dargestellte Situation zu ihren Zwecken nutzen.

Die neue Gesundheitsministerin, Ulla Schmidt, von der SPD, kam, wie auch schon ihre Vorgängerin, gesundheitspolitisch gesehen unbelastet ins Amt. Sie war zwar keine ausgewiesene Gesundheitsexpertin, hatte sich aber als kompetente Sozialpolitikerin profiliert. Dies ließ darauf schließen, dass der Bundeskanzler eine gewisse Beruhigung in dieses Ressort bringen wollte.

Dringende Probleme warteten auf die neue Gesundheitsministerin. Sie musste recht kurzfristig zum Thema Arzneimittelbudgets Stellung nehmen. Mit großer

---

<sup>760</sup> Vgl. Neue Festbeträge – für Ärzte weniger scharf, in: ÄZ vom 08.05.2001.



Spannung wurde auch Schmidts Einstellung zur Frage der Positivistik erwartet, zumal ihr, angesichts des näher rückenden Bundestagswahlkampfes, nur wenig Zeit zur Verfügung stand. Allerdings konnte sich die Partei des Kanzlers zumindest damit trösten, nach der Einsetzung der SPD-Politiker Gudrun Schaich-Walch als Parlamentarische Staatssekretärin und Klaus Theo Schröder als Staatssekretär, welche Christa Nickels und Erwin Jordan ablösten, nach zwei Jahrzehnten endlich wieder das Gesundheitsministerium fast vollständig in eigener Hand zu haben.

Auch erweckte die neue Gesundheitsministerin bei vielen Akteuren Hoffnung auf eine Entspannung in der Arzneimittelpolitik und auch Gerhard Schröder sah nunmehr die Chance, mit den Leistungserbringern, vor allem den Ärzten, doch endlich zu einem Kompromiss zu gelangen. In diesem Sinne war es auch nicht überraschend, dass schon in den ersten Wochen der Amtszeit Ulla Schmidts zahlreicher Treffen mit Vertretern von Verbänden des Gesundheitswesens im Bundeskanzleramt statt fanden, was deutlich macht, dass der Kanzler, sicherlich angesichts der nahenden Wahlen, zur aktiven Unterstützung "seiner" neuen Ministerin bereit war.

Ulla Schmidt hatte in ihrer Einarbeitungsphase den richtigen Schritt gewählt, indem sie bei ihrer Politik zunächst auf Kommunikation und Konsens setzte. Dies stellte einen Zeitgewinn dar und bewirkte gleichzeitig eine positive Resonanz. Sehr schnell schien der Name Ulla Schmidt nicht nur für einen Amtswechsel mit neuem Politikstil zu stehen, sondern für einen regelrechten Richtungswechsel mit neuen Inhalten. Allerdings hatte die neue Gesundheitsministerin auf diese Weise viele Hoffnungen erweckt, die es nun auch zu erfüllen galt.

Die Grünen blieben zum Thema Arzneimittelpolitik erstaunlich ruhig. Sie zeigten sich offensichtlich zufrieden, dass ungeliebte Ressort losgeworden zu sein, zumal Ulla Schmidt in ihrer ersten Rede als neue Ministerin versicherte keinen Wechsel in der rot-grünen Gesundheitspolitik anzuvisieren. Im Gegensatz zu den Grünen empfanden jedoch die restlichen Akteure, dass eine deutliche Änderung in der Bereitschaft zur Zusammenarbeit, insbesondere in der Arzneimittelpolitik, stattgefunden hatte.

Ziemlich schnell wurde dann aber auch Ulla Schmidt von den Kämpfen mit den Interessengruppen in der Arzneimittelpolitik eingeholt. Kaum war Schmidt zwei Monate im Amt, hörte sie bereits die gleichen Protestrufe wie ihre Vorgängerin. So verlangten beispielweise die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich von Bundeskanzler Schröder, den massiven Forderungen der Ärzteschaft nach Aufhebung oder Lockerung der Arzneimittelbudgets nicht nachzugeben.

Die Ärzte drohten ihrerseits mit Praxisschließungen, falls das Arzneimittelbudget nicht geändert würde. Da Ulla Schmidt nun aber schon gleich nach ihrer Amtsübernahme angekündigt hatte, gemäß den Forderungen der Ärztelobby ohne jegliche Gegenleistung die umstrittene Kollektivhaftung und die Budgets abzuschaffen, waren somit ihre Trumpfkarten bei den Ärzten ausgespielt. Bedauerlicherweise hatte sie die Ärzte damit nicht beruhigen können. Statt dessen hatte sie die Krankenkassen gegen sich aufgebracht.

Als problematisch erwies sich jetzt, dass der Wegfall der Kollektivhaftung auch zum Wegfall des hieraus resultierenden und bislang sehr wirksamen psychologischen Drucks auf die Ärzte führte. Auch die Annahme, es gebe zur Kollektivhaftung ein alternatives Steuerungsinstrument, wie beispielsweise die von der Union geforderten Richtgröße erwies sich als unrealistisch. Da außerdem nie ausreichend zeitnahe und vollständige Verordnungsdaten vorlagen, und diese auch weiterhin nur sehr schwierig zu erlangen waren, befand sich die Gesundheitsministerin in einem Teufelskreis, der kaum kurzfristig zu durchbrechen war.

In den folgenden Monaten, fochten dann auch die Krankenkassen einen Machtkampf mit der Bundesregierung aus, die hierbei sogar gezwungen wurde, notdürftig ein Festbetragsgesetz zur einmaligen Anwendung zu entwerfen. Die Krankenkassen konnten sich dahingehend durchsetzen, dass unter anderem der die Selbstverwaltungslösung regelnde § 35 SGB V nicht gestrichen wurde. Statt dessen sollte dieser Paragraph nur bis Ende 2003, also zeitweilig, durch das oben erwähnte Gesetz suppliert werden, um dann wieder voll und ganz zur Anwendung zu kommen. In dem bis zu diesem Zeitpunkt anzuwendenden, neuen Festbetragsgesetz war lediglich die einmalige Vornahme einer Senkung der Festbeträge vorgesehen, welche die Krankenkassen jährlich um 650 Millionen DM entlasten sollte. In diesem Zusammenhang war es aber auch der Pharmaindustrie wiederum gelungen, das Ausmaß der Absenkungen erträglicher zu gestalten.

Dennoch nahm der bisher dominierende Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen auf die Bundesregierung deutlich ab. Die bisher dominierende Position der gesetzlichen Krankenkassen innerhalb der Akteure des Gesundheitswesens war nicht mehr so eindeutig wie bisher. Auch wenn die Krankenkassen hier einen Erfolg verbuchen konnten, so doch nur auf Kosten einer Kampfansage mit bisher nie da gewesener Aggressivität gegenüber der Bundesregierung und der Pharmaindustrie.

Die Gesundheitsministerin Schmidt hingegen schaffte es Kassen und Pharmaindustrie mit viel Ausdauer zu einem Festbetrags-Kompromiss zu führen, der zu-

dem noch allen Beteiligten die nötige Zeit verschaffte, über langfristig tragfähige Lösungen nachzudenken. Allerdings erlaubte sie sich, auf die ausnahmsweise einmündige Forderung aller Akteure nach Halbierung des Mehrwertsteuersatzes auf Medikamente aus undeutlichen Gründen nicht weiter einzugehen.



## 12. Die Querelen um den umstrittenen Gesetzentwurf zur Ablösung des Arzneimittelbudgets sowie das Festbetraganpassungsgesetz

Auf Initiative des Bundesgesundheitsministeriums fand am 7. Mai 2001 die konstituierende Sitzung des mit Qualitätssicherung und Steuerung im Gesundheitswesen beauftragten, sogenannten *Runden Tisches* statt, bei welcher sich die 24 Gründungsmitglieder unter anderem auf die Behandlung des Schwerpunktthemas Modernisierung der Arznei- und Heilmittelversorgung einigten.<sup>761</sup>

Am 10. Mai 2001 legte Ulla Schmidt den lange erwarteten Referentenentwurf für ein Gesetz zur Ablösung des Arznei- und Heilmittelbudgets vor, laut welchem der Kollektivregress für Budgetüberschreitungen bei Arzneimitteln vollständig und rückwirkend entfallen sollte.<sup>762</sup> Nachdem sich der Bundestag am 17. Mai mit dem Entwurf beschäftigt hatte, wurde dieser dann auch bereits am 30. Mai 2001 vom Bundeskabinett gebilligt.<sup>763</sup>

Schon am 16. Mai 2001 hatte das Kabinett einen schon länger vorliegenden Entwurf für ein Festbetragsanpassungsgesetz beschlossen, welcher vorsah, Festbeträge in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) bis Ende 2003 vom Bundesgesundheitsministerium im Einvernehmen mit dem Wirtschaftsministerium per Verordnung festzulegen.<sup>764</sup> Dieser Entwurf wurde dann auch am 6. Juli 2001 mit der Koalitionsmehrheit vom Bundestag verabschiedet.<sup>765</sup> Und fand eine Woche später die Zustimmung des Bundesrates.<sup>766</sup>

Nachdem anlässlich eines Aktionstages am 20. Juni 2001 in Hannover rund 2000 Vertreter aller Heilberufe erneut auf ihre schlechte Situation im budgetierten Gesundheitswesen aufmerksam gemacht hatten<sup>767</sup>, wurde zwei Tage darauf der Gesetzentwurf zum Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz in erster Lesung im Bundestag beraten.<sup>768</sup>

Der Kartellsenat des Bundesgerichtshof beschloss am 3. Juli 2001, eine Vorabentscheidung des Europäischen Gerichtshof zur Vereinbarkeit der deutschen Festbetragsregelung mit dem Europäischen Kartellrecht einzuholen.<sup>769</sup>

Per Schiedsspruch kam es am 6. August 2001 zur Neuregelung der Abgabenquote importierter Arzneimittel durch die Apotheken, laut welcher jede einzelne

<sup>761</sup> Vgl. "Runder Tisch" beschließt Arbeitsprogramm zur Qualitätssicherung und Steuerung im Gesundheitswesen, in: BMG- Pressemitteilung Nr. 42 vom 07.05.2001, <http://www.bmggesundheits.de/presse/2001/2001/42.htm>.

<sup>762</sup> Vgl. Sensation aus Berlin: Ulla Schmidt schafft Arzneibudgets und Kollektivregress ab, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

<sup>763</sup> Vgl. Arzneibudget abgeschafft, in: ÄZ vom 31.05.2001.

<sup>764</sup> Vgl. Kabinett beschließt Rechtsbasis für Festbeträge, in: ÄZ vom 17.05.2001.

<sup>765</sup> Vgl. Verstoß gegen Verfassung, in: DÄBl. Heft 28-29 vom 16.07.2001.

<sup>766</sup> Vgl. Ministerin Schmidt macht Pillen weniger bitter, in: FR vom 14.07.2001.

<sup>767</sup> Vgl. Protest gegen Budgetierung, in: ÄZ vom 21.06.2001.

<sup>768</sup> Vgl. Heftige Kritik an der Gesundheitspolitik, in: FAZ vom 23.06.2001.

<sup>769</sup> Vgl. Festbeträge: Jetzt soll das EuGH für Klarheit sorgen, in: ÄZ vom 05.07.2001; BGH Az.: KZR 31/99 und 32/99.

Apotheke pro Krankenkasse eine Importquote von 5,5 % des Umsatzes mit Fertigarzneimitteln erreichen sollte.<sup>770</sup>

### 12.1. Position der rot-grünen Bundesregierung

Die *Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG)*, einst machtvolles Entscheidungsinstrument der früheren Gesundheitsminister, schien bei Ulla Schmidt auf wenig Interesse zu stoßen, da die jetzige Ministerin dieses Gremium als ineffizient bezeichnete und schlichtweg ablehnte. An dessen Stelle gründete sie am 7. Mai 2001 in Schloss Zieten bei Berlin den sogenannten *Runden Tisch*, der zunächst durch einen deutlich kleineren Teilnehmerkreis gekennzeichnet war und die Aufgabe zugeteilt bekam, im Rahmen von Arbeitsgruppen die nächste Gesundheitsreform vorzubereiten. Die Teilnehmerzahl des *Runden Tisches* unter der Leitung von Gesundheitsministerin Schmidt sowie ihrer zwei Hauptmitarbeiter, also der Parlamentarischen Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch und Staatssekretär Klaus Theo Schröder, betrug insgesamt 27 Personen. Mittels dieses neuen Gremiums sollte die geplante Gesundheitsreform 2003 nach der Bundestagswahl 2002 konsensfähige Konturen bekommen, da Schmidt davon ausging, hiermit die Möglichkeit zu einer wirkungsvolleren Arbeitsweise geschaffen zu haben, welche sie der *Konzertierten Aktion* aufgrund deren strukturbedingten Unübersehbarkeit absprach.<sup>771</sup> Anlässlich der ersten Sitzung besprachen die 24 restlichen Gründungsteilnehmer, welche sich aus Vertretern der Pharmaindustrie, Ärzte- und Apothekerschaft sowie Repräsentanten der Krankenkassen und Arbeitgeberverbände zusammensetzten, vor allem die künftig zu behandelnden Schwerpunktthemen. Hierbei wurde unter anderem der Modernisierung der Arzneimittelversorgung ein besonderer Stellenwert zugesprochen.<sup>772</sup> Der *Runde Tisch* schien somit auf dem besten Wege zu sein, auch Probleme in der Arzneimittelpolitik lösen zu können.

Ulla Schmidt hatte schon zu Beginn ihrer Amtszeit, also sehr frühzeitig, die Abschaffung der Arzneimittelbudgets und der Kollektivregresse versprochen, wobei die Regressansprüche sogar rückwirkend für die Jahre 1999 und 2000 aufgehoben werden sollten. Zwischenzeitlich forderte sie aber dafür als Ersatz ein Bündel von Maßnahmen, die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kranken-

---

<sup>770</sup> Vgl. Importquoten festgesetzt, in: PZ Nr. 33 vom 16.08.2001.

<sup>771</sup> Vgl. Konzertierte Aktion sanft entschlafen, in: ÄZ vom 05.04.2001; Vollmer, Rainer: Am Runden Tisch von Ulla Schmidt war das Geld ein Tabuthema, in: ÄZ vom 09.05.2001; Erläuterungen zum "Runden Tisch" im Gesundheitswesen, <http://www.bmggesundheits.de/themen/bericht/rundertisch.htm>.

<sup>772</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Erstes Treffen am Runden Tisch, in: PZ Nr. 19 vom 10.05.2001.

kassen zunächst unter sich auszuhandeln hatten. In diesem Sinne stellte Ulla Schmidt am 10. Mai 2001 in Berlin dann auch unmissverständlich klar, dass Ärzten und Krankenkassen künftig ein hohes Maß an Verantwortung zukäme und die Zukunft von deren Einigungsfähigkeit abhängen, Versorgungsziele zu definieren, Wirtschaftlichkeitsreserven im Detail zu erschließen und Anreizsysteme für qualitätsorientierte Programme zu schaffen.<sup>773</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium hatte seinerseits folgende Maßnahmen geplant:

- KVen und Kassenverbände sollten von nun an auf Landesebene, sogenannte Ausgabenvolumina für Arzneimittel vereinbaren, die sich gleichermaßen an den konkreten Erfordernissen der medizinischen Behandlung und den finanziellen Auswirkungen auszurichten hätten, wobei die Budgets 2001 dabei zugrunde gelegt werden sollten.
- Die Selbstverwaltung sollte künftig die Aufgabe haben, auf etwaige Überschreitungen des vereinbarten Ausgabenvolumens zu reagieren. Auch sollte ihr freigestellt, je nach Vereinbarungen der Vertragspartner ohne gesetzliche Vorschriften bei Erfüllung oder gar Unterschreitung der gesetzten Zielvereinbarungen adäquate Bonusregeln zu entwickeln.
- Bei den geplanten Ausgabenvolumina sollte in Zukunft auch schnell auf besondere Ereignisse reagiert werden können, wenn beispielsweise eine Kürzung der Verweildauer im Krankenhaus zu höheren Arzneiausgaben in der ambulanten Versorgung führt.<sup>774</sup>

Ulla Schmidt betonte in einer offiziellen Erklärung vom 16. Mai 2001, welche die vielversprechende Überschrift "Vertrauen und Solidarität – die Chancen der Zukunft nutzen" trug, sie habe weder vor, Leistungen der GKV einzuschränken, noch eine Zweiklassenmedizin in Deutschland einzuführen. Aus diesen Gründen sei aber nicht zu vermeiden, die Effizienz des Gesundheitswesens und auch entstehenden Arbeitsaufwandskosten zu reglementieren. Unter Effizienzsteigerung, die Schmidt auf keinen Fall zu vermeiden suche, verstehe sie allerdings eine Qualitätssteigerung bei gleichzeitiger Steigerung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Die Aufhebung des Kollektivregresses spreche in ihrem Sinne daher nicht gegen das weiterhin bestehende Ziel der Effizienzsteigerung, sondern die Bundesregierung setze von jetzt ab eher auf neue Instrumente, die geeignet seien, das angestrebte Kostenbewusstsein tatsächlich zu erreichen. Da man aber sich auch hier im Klaren sei, ergänzte Schmidt, dass gewisse Ärzte mit

<sup>773</sup> Vgl. Sensation aus Berlin: Ulla Schmidt schafft Arzneibudgets und Kollektivregress ab, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

<sup>774</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Endgültig zu Grabe getragen, in: PZ Nr.20 vom 17.05.2001.

besonders kostenaufwendigem Patientenstamm zu höheren Ausgaben gezwungen seien, werde eine Regressregelung benötigt, welche die Besonderheiten der jeweiligen Einzelpraxen zu berücksichtigen in der Lage sei.

Sie kündigte daher an, die Regierung werde dem Deutschen Bundestag eine Neuregelung vorlegen, welche es möglich mache, Einzelfälle, Besonderheiten von Praxisstrukturen und individuelle medizinische Notwendigkeiten fairer einzubeziehen. Dies bedeute aber auch, dass mehr den je Eigenverantwortung gefordert sei, aber nicht mehr kollektive Haftung.<sup>775</sup>

Ende Mai 2001 nahm die Parlamentarische Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch in einem Interview Stellung zu den steigenden Arzneimittelausgaben und erklärte, dass ihr die festzustellenden Zuwächse auf diesem Ausgabensektor der GKV Sorgen bereiteten, denn dies mache sehr deutlich, dass Ärzte und Krankenkassen ihre Steuerungsmöglichkeiten nicht wahrnahmen. Ihrer Ansicht nach sei es Sache aller Beteiligten, auf die Frage nach den konkreten Ursachen dieser Steigerungen Antwort zu finden und erinnerte daran, dass die Krankenkassen hier nicht nur den Auftrag hätten, zu mahnen, sondern auch, sich konsequent bei den Sparbemühungen zu beteiligen. Schaich-Walch erwarte daher, dass die Kassen nun endlich auf Bundes- und Landesebene gemeinsam und einheitlich mit den KVen neue, bestehende Regeln zur wirtschaftlichen Verordnungsweise und damit zur Ausgabenbegrenzung im Jahre 2001 zur Anwendung brächten. Gudrun Schaich-Walch machte deutlich, dass schon im laufenden Jahr 2001 bessere Regeln und Maßnahmen zur Steuerung der Arzneimittelausgaben zur Verfügung stünden und alle Beteiligten aufgefordert seien, schon jetzt einige Bestimmungen daraus zu realisieren. Auch wenn es erst frühestens 2001 zu einer vollständigen Aktualisierung der Bundesempfehlung kommen werde, verlange das Bundesgesundheitsministerium, dass sich die Kassen und Ärzte bereits jetzt auf die neuen Regelungen vorbereiteten, um im kommenden Jahr einen Verhandlungsmarathon zu vermeiden. Im Falle eventueller Schwierigkeiten in der Realisierung verwies die Parlamentarische Staatssekretärin auf die zukünftige Unterstützung durch den *Runden Tisch*.<sup>776</sup>

Anfang Juni 2001 gaben die Grünen bekannt, sie würden eine bedingungslose Streichung des Kollektivregresses für Arzneibudget-Überschreitungen nicht unterstützen und sich bei den parlamentarischen Beratungen des Budgetaufhe-

---

<sup>775</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 170. Sitzung, Drucksache 14/6041, Drucksache 6054 vom 17.05.2001, S. 16559,16562.

<sup>776</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Ärzte und Kassen dürfen sich nicht mehr drücken, in: ÄZ vom 30.05.2001.



bungsgesetzes eher für eine Übergangsbestimmung einsetzen. Diese müsse beinhalten, dass Budgets und Regressforderungen wieder in Kraft treten sollten, falls die Selbstverwaltung sich nicht auf Richtgrößen verständigte, was nach Ansicht der Grünen einen erwünschten politischen Einigungsdruck zur Folge habe. Die grüne Gesundheitspolitikerin Katrin Göring-Eckardt bezweifelte allerdings trotzdem, dass die Selbstverwaltung dies termingerecht schaffe, zumal angesichts des starken Anstiegs der Arzneiausgaben auch die Vertragsärzte bei den regionalen Verhandlungen den Budgetwert des Jahres 2001 als Grundlage kaum akzeptieren würden. Hierzu präzisierte sie, dass die GKV-Arzneiausgaben im ersten Vierteljahr 2001 im Vergleich zum Vorjahreszeitraum um immerhin 9,7% gestiegen seien. Und auch wenn es sich bei diesen Wert nur um eine vorläufige Angabe des Bundesgesundheitsministeriums handele, welcher weder Verordnungsverschiebungen aus dem Jahre 2000 noch den Einfluss von Morbidität und Arzneimittelinnovationen berücksichtige, müsse laut Göring-Eckardt davon ausgegangen werden, dass die angekündigte Budgetaufhebung offenbar zu einer "unvorsichtigen Verschreibungspraxis" der Ärzte geführt habe.<sup>777</sup>

Ende Juni 2001 bemerkte nun auch die Parlamentarische Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch, dass eine Rückkehr zu den Arzneibudgets eventuell nicht ausgeschlossen sei, da die Ärzteschaft erst unter Beweis stellen müsse, dass sie in eigener Verantwortung eine Kostendämpfung zu Wege bringen können. Um die Ärzteschaft unter einen gewissen Druck zu setzen drückte sie die Befürchtung aus, dass falls sich nicht bewegen sollte, kaum eine Mehrheit im Bundestag für die geplante Abschaffung der Budgets und der Kollektivhaftung zu erwarten sei.<sup>778</sup>

Am 6. Juli 2001 hielt Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eine Rede im Bundestag mit dem Schwerpunktthema Festbetragsanpassungsgesetz, in welcher sie die Opposition aufrief, sie bei diesem Vorhaben zu unterstützen. Da die bisherigen Einsparungen durch das Bestehen von Festbeträgen von ca. 3,2 Milliarden DM jährlich durch die entstandene Rechtsunsicherheit in Frage gestellt seien, könne nur das geplante Festbetragsanpassungsgesetz wieder Rechtssicherheit schaffen, die Krankenkassen noch dazu um weitere rund 750 Millionen DM entlasten und somit die Nutzung der erworbenen Einsparpotentiale gewährleisten, argumentierte Schmidt.<sup>779</sup>

<sup>777</sup> Vgl. Grüne hadern mit Streichung des Kollektivregresses, in: ÄZ vom 12.06.2001.

<sup>778</sup> Vgl. Union und FDP fordern Reform noch vor der Bundestagswahl, in: ÄZ vom 29./30.06.2001.

<sup>779</sup> Vgl. Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Wohnortprinzip, Kassenwahlrecht, Festbetragsanpassungsgesetz im Bundestag am 06.07.2001, in: Pressemitteilungen Nr. 71 vom 06.07.2001, <http://www.bmggesundheits.de/presse/2001/2001/71.htm>.

Anlässlich der Jubiläumshauptversammlung des BPI vom 18. Juli äußerte Ulla Schmidt zur problematischen Frage der Positivliste am Prinzip einer solchen festzuhalten, da es sich keinesfalls um ein Sparinstrument, sondern ein Steuerungsinstrument zur Verbesserung von Transparenz und Qualität handele.<sup>780</sup>

In diesem Sinne forderte wenig später dann auch der Vorsitzende des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag Klaus Kirschner (SPD), die schnellstmögliche Einführung der Positivliste für Arzneien, die "nicht erst am 1. Januar 2003" in Kraft treten könne. Und überraschend sprach sich sogar SPD-Fraktionschef Peter Struck für eine schnelle Einführung der Positivliste ein.<sup>781</sup>

## 12.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

In der ersten Beratung zum Festbetragsanpassungsgesetz am 17. Mai 2001 beschuldigte der Alt-Gesundheitsminister Horst Seehofer (CDU) die Bundesregierung, am Anfang ihrer Regierungszeit eine völlig falsche Richtungsentscheidung in der Gesundheitspolitik genommen zu haben. Noch dazu prangerte er eine hier entstandene "Kuriosität" an, die für ihn darin bestehe, dass die SPD-Bundestagfraktion die vorherige Gesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) gezwungen habe, wieder Budgets einzuführen und nun von ihrer parteieigenen Gesundheitsministerin Schmidt jetzt verlangten, eben diese Budgets wieder aufzuheben. Seehofer betonte, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis unter den ständigen Budgetdiskussionen leide und selbst der Verband der Krankenversicherten hatte verlauten lassen, die Behauptung der Krankenkassen, es würde keine Rationierung geben, sei eine Unverschämtheit. Auch blieb er bei seinem Standpunkt, dass eine Selbstbeteiligung in Höhe von 5 DM pro Medikament mit einer Befreiung der Kinder und Kleinverdiener, wie es die christdemokratisch-liberale Regierung vor der Bundestagswahl 1998 eingeführt hatte, "sozialverträglicher" sei als eine hundertprozentige Leistungsausgrenzung durch die rot-grüne Budgetpolitik. Auf jeden Fall sei er gespannt, wie das zukünftige Gesetz zur Abschaffung der Arzneimittelbudgets im Parlament behandelt werde, und vor allem, "wie es das Parlament verlassen" werde.<sup>782</sup> Bei gleicher Gelegenheit bezeichnete er die neue Gesundheitsministerin Schmidt als eine wandelnde "Beruhigungspille", die durch "organisierte Orientierungslosigkeit" glänze, denn auch wenn er

<sup>780</sup> Vgl. Wegener: Pharma-Industrie muss stärker beteiligt werden, in: Medikament & Meinung Nr. 6 Juli 2001.

<sup>781</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: Keine Zeit für Heiterkeit, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

<sup>782</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 170. Sitzung, Drucksache 14/6041, Drucksache 14/6054 vom 17.05.2001, S. 16565-16568.

ihr deren geplante Abkehr von Budgets zu gute halte, fehle doch das grundlegende Reformgesetz.<sup>783</sup>

Die gesundheitspolitische Sprecherin der PDS-Bundestagsfraktion, Ruth Fuchs, warf der Regierung in der gleichen Bundestagsdebatte zum Festbetragsanpassungsgesetz vor, durch die Gesundheitsreform 2000 die Beitragsstabilität in der GKV zu einer Art Dogma der Gesundheitspolitik erhoben zu haben. Die aus der Reform resultierenden, rigorosen Budgetierungen und die falsche Annahme, somit große Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen zu können, habe die Gesundheitspolitik der letzten zwei Jahre letztlich nur zum Scheitern gebracht. Auch kritisierte sie den konsensorientierten politischen Stil der neuen Gesundheitsministerin, deren Streben nach Dialog zwar positiv, aber aufgrund mangelnder klarer, und vor allem eigener, Problemlösungsvorstellungen nicht effizient sei. Das Geschehen rund um das Gesetz zur Anpassung der Arzneimittelfestbeträge, so Fuchs, sei ein anschauliches Beispiel dieses Dilemmas, denn die daraus resultierende Absenkung der Einsparbeträge zugunsten der Pharmaindustrie sei im Grunde beinahe ein Festbetragsabschaffungsgesetz, was wohl kaum als erfolgreiche Gesundheitspolitik gewertet werden könne.<sup>784</sup>

Der FDP-Abgeordnete Detlef Parr, nahm die Bundestagsdebatte am 17. Mai 2001 zum Anlass, dass Thema Arzneimittelsicherheit zur Diskussion zustellen und somit das Thema zu wechseln. Aufgrund der sogenannten Lipobay-Affäre, die einen umstrittenen Lipidsenker betraf, schien es ihm notwendig klarzustellen, dass es hochwirksame Arzneimittel ohne Risiko nicht geben könne. Seiner Ansicht nach dürfe daher kein Medikament leichtfertig über das Internet bezogen werden können, solange nicht jeder Einzelne genügend Verantwortungsbewusstsein habe, was wohl kaum der Fall und ohne dringend zu organisierende Informationskampagne nicht denkbar sei. Außerdem, ergänzte er zynisch, solle es besser nicht dem Zufall überlassen bleiben, ob und wann ein Hersteller oder eine Zulassungsbehörde von Nebenwirkungen erfahre.<sup>785</sup>

---

<sup>783</sup> Hoffmann, Andreas: Kassen befürchten Kostenexplosionen bei Arzneien, in: SZ vom 17.05.2001.

<sup>784</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 170. Sitzung, Drucksache 14/6041, Drucksache 14/6054 vom 17.5.2001, S. 16571, 16572.

<sup>785</sup> Vgl. Parr, Detlef: Diskussion über die Arzneimittelsicherheit ist voll entbrannt, FDP-Pressemitteilungen vom 11.09.2001, <http://www.mdb.liberal.de/fraktion/aktuelles>.

### 12.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Der BAK forderte am 4. Mai 2001 die Regierung auf, wirkungsvolle Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelversorgung möglichst rasch zu entwickeln und dann auch adäquat umzusetzen, denn es sei unververtretbar, so Ausschuss-Vorsitzender Karl Jung, unbestreitbar vorhandene Einsparmöglichkeiten im Festbetragsbereich der Arzneimittelversorgung auch weiterhin nicht zu realisieren. Gleichmaßen verlangte Jung, die Erstellung der Positivliste sowie auch deren zügige Umsetzung voranzutreiben, da nach seinem Ermessen die Selbstverwaltung dringend klare Handlungsaufträge vom Gesetzgeber benötige, um die durch die pharmazeutische Industrie aufgebauten rechtlichen Hindernisse aus dem Weg zu räumen.<sup>786</sup>

Ende Mai 2001 wurden erneut die Befürchtungen der Krankenkassen laut, dass es im Jahr 2001 zu einem dramatischen Ausgabenanstieg bei Arzneien für das Jahr 2001 in einer zu erwartenden von ca. drei Milliarden DM kommen müsse, dessen Erklärungen in Ulla Schmidts Plan zur Budgetabschaffung zu suchen sei. Nach Angaben der Kassen seien die Kosten für Medikamente im ersten Quartal bei den Ersatzkassen im Westen auf 12,5%, und im Osten sogar auf 16,9% gestiegen. Bei den Allgemeinen Ortskrankenkassen betrug der Anstieg immerhin 10,3% im Westen und entsprechend 14,6% im Osten. Diese sowie unverhältnismäßige als auch unerwartete Entwicklung, so die Spitzenverbände der Krankenkassen, zeige auf eklatanter Weise wie wenig Bedeutung den Beteuerungen der Ärzteschaft, auch ohne Budgetgrenzen wirtschaftlich zu verordnen, beizumessen sei. Letzten Endes habe dann offenbar die angekündigte Abschaffung des Kollektivregresses auch das letzte Maß an Zurückhaltung zunichte gemacht.<sup>787</sup>

Der niedersächsische KV-Chef Eberhard Gramsch betonte am 20. Juni 2001 auf dem Aktionstag "Sprechstunde im Freien" in Hannover, dass in seinem Bundesland eine große Leistungsverschiebung vom stationären in den ambulanten Bereich stattfinde, wobei noch 10% mehr Rentner als im Bundesdurchschnitt zu versorgen seien. Dies habe dazu geführt, dass die dortigen Ärzte zur Zeit innovative Medikamente gegen z.B. Krebs, Alzheimer, Diabetes oder Multiple Sklerose kaum noch verordneten, weil der Grundsatz der Beitragssatzstabilität hierzu keinen Spielraum mehr lasse.<sup>788</sup>

---

<sup>786</sup> Vgl. Positivliste und Festbeträge: Karl Jung drängt, in: ÄZ vom 07.05.2001.

<sup>787</sup> Vgl. Krankenkassen warnen vor Kostenexplosion, in: FAZ vom 26.05.2001.

<sup>788</sup> Vgl. „Gesundheit – was soll nur aus dir werden?“, in: ÄZ vom 21.05.2001.

Die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) appellierte Mitte Juni 2001 an den Gesetzgeber, den Apothekern endlich das lange geforderte Aut-idem-Gebot<sup>789</sup> zur kostengünstigeren Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln zu gewähren und argumentierte, die Kostenentwicklung bei Arzneimitteln ließe sich besser kontrollieren, wenn die Apotheker stärker an der Auswahl beteiligt würden. Durch die Einbeziehung des Pharmazeuten führe diese automatisch zur Steigerung des Generikaanteils. Zwar seien in der Vergangenheit zwischen Ärzten und Kassen schon mehrfach Vereinbarungen getroffen worden, jedoch ohne Erfolg, da die Ärzte offenbar nicht in der Lage seien, selbstständig die Zahl der verordneten Generikapackungen zu erhöhen.<sup>790</sup>

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) sprach sich nicht unbedingt unerwartet gegen die ABDA-Forderung nach Aufhebung des Aut-idem-Verbots aus, was deren BPI-Vorsitzende Bernd Wegener mit der Ansicht begründete, es müsse auch weiterhin bei der separierenden Dreiteilung der medizinischen Versorgungsfunktionen bleiben: Die Pharmaindustrie sei für Herstellung, Qualität sowie Arzneimittelinformation, die Ärzte für konkrete Verordnungen von Medikamenten sowie begleitende Kommunikation und schließlich die Apotheker für flächendeckende Versorgung sowie die Beratung der Bevölkerung verantwortlich. Wegener verwies auf die bedauerliche Existenz einer Reihe von Umgehungstatbeständen im Sinne einer Verletzung des Aut-idem-Verbots seitens gewisser Apotheker und erklärte hierzu, eine ärztliche Entscheidung dürfe aber schon rein rechtlich nicht durch die Apotheker abgeändert werden, da laut Arzneimittelverordnung durch Medikamente eventuell entstehende, sogenannte iatrogene (durch ärztliche Einwirkung entstandene) Wirkungen nur Arzt und Hersteller haften.<sup>791</sup>

In diesem Sinne machte Wegener dann auch anlässlich eines Festaktes zum 50-jährigen Bestehen des BPI Anfang Juli 2001 seiner wachsenden Unzufriedenheit Luft, in dem er davor warnte, die grundsätzliche Bereitschaft der pharmazeutischen Industrie zu konstruktiver Zusammenarbeit und zum kritischen Dialog mit den anderen Akteuren im Gesundheitswesen überzustrapazieren. Auch kritisierte der BPI-Vorsitzende, dass die eigentlich von Regierungsseite zu gewährleistende, notwendige Planungssicherheit immer wieder, sei es durch die Politiker selbst oder auch durch andere Gruppierungen im Gesundheitswesen, fraglich

---

<sup>789</sup> Aut-idem bedeutet wörtlich: "oder dasselbe". Ein Rezept war nun aber nach bisher geltendem Recht ein Imperativ des Arztes für den Apotheker, und die Apothekenbetriebsverordnung schrieb ausdrücklich vor, dass die abgegebenen Arzneimittel den Verschreibungen entsprechen müssen. Wollte der Vertragsarzt allerdings den Apotheker ermächtigen, ein wirkstoffgleiches Arzneimittel abzugeben, so musste er ausdrücklich ein dafür vorgesehenes Kästchen auf dem Rezeptformular ankreuzen. Nur dann hatte der Apotheker die Möglichkeit, das verordnete Medikament zu substituieren.

<sup>790</sup> Vgl. Apotheker für Aut-idem, in: PZ Nr. 25 vom 21.06.2001.

<sup>791</sup> Vgl. Löffler, Siegfried: Nein zur Positivliste, in: PZ Nr. 26 vom 28.06.2001.

sei. Dabei bezog sich Wegener auf die aktuellen Auseinandersetzungen um die Positivliste und das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz, wobei er gleichzeitig äußerte, beide Steuerungsinstrumente als negativ zu betrachten.

Was die von der Bundesregierung geplante Abschaffung von Arzneimittelbudgets und Regressansprüchen gegen Vertragsärzte anbelangte, so wurde diese von der Pharmaindustrie im Allgemeinen eher begrüßt. Allerdings kritisierten sowohl BPI und Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH) die an deren Stelle vorgesehenen, neuen Kompetenzen der KVen und Krankenkassen, denen künftig gestattet werden sollte, auf regionaler Ebene Zielvereinbarungen über das Arznei-Ausgabenvolumen zu schließen sowie Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele definieren.

Der BPI verlangte hier vor allem, ein Mitspracherecht für die Industrie, und auch der BAH war der Ansicht, dass Kassen und Ärzte für so weitreichende Kompetenzen, deren Missbrauch noch dazu Lasten Dritter gehen könne, nicht legitimiert seien. Die damit programmierten, willkürlichen Eingriffe in den Wettbewerb seien weder verfassungs- noch europarechtlich haltbar. Allerdings forderte der BAH im Gegensatz zum BPI nicht Mitsprache, sondern vor allem glasklare gesetzliche Regelungen.<sup>792</sup>

#### **12.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure**

Nachdem Gesundheitsministerin Ulla Schmidt schon kurz nach ihrer Amtsübernahme im Januar 2001 voreilig angekündigt hatte, den Kollektivregress gegen Ärzte abzuschaffen, sah sie sich in den folgenden Monaten immer mehr, besonders von der Opposition, unter Druck gesetzt und zum Handeln gezwungen, um nicht falscher Versprechungen bezichtigt zu werden. Daher versuchte sie wieder einmal mehr, ihre Dialog- und Kompromissbereitschaft gegenüber den Ärzten in den Vordergrund zu stellen und versprach, noch vor der Sommerpause Gesetzesvorlagen zur Ablösung des Kollektivregresses auf den Weg zu bringen. An Alternativen zum Arzneimittelbudget werde "in ihrem Haus mit Hochdruck" gearbeitet, beteuerte Ulla Schmidt anlässlich der Eröffnung des Internistenkongresses in Wiesbaden am 22. April 2001. Bei dieser Gelegenheit kündigte Schmidt morbiditätsorientierte Richtgrößen für jede einzelne Praxis an, deren Einhaltung mittels

---

<sup>792</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Industrie skeptisch, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

beratungsorientierter Prüfungen durch die zuständigen KVen zu gewährleisten sei.<sup>793</sup>

Die Ministerin hielt dann auch Wort und kündigte am 10. Mai 2001 die Abschaffung von Arzneimittelbudgets und die Kollektivhaftung an, wobei selbst bestehende Kollektivregressansprüche für frühere Budgetüberschreitungen bei Arzneimitteln rückwirkend fallen sollten. Künftig hätten allerdings die jeweiligen KVen und Kassen gemeinsam praxisbezogene Ausgabenvolumina als Zielgrößen zu vereinbaren, deren Bestimmung sich stärker an Bedarf und Qualität orientieren sollte.<sup>794</sup> Für Ärzte und Krankenkassen stellte dies aber noch keinen Freibrief dar, denn diese sahen sich durch das neue Arzneimittelablösegesetz dazu verpflichtet, sich stärker auf den medizinischen Bedarf und eine entsprechende Behandlungsqualität zu konzentrieren. Und auch wenn geplant war, den Kollektivregress abzuschaffen und repressive Sanktionen durch positive Anreize zu ersetzen, so existierte der Individualregress als letztes Steuerungsinstrument doch immerhin weiter. Einen großen Fortschritt stellte jedoch die als Novum zu betrachtende Dynamisierung der Ausgabenvolumina dar, welche z.B. berücksichtigte, dass eine kürzere Verweildauer im Krankenhaus auch zu höheren Arzneiausgaben in der ambulanten Versorgung führt.<sup>795</sup>

Die SPD, CDU/CSU und FDP waren sich dahingehend einig, dass Ulla Schmidt mit ihrem neuen Gesetz zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets richtig gehandelt hatte. Und bekundeten, das Gesetz mit großer Mehrheit im Bundestag unterstützen zu wollen. Bei den Grünen hingegen herrschte Sprachlosigkeit und die Frage der Unterstützung dieses Gesetzes fand keine Antwort. Auch niedergelassene Ärzte und Pharmaindustrie lobten die Pläne des Gesundheitsministeriums<sup>796</sup> und lediglich die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen teilten die allgemein positive Einstellung nicht, da sie die Beitragsstabilität "zentral gefährdet" sahen.<sup>797</sup> Mit der Begründung, es fehle jedwede ausgabenbegrenzende Regelung für 2001 bei noch zusätzlicher "kompensationsloser Amnestie" bezüglich der Regressansprüche der Vorjahre und andererseits auch eine konkrete Definition der für 2002 vorgesehenen artindividuellen Richtgrößen, lehnten die Kassen den Entwurf als inakzeptabel ab. Sie verlangten vom Gesetzgeber eine

---

<sup>793</sup> Vgl. Aus für Arzneibudget noch vor der Sommerpause ?, in: ÄZ vom 24.04.2001.

<sup>794</sup> Vgl. Sensation aus Berlin: Ulla Schmidt schafft Arzneibudgets und Kollektivregress ab, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

<sup>795</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Wende der Budgetpolitik: Anreize statt Sanktionen, individuelle Verantwortung statt kollektiver Panik, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

<sup>796</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Ende des Arzneimittelbudgets: Die Kassen zetern, Union und FDP spenden Beifall – die Grünen sind sprachlos, in: ÄZ vom 14.05.2001.

<sup>797</sup> Vgl. Kassen warnen: Die Beitragsstabilität ist „zentral gefährdet“, in: FAZ vom 11.05.2001.

verbindliche Verpflichtung der ärztlichen Selbstverwaltung zur Einhaltung von Wirtschaftlichkeitszielen.<sup>798</sup>

Nachdem das Bundeskabinett das Festbetragsanpassungsgesetz am 16. Mai 2001 beschlossen hatte,<sup>799</sup> gestand Gesundheitsministerin Schmidt in ihrer Regierungserklärung am 17. Mai zur Festbetragsregelung für Arzneimittel ein, dass es keineswegs selbstverständlich sei, Kassen und pharmazeutische Industrie zu einer Einigung zu bewegen. Trotzdem bezeichnete sie die neue Regelung als Erfolg ihrer Vermittlungsarbeit zwischen den beiden Akteuren zumal diese es erlaube, vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven bestmöglich auszuschöpfen. Im Verlauf ihrer Rede forderte Schmidt auch wieder die Union zur Mitarbeit an weiteren Reformen im Gesundheitswesen auf und wobei sie aufs Neue erklärte, Ziel ihrer Politik seien stabile Beiträge und Leistungssicherung für alle Versicherten.<sup>800</sup>

Ende Mai 2001 erhielt die Gesundheitsministerin von den GKV-Spitzenverbänden schriftlich die Warnung vor einer "massiven" Gefährdung der Beitragsstabilität und gleichzeitig die erneute Aufforderung, von dem geplanten Wegfall der Ausgabenobergrenzen Abstand zu nehmen. Für Verwirrung sorgte allerdings die in dem GKV-Schreiben erwähnte Arzneiausgabensteigerungsrate von angeblich weit über 10% im ersten Quartal, da das Bundesgesundheitsministerium nur von einem Anstieg um 7,8% ausgegangen war. Am 25. Mai 2001 äußerte Ministerin Ulla Schmidt dann ihrerseits in einem Schreiben an GKV-Spitzenverbände und Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Befürchtung, dass der Arzneimittelsektor auch noch im Jahr 2001 eine erhebliche Gefahr für die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenkassen darstelle. Daher, so Schmidt, müsse sie einen schon kurzfristig dringenden Handlungsbedarf zur Verstärkung jener Bemühungen feststellen, welche zum Ziel haben, die Ausgabenentwicklung durch geeignete Steuerungsinstrumente in wirtschaftlich vertretbaren Grenzen zu halten. Die Ministerin forderte daher beide Akteure auf, sich auf Bundes- und Landesebene schnellstmöglich zusammzusetzen, um Strategien zur Eindämmung der Arzneimittel-Ausgaben zu erarbeiten.

Die bisher schweigsamen Grünen griffen jetzt auch wieder ins Geschehen ein, beschränkten sich aber auf eine von Fraktionschef Rezzo Schlauch ausgesprochenen Mahnung, bei der Budgetablösung "sehr vorsichtig" zu sein.<sup>801</sup>

---

<sup>798</sup> Vgl. Breite politische Zustimmung für das Ende der Budgets, in: ÄZ vom 14.05.2001.

<sup>799</sup> Vgl. Kabinett beschließt Rechtsbasis für Festbeträge, in: ÄZ vom 17.05.2001.

<sup>800</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 170. Sitzung, Drucksache 14/6041, Drucksache 14/6054 vom 17.05.2001, S. 16562, 16563.

<sup>801</sup> Vgl. Steigende Arzneiausgaben fachen Budgetdebatte erneut an, in: ÄZ vom 28.05.2001.



Nach mehrmonatigen, einstimmigen Forderungen aller Akteure nach einer Senkung, wenn nicht Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente kam am 22. Mai 2001 dann doch endlich die erste Reaktion der Gesundheitsministerin, die offiziell erklärte, ebenfalls sogar einer Halbierung des Mehrwertsteuersatzes zu zustimmen. Gleichzeitig kündigte Ulla Schmidt aber Probleme bei der konkreten Umsetzung der Steuersenkung an, da zum einen kein nationaler Alleingang, sondern nur eine allgemeine Angleichung im Rahmen der Europäischen Union möglich sei, und sie sich zum anderen kaum vorstellen könne, dass Bundesfinanzminister Eichel bereit sei, derzeit solche Veränderungen und Neuerungen in seinem Haushalt zu tolerieren.<sup>802</sup>

Am 30. Mai 2001 beschloss das Bundeskabinett den Entwurf zum Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz, was somit bedeutete, dass auch die Entscheidung der Bundesregierung, den Kassenärzten die noch offenen Rückzahlungen für die Budgetjahre 1999 bis 2001 zu erlassen und auf diese Weise die Kollektivhaftung rückwirkend zu annullieren, als durchgesetzt galt.<sup>803</sup>

Als am 8. Juni 2001 aus den vom Bundesgesundheitsministerium veröffentlichten GKV-Ausgabenstatistiken hervorgingen, dass die Arzneimittelkosten pro Mitglied in den alten Bundesländern um 9,2% und den neuen Ländern sogar um 11,8% gestiegen waren, appellierte Ulla Schmidt an die Selbstverwaltung, gerade angesichts der geplanten Budget- und Regressaufhebung im Arzneimittelbereich jetzt endlich wirtschaftsorientiert tätig zu werden.<sup>804</sup>

Allerdings waren Gesundheitsministerin und KBV uneins über die Beurteilung der Ursachen für die steigenden Arzneimittelkosten in den neuen Bundesländern: Schmidt ging ihrerseits davon aus, dass die ostdeutschen Ärzte zu unwirtschaftlich verordneten, was ihr vorliegende Ergebnisse einer aktuellen Untersuchung, nach welcher in dieser Region der Generikaanteil nur 50% der angeblich möglichen 65% betrage, bewiesen. Daher bestand sie darauf, daran zu erinnern, dass ein Arzt nach wie vor die therapeutische Notwendigkeit bei eventueller Überschreitung seines Arzneimittelbudgets nachzuweisen habe, wenn er nicht selbst zahlen wolle. Die KBV hingegen verteidigte den Standpunkt, dass eine relativ höhere Morbidität in den neuen Bundesländern einfach höhere Ausgaben nach sich zöge.<sup>805</sup>

Am 22. Juni 2001 wurde im Bundestag in erster Lesung das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz beraten. Im Laufe der überwiegend heftigen Debatte warfen

---

<sup>802</sup> Vgl. Schmidt für halbe Mehrwertsteuer, in: PZ Nr. 21 vom 24.05.2001.

<sup>803</sup> Vgl. Kabinett beschließt Ablösung, in: PZ Nr. 23 vom 07.06.2001.

<sup>804</sup> Vgl. GKV im Minus, Schmidt lädt zum Spitzengespräch, in: ÄZ vom 11.06.2001.

<sup>805</sup> Vgl. Streit um Arzneikosten im Osten, in: PZ Nr. 23 vom 07.06.2001.

sich Regierung und Opposition gegenseitig Versagen in der Gesundheitspolitik vor, auch wenn wiederum alle Fraktionen einstimmig bekundeten, dass das Arzneimittelbudget abgeschafft werden müsse. Für eine Überraschung sorgte die grüne Gesundheitsexpertin Monika Knoche, die während der Debatte plötzlich erklärte, dass die Budgetierung im Allgemeinen "kein allzu intelligentes Modell" zur Ausgabensteuerung der Krankenkassen sei. Dabei hatte doch noch kurz zuvor ihre eigene Parteikollegin Göring-Eckardt sich deutlich gegen die Abschaffung der Arzneimittelbudgets ausgesprochen; und noch dazu hatte Andrea Fischer in ihrer früheren Funktion als Gesundheitsministerin kaum zwei Jahre zuvor als erste Amtshandlung die sektoralen Arzneimittelbudgets wiederbelebt. Offensichtlich hatte also bei den Grünen ein Gesinnungswandel hin zur Akzeptanz des Arzneimittelbudget-Abschaffungsgesetzes statt gefunden.

Obwohl nun im Grunde alle Fraktionen zufrieden schienen, sich der Budgets entledigen zu können, herrschte weiterhin zwischen Regierung und Oppositionsparteien ein Dissens über den budgetersetzenden neuen Gesetzentwurf, denn sowohl FDP als auch CDU/CSU lehnten diesen ab und kündigten die Vorlage eigener Konzepte an.<sup>806</sup>

In Folge der Einstellungsänderung der Grünen kam es am 30. Mai 2001 dann auch endlich zur Billigung des Entwurfs zum Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz durch das Bundeskabinett, was bedeutete, dass die Regierung etwa 18 Monate vor der Bundestagswahl 2002 einer Kernforderung der Ärzte und Apotheker nachkam.<sup>807</sup>

Nachdem Ulla Schmidt nach zähen Verhandlungen im Mai 2001 mühsam eine Einigung zwischen den Kassen und der Pharmaindustrie zu den Arzneimittel-Festbeträgen erreicht hatte, schien diese wieder Ende Juni 2001 in Gefahr zu geraten, da die Pharmaindustrie erneut drohte, den erreichten Kompromiss zu den Arzneimittel-Festbeträgen wieder aufzukündigen. BAH- Hauptgeschäftsführer Mark Seidscheck kündigte an, die Pharmaindustrie könne diesen nicht mehr mittragen, weil Schmidt, entgegen aller Absprachen, Neuberechnungen zu den Festbeträgen erstellt habe. Die eigentlich vorgesehenen Einsparungen der Krankenkassen durch die neuen Festbeträge, erläuterte er, betrügen jetzt nicht mehr nur 650 Millionen DM, sondern 750 Millionen DM jährlich, was die Pharmaindustrie natürlich ablehne.

Schmidt wiederum verteidigte ihr Vorgehen und beteuerte am gemeinsamen beschlossenen Kompromiss habe sich in der Gesetzesvorlage nichts geändert. Au-

---

<sup>806</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Gestern Dogma, heute Teufelszeug: das Budget, in: ÄZ vom 25.06.2001.

<sup>807</sup> Vgl. Kabinett beschließt Ablösung, in: PZ Nr. 23 vom 07.06.2001.

ßerdem würden die Festbeträge später als ursprünglich geplant eingesetzt, was der Pharmaindustrie noch weiter entgegenkomme.<sup>808</sup> Allerdings konnten die Aussagen der Ministerin nicht darüber hinwegtäuschen, dass sie sich trotzdem nicht an die Vereinbarungen mit der Pharmaindustrie gehalten hatte.

Anfang Juni 2001 legten Kassen und KBV der Ministerin, nachdem das Bundeskabinett den Gesetzentwurf des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes gebilligt hatte, eine gemeinsame Bundesempfehlung zur Steuerung der Arzneiversorgung für das Jahr 2001 vor. Dies geschah aber nur auf Drängen der Staatssekretärin Schaich-Walch, welche die Ärzte unmissverständlich aufgefordert hatte, endlich einen Beitrag zu leisten, wozu auch Ulla Schmidt schon mehrfach versucht hatte, anzuregen.<sup>809</sup>

Im Rahmen dieser Bundesempfehlung erklärten Kassenverbände und KBV ihre Übereinkunft, die Wirtschaftlichkeitsziele über einen Mehreinsatz von Generika bei gleichzeitiger Verordnungsbeschränkung bezüglich nicht generikafähiger Me-too-Präparate sowie kontrovers diskutierten Arzneimittelgruppen zu erreichen.<sup>810</sup> Gleichzeitig ging aber von Seiten beider Akteure der Appell an die Gesundheitsministerin, den BAK dazu zu legitimieren, innerhalb der Arzneimittelrichtlinien den Leistungsanspruch der Versicherten abschließend zu konkretisieren. Außerdem forderten sie endlich, den Mehrwertsteuersatz auf Arzneimittel zu halbieren.<sup>811</sup>

Mitte Juni 2001 versuchten die Kassen, die Regierung für die Zuspitzung der finanziellen Situation in der GKV mitverantwortlich zu machen, da die geplanten Umstellungen in der Gesundheitspolitik nach letztem Ermessen unausweichlich, spätestens zum kommenden Jahreswechsel, zu Beitragsatzerhöhungen führen würden, was eigentlich vermieden werden sollte.<sup>812</sup>

Wenige Tage später, am 20. Juni 2001, kam es dann auch wieder zu Demonstrationen in der Öffentlichkeit, wobei diesmal in Hannover rund 2000 Vertreter aller Heilberufe auf die für sie untragbare Situation im (noch), budgetierten Gesundheitswesen aufmerksam machen wollten.<sup>813</sup>

Zwischenzeitlich wurde die Einführung der Positivliste, die der Gesundheitsausschussvorsitzender Kirschner (selber SPD) schon seit längerer Zeit gefordert hatte, auch in anderen Parteikreisen, so z.B. von Fraktionschef Peter Struck, immer

<sup>808</sup> Hoffmann, Andreas: Pharma-Industrie wirft Ministerin Wortbruch, in: SZ vom 30.06./1.07.2001.

<sup>809</sup> Vgl. Arzneikosten: Schmidt reagiert, in: ÄZ vom 11.06.2001.

<sup>810</sup> Vgl. Arnold, Erdmuth: KBV setzt auf regionale Arzneimittelversorgung, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

<sup>811</sup> Vgl. KBV für zügige Umsetzung, in: DÄBl. Heft 25 vom 22.6.2001.

<sup>812</sup> Vgl. Konsens haben KBV und Kassen nur, wenn es nicht ums Budget geht, in: ÄZ vom 18.06.2001.

<sup>813</sup> Vgl. Protest gegen Budgetierung, in: ÄZ vom 21.06.2001.

deutlicher verlangt. Außerdem hatte schon Anfang Juni die Sachverständigenkommission zur Vorbereitung Verbänden und Fachgesellschaften den Entwurf einer Vorschlagsliste zur Stellungnahme vorgelegt.<sup>814</sup> Die Gesundheitsministerin reagierte dann auch auf diese Forderung und ließ durch ihr Ministerium erklären, dass angesichts des knappen Zeitrahmens bei gleichzeitig hohem Arbeitsaufwand kaum noch vor dem Jahr 2003 mit der offiziellen Einführung dieser Liste zu rechnen sei. Dies sei nicht anders möglich, so Schmidt, da das Projekt Positivliste sozial- und zivilrechtlich gesehen so hieb- und stichfest sein müsse, dass kein Unternehmen der Pharmaindustrie auch nur die geringste Chance habe, dieses auf gerichtlichem Wege zu Fall zu bringen.<sup>815</sup>

Die Hoffnung Ulla Schmidts, nach Aufhebung von Arzneimittelbudget und Kollektivregress nun endlich eine gewisse Frontenberuhigung zu erreichen, bestätigte sich nicht, denn immer mehr Kassen erhöhten aufgrund drohender Defizite jetzt ihre Beiträge. Zu diesem Thema wurde dann auch am 28. Juni 2001 im Bundestag eine Aktuelle Stunde einberaumt, bei welcher die Gesundheitsministerin jegliche Verantwortung für etwaige GKV-Beitragserhöhung strikt von sich wies. Vielmehr bemängelt sie die Tatsache, dass z.B. durch Me-too-Präparate bestehende Einsparmöglichkeiten bei Arzneimitteln sowie die wirtschaftlichkeitsorientierte Beraterfunktion der KVen gegenüber den Ärzten im Bereich der Pharmakotherapie immer noch nicht ausgenutzt würden.<sup>816</sup> Ungeschickterweise zitierte Ulla Schmidt im gleichen Atemzug auch die Positivliste als potentielles Sparinstrument für den Arzneimittelkosten, wobei sie sich nicht nur sich selbst, sondern auch SPD-Kollegen wie Gudrun Schaich-Walch widersprach, da bisher die Einführung dieser Liste mit dem Ziel einer Qualitätssteigerung in der Medikamentenversorgung, und eben gerade nicht mit einem Spareffekt, gerechtfertigt wurde.

Wenige Tage zuvor hatte schon der Bundestagsgesundheitsausschuss Vertreter der Pharmaindustrie und anderer Akteure, zu einer letzten Anhörungsveranstaltung geladen, um den Teilnehmern Gelegenheit zu geben, sich zum beschlossenen Entwurf des Festbetragsanpassungsgesetzes zu äußern. Die Pharmaindustrie nahm diese Anhörung zum Anlass, die Festbetragsregelung im Allgemeinen aufgrund ihrer Koexistenz mit anderen Kostendämpfungsinstrumenten als unnötig und daher ablehnungswürdig zu bezeichnen, während der Deutsche Generi-

<sup>814</sup> Vgl. Erster Entwurf für Positivliste ist fertig, in: ÄZ vom 04.07.2001.

<sup>815</sup> Vgl. Brückner, Karl H.: Kein Schnellschuss, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

<sup>816</sup> Vgl. Fuhr, Christoph: Zu feige, um Bürgern die Wahrheit zu sagen? Nein, kontert Ulla Schmidt, in: ÄZ vom 29./30.06.2001.

kaverband lediglich forderte, neue Kriterien zur Festbetragsberechnung in das Gesetzeswerk einzubeziehen.<sup>817</sup>

Unerwartet schaltete sich am 3. Juli 2001 plötzlich der Kartellsenat des BGH in das Geschehen um die Verabschiedung des Festbetragsgesetzes ein, indem er beschloss, eine Vorabentscheidung des Europäischen Gerichtshofs zur Vereinbarkeit der deutschen Festbetragsregelung mit dem Europäischen Kartellrecht einzuholen. Dies hatte selbstverständlich zur Folge, dass BPI und VFA sofort ihrer Kritik am Festbetragsystem wieder freien Lauf ließen.<sup>818</sup>

Trotzdem verabschiedete der Bundestag schon am 6. Juli 2001, also nur drei Tage später, das Festbetragsanpassungsgesetz, mit welchem die Regierungskoalition versuchte, die Konsequenzen aus der vorangegangenen, zweijährigen Blockierung des Festbetragsystems zu ziehen. Denn für die folgenden zwei Jahre wurde jetzt das Gesundheitsministerium, wenn auch nur einmalig und im Einvernehmen mit dem Bundeswirtschaftsministerium, ermächtigt, Arzneimittelfestbeträge per Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates anzupassen.<sup>819</sup> Am 13. Juli 2001 stimmte dann auch der Bundesrat dem Festbetragsanpassungsgesetz, ohne jedoch vorher auf noch weitere Zugeständnisse von Ministerin Ulla Schmidt verzichten zu haben: Plötzlich betrug die im Gesetz vorgesehene Mehrbelastung der Arzneimittelhersteller nicht mehr 750 Millionen DM, sondern nur noch 650 Millionen DM. Dessen ungeachtet bezifferte die Parlamentarische Staatssekretärin Schaich-Walch das Gesamteinsparvolumen für die Krankenkassen auch weiterhin ausdrücklich auf 750 Millionen DM, und wiederum eine andere Ministeriumssprecherin ließ verlauten, dass niemand genau wisse, ob es nun Einhundertmillionen DM mehr oder weniger seien. Solch unklare, wenn nicht widersprüchliche Äußerungen seitens des Gesundheitsministeriums provozierten selbstverständlich konträre Reaktionen der Pharmaindustrie, denn während der BPI dem Bundesrat vorwarf, er habe einen "Wortbruch der Gesundheitsministerin" nicht sanktioniert, was die Gespräche am *Runden Tisch* belaste, wogegen der VFA eher gelassen blieb und davon ausging, dass vom Bundesgesundheitsministerium nachgebessert werde.<sup>820</sup>

Wenige Wochen später stellte sich heraus, dass das zweistellige Wachstum bei den Arzneimittelausgaben auch im Juli 2001 angehalten und die Vertragsärzteschaft nach Angaben der berufsständischen Apothekenrechenzentren Medikamente im Wert von 3,486 Milliarden DM verordnet hatte. Dies entsprach im Ver-

<sup>817</sup> Vgl. Können Kassen Milliarde sparen?, in: ÄZ vom 22./23.06.2001.

<sup>818</sup> Vgl. Festbeträge: Jetzt soll das EuGH für Klarheit sorgen, in: ÄZ vom 05.07.2001.

<sup>819</sup> Vgl. Bundestag gibt grünes Licht für Festbetragsgesetz, in: ÄZ vom 09.07.2001.

<sup>820</sup> Vgl. Ministerin Schmidt macht Pillen weniger bitter, in: FR vom 14.07.2001.

gleich zum Vorjahresmonat einer Wachstumsrate von 12,2%, wobei diese Mehrkosten wiederum auf einen Zuwachs bei der Verordnung von Spezialpräparaten und wichtigen medizinischen Innovationen zurückzuführen war.<sup>821</sup>

Ähnlichen Statistiken zufolge, welche die ABDA Anfang August 2001 veröffentlichte, hatten die Arzneimittelausgaben der GKV im ersten Halbjahr 2001 um 9,1% gegenüber dem Vorjahreszeitraum zugenommen. Einige SPD-Politiker reagierten daraufhin verständlicherweise mit Nervosität und forderten künftig die Ankoppelung der Arzneiausgaben an die Honorarbudgets der Ärzte.<sup>822</sup>

Am 30. August 2001 verkündete Ulla Schmidt schließlich in Berlin, dass sie sich trotz eines Defizits der GKV von etwa 5 Milliarden DM im ersten Halbjahr 2001 keinesfalls zu einem Kurswechsel in ihrer Politik veranlasst sehe und beharrte standhaft auf der Ablösung der Arzneimittelbudgets durch Zielvereinbarungen. Außerdem erklärte sie optimistisch, dass sie im zweiten Halbjahr 2001 sowieso mit einer finanziellen Entspannung rechne.<sup>823</sup>

Unterstützt wurde Schmidts Prognose durch die Tatsache, dass im August 2001 bereits in 14 von 23 KV-Bezirken mit den dortigen Landesverbänden der Kassen Zielvereinbarungen zur Arzneimittelversorgung abgeschlossen wurden, was bewies, dass die Selbstverwaltung schon für das Jahr 2001 zur Steuerung der Arzneimittelausgaben bereit war.<sup>824</sup> Für Ulla Schmidt bedeutete dies natürlichen einen nachweislichen Erfolg ihrer Politik und gleichzeitig eine Bestätigung dafür, auf ihrem eingeschlagenen Weg weiter voranzuschreiten.

## 12.5. Ergebnis der Teilanalyse

SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte kurz nach ihrem Amtsantritt im Januar 2001 die Abschaffung der Arzneimittelbudgets und der Kollektivhaftung angekündigt, ein Versprechen, dass sie kaum vier Monate später tatsächlich einhielt. Die CDU/CSU und FDP-Opposition, die diese Maßnahme zu Zeiten Andrea Fischers noch gefordert hatte, kritisierte sie. Kritisiert wurde hauptsächlich, dass Ulla Schmidt ohne politische Gegenleistung der betroffenen Akteure ihr stärkstes Druckmittel, sozusagen kampfflos, aus der Hand gegeben hatte. Auch die Grünen wollten eine bedingungslose Streichung des Kollektivregresses für Arzneimittelbudget-Überschreitungen zunächst nicht unterstützen. Festzustellen ist, dass nach dem Abgang Andrea Fischers kaum noch von einer grünen Arzneimittelpoli-

<sup>821</sup> Vgl. Es gibt einige gute Gründe für den Anstieg der Arzneimittelausgaben, in: ÄZ vom 31.08./01.09.2001.

<sup>822</sup> Vgl. Arzneiausgaben machen Politik nervös, in: ÄZ vom 03./04.08.2001.

<sup>823</sup> Vgl. Ulla Schmidt rechnet mit Beitragserhöhung, in: ÄZ vom 31.08./01.09.2001.

<sup>824</sup> Vgl. Empörung über Kirschner-Vorwürfe, in: ÄZ vom 27.08.2001.

tik die Rede sein konnte. Und höchstens ein zögerndes, daher verspätetes Einlenken auf die Linie Ulla Schmidts zu beobachten war.

Nahezu alle Akteure begrüßten die Initiative von Ministerin Schmidt, nur die aufgrund der spezifischen Interessenlage in diesen Angelegenheiten isolierten Krankenkassen kritisierten die Aufhebung der Budgetgrenzen und den Verzicht auf die Kollektivhaftung.

Mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz schaffte die Regierungskoalition nun das von ihr selbst erst zwei Jahre zuvor geschaffene Prinzip eines bindenden Arzneimittelbudgets mit Kollektivregress wieder ab. Stattdessen sollten nun Richtgrößen, ermittelt durch Ausgabenvolumina und Zielvorgaben, festgelegt werden, wobei aber auch das hierzu vorgesehene, neue Gesetz Steuerungsmöglichkeiten vorsah. Dazu gehörte unter anderem die Schaffung von Eingriffsmöglichkeiten für Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) und Kassen, deren Selbstverwaltung nicht nur Ausgabenvolumina festzulegen hatte, sondern auch Grenzen der Richtgrößen, um, wie früher bei den Budgets, die Ärzte unter Druck zu setzen.

Die Abschaffung der Arzneimittelbudgets stellte für die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen zusätzlichen politischen Erfolg dar, zumal sie die schon seit langem geforderte Amnestie für die Regressforderungen von 1999 und 2000 erreicht hatten. Problematisch schien jedoch die deutlich lange Überbrückungszeit bis zur Einführung der budgetersetzenden Richtgrößen, in welcher die Ärzte mehr denn je auf ihre Arzneimittelverordnungen zu achten gezwungen waren, zumal noch dazu die Krankenkassen die steigenden Arzneimittelausgaben im ersten Halbjahr 2001 gegenüber der Gesundheitsministerin als direkte Folge der angekündigten Budgetablösung darstellten. Ärzte und Kassen wurden nun aber von Ulla Schmidt dazu angehalten, aus eigener Kraft die Arzneimittelausgaben auf ein vertretbares Maß zu bringen, worauf sich auch eine an KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen gerichtete Bundesempfehlung bezog. Auf dieser Basis sollte nun in allen Bezirken die dort jeweils zuständigen KVen und Krankenkassen Zielvereinbarungen zur Steuerung der Arzneimittelausgaben schon für das zweite Halbjahr 2001 schließen. Da dies bis Ende August 2001 auch in 14 von 23 Bezirken bereits geschah, konnte Gesundheitsministerin Schmidt zu Recht einen politischen Erfolg verbuchen. Allerdings hatte sie trotz schon mehrmonatiger Einarbeitungszeit und zahlreichen Gesprächen mit praktisch allen Akteuren in der Arzneimittelpolitik nicht verhindern können, dass die Kassen ihre Beiträge erhöhten.

Auf die von allen Akteuren schon lange einstimmig geforderte Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente reagierte die Gesundheitsministerin schließlich mit einer prinzipiellen Zustimmung, verwies allerdings in der Realisierung auf eine notwendige Einigung mit dem Bundesfinanzminister sowie mit den anderen Ländern der Europäischen Union, da hier eine Angleichung unumgänglich war. Mit dem schließlich am 13. Juli 2001 vom Bundesrat bestätigten Festbetragsanpassungsgesetz zog die rot-grüne Bundesregierung ihr Fazit aus der Tatsache, dass es aufgrund der durch die Pharmaindustrie bewirkten ständigen Gerichtsentscheidungen für die Spitzenverbände der GKV unmöglich geworden war, neue Festbeträge durchzusetzen. In der Tat hatte die geringe Fürsorge, mit welcher die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer das Thema Festbeträge behandelt hatte, dazu geführt, dass in den letzten zwei Jahren Gerichte Entscheidungen zu treffen hatten, die eigentlich Sache der Regierung gewesen wäre. Hierbei gingen die Kassen meist als Verlierer hervor. Nun gab es eine zumindest bis Ende 2003 gültige, allseits akzeptierte Kompromissregelung, welche Ärzteschaft, Pharmaindustrie und Krankenkassen endlich wieder sichere Rahmenbedingungen gewährleistete. Zumindest musste die Arzneimittelpolitik jetzt nicht mehr von einem Gericht entschieden werden. Nicht ohne Respekt ist festzustellen, dass Ulla Schmidt in der Lage war, eine Lösung für das Problem der Festbeträge zu finden und hierfür kaum sechs Monate benötigte.



### 13. Der Sparplan und der daraus resultierende Streit um die Erweiterung der Substitutionsrechte der Apotheker (Aut idem)

Zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben, bei denen wieder die höchste Kostenzuwachsrate im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu verzeichnen war,<sup>825</sup> plante Ulla Schmidt Anfang September 2001, den Apothekern die Substitutionsrechte zu erweitern.<sup>826</sup> Der Vorstoß des Bundesgesundheitsministeriums, die Verantwortung der Ärzte bei Arzneimitteln einzuschränken und den Apothekern mehr Verantwortung bei der Abgabe von Generika zu geben (die sogenannte Aut-idem-Regelung), löste eine heftige Kontroverse aus.<sup>827</sup>

Bei den als repräsentativ betrachteten Bürgerschaftswahlen in der Hansestadt Hamburg am 23. September 2001, konnte nur die SPD leichte Gewinne verzeichnen. Alle anderen Parteien wiesen starke Verluste auf, die zugunsten des eindeutigen Wahlsiegers, der neuen, sogenannten *Schill-Partei* gingen, welche überraschend 19,4% der Stimmen erhielt.<sup>828</sup>

Die Fraktionen von SPD und Grünen stimmten im Bundeskabinett am 16. Oktober 2001 Ulla Schmidt Arzneimittelsparplan, also dem Gesetzentwurf zum Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) in der GKV zu.<sup>829</sup>

Schon zwei Tage später, also am 19. Oktober 2001 beschloss der Bundestag das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG) und debattierte in erster Lesung über das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz.<sup>830</sup>

Am 21. Oktober 2001 fanden die Wahlen zum Berliner Abgeordnetenhaus statt, aus welchem die PDS als stärkste politische Kraft (29,7%) und die SPD als eigentliche Gewinnerin (22,6%) hervorging. Auch die FDP konnte wieder ins Abgeordnetenhaus einziehen, da sie sogar die Grünen übertraf.<sup>831</sup>

Der Bundesrat stimmte am 9. November 2001 der Abschaffung der Arzneimittelbudgets zu und bestätigte damit auch endgültig die rückwirkende Aufhebung aller Kollektivregresse gegen Ärzte.<sup>832</sup>

Am 14. Dezember 2001 verabschiedete der Bundestag mit den Stimmen der Regierungskoalition das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG), auch

<sup>825</sup> Vgl. Defizit setzt Schmidt unter Druck, in: PZ Nr. 37 vom 13.09.2001.

<sup>826</sup> Vgl. Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.

<sup>827</sup> Vgl. Sparplan Schmidts stößt auf geteiltes Echo, in: ÄZ vom 12.09.2001.

<sup>828</sup> Vgl. Grassmann, Philip: CDU setzt auf Koalition mit Wahlsieger Schill, in: SZ vom 25.09.2001.

<sup>829</sup> Vgl. Koalition billigt Gesundheits-Sparpaket, in: FAZ vom 17.10.2001.

<sup>830</sup> Vgl. Der Bundestag schafft nach neun Jahren die Arzneibudgets ab, in: ÄZ vom 22.10.2001.

<sup>831</sup> Vgl. Deckers, Daniel: Sogar die Selbstständigen zogen die PDS der CDU vor, in: FAZ vom 23.10.2001; Wahlen zum Berliner Abgeordnetenhaus (Tabelle), in: SZ vom 23.10.2001.

<sup>832</sup> Vgl. Sparpaket bei Arzneimitteln verschoben, in: FAZ vom 10.11.2001.

Arzneimittelsparpaket genannt, das die umstrittene Aut-idem-Regelung beinhaltete.<sup>833</sup>

### 13.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Am 6. September 2001 gab Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin bekannt, dass die Krankenkassen im ersten Halbjahr 2001 ein Defizit von 4,9 Milliarden DM zu verzeichnen hatten, wobei als Hauptursache die gegenüber dem Vorjahreszeitraum um 11% gestiegenen Arzneimittelausgaben angeführt wurden. Diesen Ausgabenschub bei Medikamenten meinte Schmidt auf die Einführung neuer und eher teurer Produkte im Bereich der Krebs- und Aids-Therapie zurückführen zu müssen und kündigte an, mit Apotheken und Pharmaindustrie über Arzneipreise sowie Handelsspannen verhandeln zu wollen. Auch wies die Gesundheitsministerin darauf hin, dass im Jahr 2001 die Ausgaben für Medikamente voraussichtlich erstmals höher sein würden als die Arzthonorare, wobei sie nach wie vor bezweifele, dass die hohen Mehrkosten für Innovationen bei Arzneimitteln immer in einem sinnvollen Verhältnis zum neu erreichten Nutzen stünden. Daher zog sie in Betracht, die Zuzahlungsregeln für Patienten eventuell nicht mehr an Packungsgrößen, sondern eher am nachgewiesenen therapeutischen Fortschritt eines Medikamentes zu orientieren, was bedeute, dass preiswerte Präparate dann aus Sicht der Patienten günstiger würden. Allerdings betonte Schmidt, dass es im laufenden Jahr keine Veränderungen mehr geben werde.<sup>834</sup>

Nur vier Tage später, also am 10. September 2001, wurde dann aber bekannt, dass Ulla Schmidt sich nun doch dazu entschieden hatte, schnellstmöglich drastische Einsparungen bei den Arzneimittelkosten vorzunehmen. Kern des von ihr ins Auge gefassten, neuen Sparplans war es, die Auswahl der Präparate vom Arzt auf den Apotheker zu übertragen, was bedeutete, dass letzterer künftig an den Patienten grundsätzlich das preisgünstigste Medikament der den vom Arzt verschriebenen Wirkstoff enthaltenden Gruppe abzugeben hätte. Auch sollte dann nur, wenn ein Arzt ausdrücklich auf ein bestimmtes Medikament bestünde, der Apotheker diese Vorgabe einhalten, was später als die sogenannte Aut-idem-Regelung bezeichnet wurde. Um nun den Apothekern einen Anreiz für die Abgabe preiswerterer Präparate zu geben, plante Schmidt, die staatliche Arzneimittelpreisverordnung zu ändern, nach welcher die Verdienstspanne bisher

---

<sup>833</sup> Vgl. Preiswerte Medikamente erhalten den Vorrang, in: FAZ vom 15.12.2001.

<sup>834</sup> Vgl. Milliardendefizit bei den Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 06.09.2001.

direkt proportional zum Preis des jeweiligen Medikamentes war. Die Gesundheitsministerin sah jetzt vor, nicht nur die Margen für teure Medikamente zu senken, sondern noch dazu den Apothekern für die Auswahl günstiger Präparate eine Zulage zu gewähren.<sup>835</sup>

Auch die SPD-Fraktion unterstützte das Vorhaben ihrer Gesundheitsministerin, den Apothekern eine sogenannte Aut-idem-Ermächtigung einzuräumen. So kündigte z.B. die gesundheitspolitische Fraktionssprecherin Regina Schmidt-Zadel am 19. September 2001 auf der Jahreshauptversammlung des Bundesfachverband der Arzneimittelhersteller (BAH) in Berlin das Projekt Ulla Schmidts inhaltlich an und ergänzte, dass notwendigerweise auch eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung zur Motivierung der Apotheker mit einhergehen müsse. Weiter plädierte Schmidt-Zadel dafür, bei den Arzneimittelzuzahlungen die bestehenden, festen D-Mark-Beträge durch ein prozentuales System zu ersetzen und sich die Erstattungspflicht der GKV auf solche Medikamente zu beschränken, deren Kosten und Nutzen in einem angemessenen Verhältnis stünden.

Auch Staatssekretär Klaus Theo Schröder zeigte sich über den deutlichen Anstieg der Arzneimittelausgaben alarmiert und forderte auf der gleichen BAH-Jahresversammlung Apotheken und Pharmaunternehmen zu einem aktiven Sparbeitrag auf, um das System zu stabilisieren.<sup>836</sup> Auch betonte er, wie wichtig für die Bundesregierung die Prinzipien der Arzneimittelqualität und der gesicherten Versorgung seien. Allerdings halte er staatliche Interventionen im Bereich der Regelung der Arzneimittelversorgung prinzipiell nur in Ausnahmesituationen für gerechtfertigt.<sup>837</sup>

Im Hinblick auf die Milliardendefizite der Kassen gedachte Ulla Schmidt nun auch das Versandhandelsverbot für Arzneimittel abzuschaffen und damit den kostengünstigen Internethandel zu ermöglichen. Schmidts Staatssekretär Schröder erklärte dazu am 26. September 2001 der Berliner Zeitung, dass hierbei die Gewährleistung der Arzneimittelsicherheit Voraussetzung sei und man sich daher vorstelle, den Versandhandel als Komplement des herkömmlichen Apothekengeschäftes in den Markt einzugliedern.<sup>838</sup>

Am 14. Dezember 2001 fand die letzte Bundestagsberatung zum eingebrachten Entwurf des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes von SPD und Bündnis 90/Die Grünen statt.

<sup>835</sup> Vgl. Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.

<sup>836</sup> Vgl. Apotheker sollen Arzneien ausgeben, in: FAZ vom 20.09.2001.

<sup>837</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: Mit allen Kräften wehren, in: PZ Nr. 39 vom 27.09.2001.

<sup>838</sup> Vgl. Ministerin für Internethandel, in: ÄZ vom 27.09.2001.

Im Rahmen dieser Bundestagsberatung, erläuterte Gesundheitsministerin Schmidt, dass die Bundesregierung als notwendige Reaktion auf die Ausgabensteigerung im Arzneimittelbereich mit diesem neuen Gesetz drei strukturelle Veränderungskomponenten einzuführen gedachte. Diese wären:

1. die verstärkte Anwendung der Aut-idem-Regelung,
2. die Veränderung des Weiterverordnungsmodus in Krankenhausentlassungsberichten und
3. die Bewertung des therapeutischen Nutzens eines Medikamentes im Verhältnis zum Preis.

Schmidt versprach sich von der Aut-idem-Regelung Einsparungen in Höhe von 400 bis 500 Millionen DM, welche in Zukunft zur dauerhaften Finanzierbarkeit auch innovativer Arzneimittel beitragen sollten.

In ihren weiteren Ausführungen erklärte sie unter anderem, dass die Bundesregierung auch weiterhin die Pharmaforschung unterstützen werde, allerdings nicht ohne dabei die Frage der Preisgestaltung zu berücksichtigen, da es nicht mehr akzeptabel sei, dass Innovationen mit nur geringfügig höherem therapeutischen Nutzen weitaus teurer verkauft würden als vergleichbare Generika.

Auch kündigte Schmidt eine bessere Nutzung der Einsparmöglichkeit des Apothekenrabatts an. Die Erhöhung des Apothekenrabatts von 5% auf 6% (der zu gewährende Nachlass auf Arzneimittel von Apotheken an die Krankenkassen) ermögliche eine jährliche Kostensenkung von bis zu 500 Millionen DM.<sup>839</sup>

Die SPD-Abgeordnete Carola Reimann bezeichnete ihrerseits in der gleichen Bundestagsdebatte am 14. Dezember 2001 die Aut-idem-Regelung als zentrales Element. Außerdem wies sie darauf hin, dass dieses Prinzip im Rahmen der Notdienstregelung für Apotheken schon lange problemlos Anwendung fand und aufgrund der unbestreitbaren, bisher ungenutzten Wirtschaftlichkeitsreserven jetzt zum Regelfall werden müsse. Hierbei sei ihrer Ansicht nach die Therapiefreiheit des Arztes weder begrenzt noch in Frage gestellt, da auch weiterhin bei medizinischer Notwendigkeit die Möglichkeit des Aut-idem-Ausschlusses bestehe.<sup>840</sup>

### **13.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS**

Ohne große Überraschung sprach sich die Union geschlossen gegen die im Sparplan angeführten Vorschläge der Bundesgesundheitsministerin zur Neurege-

<sup>839</sup> Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12.2001, S. 20731-20732.

<sup>840</sup> Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12.2001, S. 20744, 20745.

lung des Arzneimittelverordnungssystems aus. Der Gesundheitsexperte der Union, Horst Seehofer, erklärte hierzu am 11. September 2001 in einem Interview dem Berliner *Tagesspiegel*, dass nach Überzeugung der Union, die Verantwortung für einen Patienten nicht geteilt werden könne und für eine Verschreibung auch weiterhin nur der Arzt haften müsse. Zumal bei der Beurteilung möglicher Unverträglichkeiten auch die Medikamentenherstellung eine Rolle spiele, könne ein Mediziner sich nicht auf die bloße Verordnung eines reinen Arzneimittelwirkstoffes beschränken. Seehofer bezweifelte auch, dass sich überhaupt über Veränderungen des Ordnungsmodus im Bereich der Apotheken Kosten einsparen ließen, da sich Apotheker naturgemäß bei ihrer Auswahl meist an ihrer Gewinnspanne orientierten, also die Gefahr bestehe, dass ein solches Verfahren teurer werden könne als das bisherige.<sup>841</sup>

CSU-Generalsekretär Thomas Goppel bezeichnete die Pläne Schmidts zur neuen Aut-idem-Regelung als eine Gefahr für den Patienten. Sollten, wie dann zu erwarten, nur noch die günstigsten Nachahmerprodukte verkauft werden, befürchte er, dass Patienten nur noch das billigste und sicher nicht mehr das beste Medikament bekämen, und gleichzeitig auch nur noch die billigsten Anbieter überleben könnten.<sup>842</sup>

In der Bundestagsdebatte am 14. Dezember 2001 zur Verabschiedung des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes kritisierte dann auch der gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Dieter Thomae, die Aut-idem-Regelung. Da die Bundesregierung die Therapiefreiheit der Ärzte mit dieser nur einschränken und die Qualität der ärztlichen Versorgung absenken könne, sei hier wohl kaum der rechte Weg zu finden.<sup>843</sup>

In der gleichen Debatte kritisierte der CDU-Bundestagsabgeordnete Wolf Bauer, dass es sich beim Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz nicht um eine Reform, sondern lediglich um ein reines Kostendämpfungsgesetz handeln würde. Um seine Aussage zu belegen, zitierte Bauer neben der geplanten Erhöhung des Apothekenrabatts sowie der Senkung der Herstellerabgabepreise auch eine bisher nicht erwähnte, allerdings im Gesetzespaket vorgesehene Alternativlösung, nach welcher der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) eine Sonderzahlung in Höhe von 400 Millionen DM zu leisten hätte.<sup>844</sup>

Auch Ruth Fuchs ergriff in dieser Bundestagsdebatte vom 14. Dezember das Wort und erklärte zunächst, dass auch wenn die vorzeitige Ankündigung der

<sup>841</sup> Vgl. Defizit setzt Schmidt unter Druck, in: PZ Nr. 37 vom 13.09.2001.

<sup>842</sup> Vgl. Keine Reform des Gesundheitssystems, in: FAZ vom 08.10.2001.

<sup>843</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12.2001, S. 20737.

<sup>844</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12.2001, S. 20743.

Budgetaufhebung durch die Gesundheitsministerin zu den erhöhten Arzneimittelausgaben beigetragen habe, einer der Hauptgründe dafür immerhin auch in der Vermarktung hochpreisiger Innovationen zu suchen sei. Der jetzt von Ulla Schmidt geplante Preisabschlag auf patentgeschützte Arzneimittel sei deshalb, nach ihrer Sicht, ein begründeter und auch berechtigter Schritt, allerdings verurteile sie die Idee der als Finanzierungsalternative vorgesehene Einmalzahlung der forschenden Pharmaindustrie von 400 Millionen DM. Was die Aut-idem-Regelung anbelange, so sehe hier die PDS zumindest den guten Willen der Bundesregierung, die Arzneimittelkosten zu senken. Dennoch beständen, so Fuchs, zu viele Unsicherheiten, die eine solche Regelung in dem komplizierten Beziehungsgefüge von Ärzten, Patienten, Herstellern und Apothekern mit sich brächte, was anders gesagt bedeute, dass die Aut-idem-Debatte in keinem Verhältnis zum Ausmaß der eventuell daraus resultierenden Kosteneinsparung stehe. Abschließend versicherte sie, dass die PDS nichtsdestotrotz die Maßnahmen der Bundesregierung zur Reduzierung der Arzneimittelausgaben unterstütze.<sup>845</sup>

### **13.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure**

Kassen und, anfänglich auch, Apothekerschaft begrüßten das neue Modell der Aut-idem-Regelung. Nach Ansicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) hingegen, sollte aber noch rigorosere vorgegangen werden, daher forderte sie, dass Kassen nur noch Generika aus dem unteren Preisdrittel voll bezahlen sollten.<sup>846</sup>

Den Apothekern schienen zumindest die angekündigte Erhöhung der Kassenrabatte als auch das Moratorium für Arzneimittelpreise inakzeptabel. Bundesapothekerkammerpräsident Johannes M. Metzger äußerte hierzu am 30. September 2001 zum Auftakt der internationalen Fortbildungswoche der Bundesapothekerkammer Pharmacon in Palma de Mallorca, es gebe keinen Grund dafür, in der Arzneimittelversorgung pauschal von einer Überversorgung zu sprechen. Ganz im Gegenteil sei festzustellen, dass in Deutschland die Versorgungsqualität gesunken und daher ein Patient nicht mehr nach dem aktuellsten medizinischen Stand versorgt sei, wodurch die zusätzlich geplanten Einschränkungen mehr als unrealistisch wirkten.

Über die Sparpläne der Gesundheitsministerin waren die Vertreter der Apothekerschaft ebenfalls entsetzt, denn allein die von der Ministerin angekündigte

---

<sup>845</sup> Vgl. Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12.2001, S. 20740.

<sup>846</sup> Vgl. Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.

Senkung der Arzneimittelpreise um 5% belaste angeblich die Apotheken mit rund 220 Millionen DM. Auch die Rabatterhöhung würde jede einzelne Apotheke jährlich im Schnitt 37.000 DM Rohertragsverlust kosten. Kritik übte Metzger jetzt auch an den Plänen des Gesundheitsministeriums zu der einst von den Apotheken selbst geforderten Einführung einer Aut-idem-Regelung. Da hier vorgesehen war, die Auswahlmöglichkeiten eines Apothekers auf die zwei bis drei günstigsten Präparate zu beschränken, entrüstete sich Metzger, dass "nicht ausgemacht gewesen wäre, nur das Billigste" abzugeben.

In dieser Hinsicht wurde Metzgers Ansicht vom Vorsitzenden des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen, Wolfgang Schmeinck, geteilt, da dieser zur gleichen Zeit auf einer Veranstaltung in Hamburg betonte, dass eine Aut-idem-Regelung nicht funktionieren könne, wenn dadurch Apotheker gegen ihre ökonomischen Interessen handeln müssten.<sup>847</sup> Daher bliebe auch unklar, so Schmeinck, ob das derzeit diskutierte Arzneimittelsparpaket genügend Wirkung entfalte, um einen weiteren Anstieg, der nach Berechnungen des BKK-Bundesverbandes schon Ende 2001 bei 14% liegenden GKV-Kassenbeitragsätze, im darauffolgenden Jahr zu verhindern.

Was die Bereitschaft der Arzneimittelhersteller anbelangte, sich durch eine einmalige Zahlung von 400 Millionen DM von der geplanten Arzneimittelpreissenkung freizukaufen konnte Schmeinck nur mit energischer Ablehnung reagieren, zumal das Gesundheitsministerium weit aus höhere Einsparungen durch letztere zu erzielen gedachte.<sup>848</sup>

Auch die Bundesärztekammer bezog gegen die geplante Aut-idem-Regelung Stellung. In ihrem Namen gab Bundesärztekammerpräsident Jörg Hoppe zu Protokoll, dass die anvisierte Steigerung des Generika-Anteils in den Verordnungen die Verunsicherung der Patienten zur Folge habe, da die Vergabe unterschiedlicher Präparate bei gleicher Verschreibung nicht mehr zu vermeiden sei.<sup>849</sup> Die KBV hingegen hegte gewisse Sympathien für die Aut-idem-Substitution, weil dann zumindest die Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ca. 120.000 Kassenärzte entfallen würden, wenn diese nur noch Wirkstoffe zu verschreiben hätten.<sup>850</sup> Allerdings war den Ärzten der Verlust ihrer Entscheidungshoheit in der Arzneimittelauswahl und deren Substitution durch die Apotheker mehr als ein Dorn im Auge, wodurch verständlich wird, das seitens der KBV plötzlich auch die Positivliste

---

<sup>847</sup> Vgl. Brunner, Ulrich: Mit allen Mitteln gegen Schmidts Sparpläne, in: PZ Nr. 40 vom 04.10.2001.

<sup>848</sup> Vgl. Betriebskrankenkassen erwarten höhere Beiträge, in: FAZ vom 31.10.2001.

<sup>849</sup> Vgl. Bundesärztekammer ist gegen die geplante Aut-idem-Regelung, in: ÄZ vom 25.09.2001.

<sup>850</sup> Vgl. Flintrop, Jens: Die Pharmalobby ist empört, in: DÄBl. Heft 42 vom 19.10.2001.

als notwendiges Instrument bezeichnet wurde, da diese das Substitutionsrisiko ausschloss, damit aber wiederum Wirtschaftlichkeitsprüfungen einhergingen.<sup>851</sup>

Der Generika-Verband erstellte hierzu ein alarmierendes Rechenbeispiel, welches ergab, dass durch den Wegfall des Industriemarketinginteresses an einer Ärzteschaft, die nur noch Wirkstoffe rezeptiere, auch progressiv mit dem Wegfall der derzeit jährlich einen Wert von 1,6 Milliarden DM repräsentierenden Ärztemuster zu rechnen sei. Dies bedeute, dass aber, schon bei einer Reduktion von 50% die Kassen mit Mehrkosten konfrontiert wären, die weit über dem Aut-idem-Sparvolumen lägen.<sup>852</sup>

### 13.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure

Nachdem die sogenannte Lipobay-Affäre, die das Thema Arzneimittelsicherheit mit großen Aufruhr in die Schlagzeilen gebracht hatte, im August 2001 überstanden war, herrschte nun im September 2001, vor dem Bundestagswahljahr 2002 wiederum ein Zustand aktivster Unruhe im Gesundheitswesen. Kein Tag schien zu vergehen, ohne dass neue Vorschläge zur Rettung der alarmierend schwachen Krankenkassenfinanzen gemacht wurden. Als Ursache der hier zu verzeichnenden, negativen Zahlen galten unter anderem, sowohl die kränkelnde Wirtschaft, welche den Krankenkassen weniger Beitragseinnahmen bescherte, als auch der Ausgabenzuwachs bei Arzneimitteln, der nach letzten Statistiken etwa 11% gegenüber dem Vorjahreszeitraum betrug.<sup>853</sup>

Bundesfinanzminister Hans Eichel hatte in diesem Zusammenhang allerdings die Forderungen der Krankenkassen nach Steuermitteln zur Abdeckung von Milliardendefiziten rigoros zurückgewiesen,<sup>854</sup> was Gesundheitsministerium und Kassen zu schnellstmöglichem Handeln zwang. So fing dann auch Gesundheitsministerin Ulla Schmidt damit an, zu versuchen, mit dem Bundeswirtschaftsminister über eine Änderung der Arzneimittelpreisordnung zu verhandeln, um die Senkung der staatlich festgelegten Spannen für Großhandel und Apotheken, besonders bei teuren Präparaten, zu erreichen.<sup>855</sup>

Zur Eindämmung der Arzneimittelausgaben plante Ulla Schmidt außerdem, den Apothekern eine Aut-idem-Ermächtigung einzuräumen.<sup>856</sup> Dieser Vorstoß der Bundesgesundheitsministerin, welcher eine Verantwortungsbeschränkung der

<sup>851</sup> Vgl. KBV: Positivliste taugt nicht für die Vertragsärzte, in: ÄZ vom 25.09.2001.

<sup>852</sup> Vgl. Aut-idem wird am Ende für Kassen teurer, in: ÄZ vom 27.09.2001.

<sup>853</sup> Vgl. Milliardendefizit bei den Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 06.09.2001.

<sup>854</sup> Vgl. Eichel zahlt nicht, in: PZ Nr. 38 vom 20.09.2001.

<sup>855</sup> Vgl. Milliardendefizit bei den Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 06.09.2001.

<sup>856</sup> Vgl. Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.



Ärzte bei Arzneimitteln bei der Arzneimittelverordnung zugunsten der Apotheker, vor allem bei der Abgabe von Generika, beinhaltete, löste bei allen Akteuren heftige Kontroversen aus.<sup>857</sup>

Zum Auftakt kam es dann Mitte September 2001 zu einem zunächst geheim gehaltenen Treffen von Vertretern der Pharmaindustrie und der Apothekerschaft mit SPD-Staatssekretär Klaus Theo Schröder im Bundesgesundheitsministerium, um zu erörtern, welche Möglichkeiten der Gesetzgeber habe, die Arzneimittelausgaben und somit das Defizit der Krankenkassen zu verringern. Von seitens des Ministeriums, dem Einsparungen in Höhe von einer Milliarde DM unerlässlich schienen, waren zuvor folgende Vorschläge entwickelt worden, welche bei diesem Anlass nun vorgestellt wurden:

- Preisabschlag und Preismoratorium für Arzneimittel,
- Einrichtung einer Prüfstelle zur Beurteilung von Me-too-Präparaten,
- Veränderung der Arzneimittel[verdienst]spanne und
- die Aut-idem-Regelung.<sup>858</sup>

Nachdem so die ersten Sondierungsgespräche mit Pharmaindustrie und Apothekern geführt worden waren, um auch die Akteure ins Vorhaben mit einzubeziehen, fand nun am 24. September 2001 in Berlin ein Gespräch mit den Krankenkassen statt.<sup>859</sup> Schon vor diesem Treffen hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen dem Gesundheitsministerium ein Elf-Punkte-Papier unterbreitet, das eine Kombination aus Vorschlägen zu Maßnahmen für sowohl höhere Einnahmen als auch sinkende Ausgaben enthielt, um einen weiteren Anstieg der Beitragssätze zu vermeiden. Unter anderem forderten die Kassen die Beibehaltung der Arzneimittelbudgets und die sofortige Umsetzung der Positivliste. Zudem verlangten sie einen Preisstopp und Preisabschlag bei Medikamenten sowie eine Änderung der Arzneimittelpreisverordnung mit dem Ziel niedrigerer Medikamentenpreise. Auch bestanden die Kassen abermals auf der von der Regierung bereits vernachlässigten Halbierung der Mehrwertsteuer auf Medikamente.

Ulla Schmidt verständigte sich nun mit den Spitzenverbänden der GKV in Berlin als Kompromiss auf ein Fünf-Punkte-Programm zur kurzfristigen Entlastung der Krankenkassen, welches im Einzelnen ein Preismoratorium vorsah:

1. Die Pharmaindustrie sollte dazu angehalten werden, in den Jahren 2002 und 2003 für die verschreibungspflichtigen Medikamente, die nicht unter

<sup>857</sup> Vgl. Sparplan Schmidts stößt auf geteiltes Echo, in: ÄZ vom 12.09.2001.

<sup>858</sup> Vgl. Plant Schmidt ein Preismoratorium für Arzneimittel, in: ÄZ vom 21./22.09.2001.

<sup>859</sup> Vgl. Hünstetten, Frank Diener: Diktat statt Dialog, in: PZ Nr. 41 vom 11.10.2001.

die Festbetragsregelung fallen, nur noch 95% des Herstellerpreises in Rechnung zu stellen. Hiervon versprach sich Schmidt jährliche Einsparungen in Höhe von 350 Millionen DM.

2. Die Ärzte sollten nur noch Wirkstoffe verschreiben und die Apotheken das dazu jeweils billigste Medikament ausgeben. Schmidt betonte, dies bedeute nicht die Einschränkung der Therapiefreiheit der Ärzte. Es würde sich lediglich die bisherige Praxis in dem Sinne ändern, dass künftig die sogenannte Aut-idem-Regel gelten solle, der Arzt aber durchaus noch auf der Ausgabe eines bestimmten Präparates bestehen könne. Das Sparpotential setzte Schmidt auf einen Betrag in Höhe von 500 Millionen DM an.
3. Die Krankenhäuser sollten in ihren Entlassungsberichten künftig auch die Wirkstoffe oder Analogpräparate (Me-too-Arzneimittel) zu ihren Verschreibungen benennen, um den Patienten einen leichteren Umstieg auf kostengünstigere Alternativen zu ermöglichen.
4. Die Rechte des Bundesausschusses sollten dahingehend gestärkt werden, künftig den oft zweifelhaften Nutzen patentgeschützter Medikamente gegenüber bereits bestehenden Arzneimitteln genauer bewerten zu können, und dadurch den Kassen sichere Anhaltspunkte für die Höhe der vertretbaren Erstattung zu geben.
5. Ein umsatzgestaffelter Kassenabschlag sollte bei den Apotheken mit Abschlagssätzen zwischen 4% und 9% eingeführt werden

Zusätzlich wurde ins Auge gefasst, eventuell einen Modellversuch zum Versandhandel durchzuführen. Als gravierendste Punkte dieses Programms waren eindeutig die Senkung des Herstellerpreises um 5% und die Einführung eines umsatzgestaffelten Kassenabschlags von 4% bis 9% zu bewerten.<sup>860</sup>

Noch am selben Tag, also am 24. September 2001, wurden die restlichen, betroffenen Akteure davon in Kenntnis gesetzt, dass sich das Bundesgesundheitsministerium und die Krankenkassen auf ein "Maßnahmenpaket zur Ausgabensteuerung in der Arzneimittelversorgung" verständigt hatten.<sup>861</sup> Allerdings waren nun aber Pharmaindustrie, Großhandel und Apotheken nicht in dieses Verständigungsgespräch einbezogen worden. Überdies stellte sich im Nachhinein heraus, dass das Fünf-Punkte-Programm schon im Voraus in einem kleinen Arbeitskreis mit Vertretern von Gesundheitsministerium, GKV, Gewerkschaft und Arbeitgeberverbänden abgestimmt worden war.<sup>862</sup>

<sup>860</sup> Vgl. Hünstetten, Frank Diener: Diktat statt Dialog, in: PZ Nr. 41 vom 11.10.2001; Schmidt spart bei der Pharmaindustrie, in: FAZ vom 25.09.2001.

<sup>861</sup> Vgl. Hünstetten, Frank Diener: Diktat statt Dialog, in: PZ Nr. 41 vom 11.10.2001.

<sup>862</sup> Vgl. Brunner, Ulrich: Mit allen Mitteln gegen Schmidts Sparpläne, in: PZ Nr. 40 vom 04.10.2001.

Gesundheitsministerin Schmidt, die sich natürlich dieser Dinge bewusst war, erklärte noch am 24. September, dass sie mit Widerständen der Apotheker und der Pharmaindustrie rechne, dies jedoch durchstehen werde, denn schließlich hätten alle bisherigen Appelle "ja doch nichts genutzt", also habe man "das gesetzlich machen" müssen. Die stellvertretende Vorsitzende des DGB, Ursula Engelen-Kefer, hob lobend hervor, dass die Ministerin darauf verzichtet habe, einfach nur die Zuzahlungen zu den Arzneimitteln zu erhöhen. Durch die vorliegenden Sparvorschläge werde zumindest "die Sparqualität nicht angetastet".<sup>863</sup>

Für die Apothekerschaft war selbstverständlich die angekündigte Erhöhung der Kassenrabatte als auch das Moratorium für Arzneimittelpreise inakzeptabel, und auch die Pharmaindustrie sparte nicht mit Kritik und sprach von einem erzwungenen "Solidarbeitrag".<sup>864</sup>

Aufgrund der massiven Kritik nicht nur seitens der Pharmaindustrie, der Apothekerschaft und der Ärzteschaft, sondern vor allem aus den eigenen Reihen, korrigierte Ulla Schmidt dann doch ihre Pläne zur Kostendämpfung und legte wenig später eine modifizierte Planung des Fünf-Punkte-Programms vor. Hierbei sah sich die Aut-idem-Regelung dahingehend verändert, dass der Arzt auf dem Verordnungsblatt die Abgabe preisgünstiger, wirkstoffgleicher Arzneimittel durch den Apotheker ausschließen können solle, und nur anderenfalls der Apotheker eines der preisgünstigsten Arzneimittel auszuwählen habe. Auch an der Regelung zum Apothekenrabatt waren Änderungen vorgesehen, wobei mangels endgültiger Entscheidung zunächst drei Modelle vorgestellt wurden.

Aber schon am 1. Oktober gab es erneut Änderungen am Fünf-Punkte-Plan:

1. Die Herstellerabgabepreise sollten um 4% statt wie zunächst vorgesehen um 5% gesenkt werden.
2. Der Apothekenrabatt sollte von 5% auf einheitlich 6% angehoben werden.<sup>865</sup>

Wiederum nur einige Tage später korrigierte Ulla Schmidt dann schon zum dritten Mal ihr Arzneimittelsparpaket. Entgegen ihres ursprünglichen Vorhabens, umsatzstarke Apotheken eventuell ihrer Leistungsfähigkeit entsprechend höher belasten zu wollen, sollten diese nun doch keinen höheren Anteil ihrer beim Pharmagroßhandel erzielten Rabatte an die Kassen weitergeben müssen als kleinere Apotheken. Mit der Änderung zum Apothekenrabatt und der korrigierten Regelungen die Pharmaindustrie zu Preisabschlägen von 4% statt 5% zu ver-

---

<sup>863</sup> Vgl. Schmidt spart bei der Pharmaindustrie, in: FAZ vom 25.09.2001.

<sup>864</sup> Vgl. Korzilius, Heike: Ulla Schmidt bittet zur Kasse, in: DÄBl. Heft 40 vom 05.10.2001.

<sup>865</sup> Vgl. Hünstetten, Frank Diener: Diktat statt Dialog, in: PZ Nr. 41 vom 11.10.2001.

pflichten, hatte Schmidt ihren Sparplan in zwei zentralen Punkten entsprechend der Forderungen von Apothekern und Pharmaindustrie geändert.

Bundeswirtschaftsminister Werner Müller gingen diese Korrekturen allerdings nicht weit genug und drängte nicht nur auf weitere Änderungen, sondern forderte Schmidt sogar auf, "ihre unsinnigen Pläne" besser insgesamt zurückzuziehen.<sup>866</sup>

Der Wirtschaftsminister kritisierte in Schmidts Plänen hauptsächlich den Eingriff, in die Therapiefreiheit des Arztes und das Schröpfen der Arzneimittelbranche zugunsten der Krankenkassen, machte so seinem Unmut über die Gesundheitsministerin Luft und stellte sich damit indirekt auf die Seite der Ärzte.<sup>867</sup> Die Union unterstützte natürlich Müllers Haltung im Arzneimittelstreit und forderte ihrerseits Schmidt umgehend, ihr Vorhaben zurückzuziehen.<sup>868</sup>

Das ursprünglich vorgesehene Einsparvolumen bis zu einem Betrag in Höhe von 3 Milliarden DM konnte in der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Fassung des Sparplans nicht mehr erreicht werden. Insbesondere aufgrund der Zugeständnisse von Schmidt war abzusehen, dass jetzt die Kosten der GKV nur noch um 2 Milliarden DM hätten gesenkt werden können. Der Gesetzentwurf blieb also weit hinter den ersten Plänen des Gesundheitsministeriums zurück.<sup>869</sup>

Am darauffolgenden Tag, also am 18. Oktober 2001 verwies Schmidt anlässlich einer gemeinsamen Pressekonferenz mit Vertretern der Gmünder Ersatzkassen darauf, dass es bereits im vierten Quartal 2000, also weit vor ihrer Amtszeit, nahezu zweistellige Zuwachsraten im Arzneimittelsektor gegeben habe, also kaum von einer Verantwortung ihrerseits für dieses Problem die Rede sein könne. Unterstützung erhielt die Gesundheitsministerin von Gerd Glaeske, der die Arzneiverordnungen der Kasse auswertete und die Ergebnisse präsentierte, dass nicht die Änderungen der politischen Rahmenbedingungen für die Ausgabensteigerung verantwortlich seien, sondern die erhebliche Zunahme von Arzneimittelverordnungen.<sup>870</sup>

Unterdessen entzog Wirtschaftsminister Werner Müller der Industrie bei der Verhinderung der Arzneimittelpreissenkung wieder seine Unterstützung und nannte als Grund dafür die ablehnende Haltung des VFA zum Kompromissvorschlag Schmidts.<sup>871</sup>

<sup>866</sup> Vgl. Schmidts Arzneimittel-Pläne werden offenbar korrigiert, in: Die Welt vom 08.10.2001.

<sup>867</sup> Vgl. Alles Müller – oder: Was Ulla Schmidt diesmal falsch macht, in: ÄZ vom 08.10.2001.

<sup>868</sup> Vgl. Schmidts Arzneimittel-Pläne werden offenbar korrigiert, in: Die Welt vom 08.10.2001.

<sup>869</sup> Vgl. Kostensenkung eine Woche verschoben, in: FAZ vom 10.10.2001.

<sup>870</sup> Vgl. Flintrop, Jens: Kein Beifall für die Budgetablösung, in: DÄBl. Heft 43 vom 26.10.2001.

<sup>871</sup> Vgl. Noch Spielraum bei Arzneimittelkosten, in: FAZ vom 18.10.2001.

Am 18. Oktober 2001 beschloss der Deutsche Bundestag das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz. Einen Tag später, am 19. Oktober 2001 debattierte der Bundestag in erster Lesung über das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz. Diese erste Lesung war hauptsächlich durch das hohe Maß an Polemik im Rahmen der gegenseitigen Angriffe von Regierungsparteien und Opposition gekennzeichnet. Die Bundesregierung war verunsichert angesichts steigender Arzneimittelausgaben in zweistelliger Höhe.<sup>872</sup>

In die Auseinandersetzung um die umstrittene Aut-idem-Regelung kam dann am 23. Oktober 2001 in Berlin anlässlich eines Gesprächs zwischen Ulla Schmidt, Wirtschaftssekretär Alfred Tacke sowie den Vertretern von Generikaherstellern, mittelständischen Pharmaunternehmen und Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) neue Bewegung. Der BPI unterbreitete bei dieser Gelegenheit einen eigenen Sparvorschlag, nach welchem die Aut-idem-Regelung durch eine Absenkung der Preise von Nachahmerpräparaten um etwa 3% bis 4% ersetzt werden sollte, was ebenfalls zum erwarteten Einsparvolumen von 450 Millionen DM führen sollte.<sup>873</sup> Ministerin Schmidt lehnte dieses Angebot allerdings ab.<sup>874</sup> DGB-Vize Ursula Engelen-Kefer, die sich auch weiterhin zu dem Vorhaben der Bundesregierung bekannte, durch Eingriffe in den Arzneimittelmarkt kurzfristig Sparreserven zu mobilisieren, äußerte nun aber angesichts des Angebots der Pharmaindustrie, dass sie aufgrund einer gewissen Skepsis bezüglich der Wirksamkeit der Sparpaketsmaßnahmen auch die Initiative der Industrie begrüße, nach Alternativen zur geplanten Aut-idem-Regelung zu suchen.<sup>875</sup>

Eine Woche später machte der VFA das überraschende Angebot, mit einer einmaligen Zahlung von 300 Millionen DM die Bundesregierung dazu bewegen, auf den geplanten Preisabschlag zur Senkung der Arzneimittelkosten zu verzichten. Das Geld sollte anteilig von 38 Mitgliedsunternehmen aufgebracht werden und auf ein Treuhandkonto der Bundesregierung eingezahlt werden.<sup>876</sup> Die forschende Pharmaindustrie war natürlich unsicher, ob diese Geldsammelaktion den gewünschten Erfolg haben würde und befürchtete den Eindruck zu erwecken, Politik sei käuflich.<sup>877</sup>

<sup>872</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Neun Jahre Arzneibudget: Das unrühmliche Ende der kollektiven Bedrohung von Ärzten und Patienten, in: ÄZ vom 22.10.2001.

<sup>873</sup> Vgl. Pharmaindustrie macht eigenen Vorschlag, in: SZ vom 24.10.2001 und Schmidt will über Bargeschäft verhandeln, in: Handelsblatt vom 31.10.2001.

<sup>874</sup> Vgl. Pharmaindustrie erhöht Bar-Offerte auf 400 Millionen DM, in: FAZ vom 8.11.2001.

<sup>875</sup> Vgl. DGB bezweifelt Wirkung des Sparpakets, in: ÄZ vom 25.10.2001.

<sup>876</sup> Vgl. Pharmaindustrie macht eigenen Vorschlag, in: SZ vom 24.10.2001; Schmidt will über Bargeschäft verhandeln, in: Handelsblatt vom 31.10.2001.

<sup>877</sup> Vgl. Pharmaindustrie erhöht Bar-Offerte auf 400 Millionen DM, in: FAZ vom 08.11.2001.

Die Gesundheitsministerin zeigte sich überraschend offen für die Vorschläge des VFA, zumal sie sich zu weiteren Beratungen bereit erklärte und das Angebot, ganz im Gegenteil zu dem des BPI, auch im Gesundheitsministerium ernsthaft diskutierte.<sup>878</sup>

Bei der Anhörung zum Arzneimittelsparpaket im Gesundheitsausschuss am 7. November 2001 erneuerten Pharmaindustrie, Ärzteschaft und Patientenverbände ihre massive Kritik an der Aut-idem-Regelung ohne allerdings neue Argumente vorbringen zu können.<sup>879</sup> Einzig und allein die Apotheker befürworteten im Ausschuss diese umstrittene Regelung.<sup>880</sup>

Unterdessen erneuerte der BPI seinen Vorschlag eines Rabattmodells, den Ulla Schmidt bisher abgelehnt hatte, und richtete sich gleichzeitig per Brief an den Bundeskanzler, um diesen davon zu überzeugen, dass ein so weitgehender Eingriff wie die Aut-idem-Regelung zunächst am *Runden Tisch* beraten werden müsse, um dann in die für die nächste Legislaturperiode geplante Strukturreform des Gesundheitswesens aufgenommen werden zu können.<sup>881</sup>

Schließlich kam es am 8. November 2001 durch die Vermittlung des Chefs der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie und Energie, Hubertus Schmoldt, zu einem Treffen zwischen Bundeskanzler Schröder, Ulla Schmidt, Wirtschaftsstaatssekretär Alfred Tacke und führenden Vertretern der forschenden Pharmaindustrie. Hier wurde vereinbart, dass die 38 VFA-Firmen bis zum Jahresanfang 2002 den gesetzlichen Krankenkassen einen Betrag von jetzt 400 Millionen DM, also 100 Millionen DM mehr als ursprünglich vom VFA angeboten, zahlen sollten, um den ursprünglichen Preisabschlag von 4% auf patentgeschützte Medikamente zu ersetzen.<sup>882</sup> Festzuhalten war hier besonders, dass in diesen Gesprächen hauptsächlich Bundeskanzler Schröder verhandelt hatte.<sup>883</sup>

Die Bundesregierung konnte damit den Eingriff des Staates in die Preisgestaltung, der sich negativ auf den Produktions- und Forschungsstandort Deutschland hätte auswirken können, verhindern. Allerdings wurde an der strukturellen Veränderung der Arzneimittelversorgung durch die Aut-idem-Regelung seitens der Bundesregierung festgehalten.<sup>884</sup>

<sup>878</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Gewerkschaften streiten um Gesundheitspolitik, in: SZ vom 19.03.2002.

<sup>879</sup> Vgl. Doch noch Bewegung in Aut-idem-Kontroverse, in: ÄZ vom 08.11.2001.

<sup>880</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Außer den Apothekern will beim Hearing im Gesundheitsausschuss niemand Aut-idem, in: ÄZ vom 09./10.11.2001.

<sup>881</sup> Vgl. Pharmaindustrie erhöht Bar-Offerte auf 400 Millionen DM, in: FAZ vom 08.11.2001.

<sup>882</sup> Vgl. Ulla Schmidts Sparpaket auf dem Prüfstand, in: ÄZ vom 12.11.2001.

<sup>883</sup> Vgl. Sparpaket bei Arzneimitteln verschoben, in: FAZ vom 10.11.2001.

<sup>884</sup> Vgl. Ulla Schmidts Sparpaket auf dem Prüfstand, in: ÄZ vom 12.11.2001.

Am darauffolgenden Tage, also am 9. November 2001, stimmte dann schließlich auch der Bundesrat der lang erwarteten Abschaffung der Arzneimittelbudgets zu.<sup>885</sup>

Nachdem die Vereinbarung zwischen Bundesregierung und VFA bekannt gegeben worden war, verlangten nun auch die mittelständischen Pharmafirmen von Bundesgesundheitsministerin Schmidt Abstriche vom Arzneimittelsparpaket. Der BPI bot ihr erneut an, im Tausch gegen eine Zuzahlung von jetzt sogar 900 Millionen DM auf Aut-idem-Regelung zu verzichten, was Schmidt zu dessen großem Verdruss wiederum ablehnte. Die Ministerin war nur noch bereit, über eine eventuelle Abmilderung der Aut-idem-Regelung in deren Auswirkung auf den Wettbewerb mit der Industrie zu sprechen.<sup>886</sup>

Am 28. November bestätigte die Arbeitsgruppe Gesundheit der SPD-Bundestagsfraktion im Grundsatz die geplante Aut-idem-Regelung von Ulla Schmidt, verlangte aber Korrekturen. So sollten unter anderem nicht mehr alle Präparate in die Preisberechnung einbezogen werden. Schmidt ihrerseits schien ihre bisherige Position, nach welcher nur die Präparate ersetzt werden sollten, die nicht allein im Wirkstoff, sondern auch in den zugelassenen Anwendungsbereichen sowie in Dosierung, Darreichungsform und Packungsgröße dem Ursprungspräparat entsprachen, geändert zu haben.<sup>887</sup>

Anfang Dezember entschied die SPD-Arbeitsgruppe schließlich noch, dass im Unterschied zu ursprünglichen Plänen der Apothekenrabatt nur noch für die Jahre 2002 und 2003 von 5% auf 6% erhöht werden sollte.<sup>888</sup> Die Neuregelungen der Arbeitsgruppe Gesundheit und des Bundesministeriums sah nunmehr folgendes vor:

1. Der Arzt kann dem Apotheker weiterhin die Herausgabe eines vergleichbaren Medikaments untersagen, wenn er sicherstellen will, dass der Patient genau das Arzneimittel erhält, das er verordnet hat.
2. Verordnete der Arzt ein Medikament aus dem unteren Preisdrittel, darf der Apotheker nicht mehr substituieren. Das untere Preisdrittel wird gesetzlich definiert. Aus den Preisen der drei billigsten und der drei teuersten wirkstoffgleichen Arzneimittel werden eine untere und eine obere Preisabstandslinie errechnet, und zwar jedes Quartal neu.

---

<sup>885</sup> Vgl. Sparpaket bei Arzneimitteln verschoben, in: FAZ vom 10.11.2001.

<sup>886</sup> Vgl. Schmidts Arznei-Sparpaket wird zum Torso, in: Handelsblatt vom 13.11.2001.

<sup>887</sup> Vgl. Letzte Arbeiten an Schmidts Sparpaket, in: FAZ vom 29.11.2001.

<sup>888</sup> Vgl. Kostendämpfung bei Arzneien in der Endberatung, in: ÄZ vom 12.12.2001; Aut-idem soll bleiben – aber die Hürde wird höher gelegt, in: ÄZ vom 03.12.2001.

3. Die Ärzte erhalten über den Bundesausschuss die Bestimmungsgewalt darüber, welche Darreichungsformen austauschfähig sind. Die Industrie erhält ein Vorschlags- und Anhörungsrecht.<sup>889</sup>

Außerdem war geplant, das Gesetzgebungsverfahren durch einen Eilantrag zu beschleunigen, so dass sich der Bundesrat schon in seiner Sitzung am 20. Dezember 2001 mit dem Arzneimittelsparpaket befassen konnte.<sup>890</sup>

Am 30. November beschlossen die Krankenkassen trotz aller Bemühungen der Gesundheitsministerin, die Beitragssätze von 13,6% auf 14% anzuheben und begründeten dies mit den steigenden Ausgaben für Medikamente.<sup>891</sup> Die unerwartet starken Beitragserhöhungen stellten nun sämtliche Regierungsprognosen in punkto Arzneimittelkosten in Frage und der Streit um die Sparmöglichkeiten bei Medikamenten musste vorerst weiter gehen.<sup>892</sup>

Schon wenige Tage später gestand Ulla Schmidt dann auch ein, dass die GKV tatsächlich auch weiterhin durch steigende Defizite belastet war, denn auch wenn die Zuwachsrate sich leicht abgeflacht hatte, so war doch immerhin die negative Bilanz nach drei Quartalen (2001) bei einem Betrag von 6,2 Milliarden DM angelangt.<sup>893</sup>

Die Gesundheitsministerin nannte nun erstmals öffentlich Kernelemente eines Konzepts zur Reform der GKV, die für das Jahr 2003 an vorgesehen war. Dabei beteuerte sie, es gehe ihr nicht um den vollständigen Bruch mit dem bestehenden System,<sup>894</sup> plante allerdings weitreichende Veränderungen im Bereich der Arzneimittelversorgung. Bei der Neuzulassung von Arzneimitteln sah die Ministerin mittelfristig die Einführung einer neuen, neutralen Prüfinstanz vor, welche sicherstellen sollte, dass die Preise der von der GKV zu erstattenden neuen Medikamente auch gerechtfertigt sei.

Die Apotheker und die Pharmaindustrie protestierten gegen diese Vorschläge. Die Gesprächsrunde *Runder Tisch*, die eigentlich erneut am 28. Januar 2002 auf Schloss Zieten stattfinden sollte, wurde nun von vielen Akteuren als sinnlos angesehen, nachdem die Gesundheitsministerin nun schon ihre eigenen Reformvorschläge öffentlich bekannt gegeben hatte.<sup>895</sup>

<sup>889</sup> Vgl. Jetzt wird Aut-idem auch noch kompliziert, in: ÄZ vom 03.12.2001.

<sup>890</sup> Vgl. Kostendämpfung bei Arzneien in der Endberatung, in: ÄZ vom 12.12.2001; Aut-idem soll bleiben – aber die Hürde wird höher gelegt, in: ÄZ vom 03.12.2001.

<sup>891</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Barmer und Techniker Krankenkasse erhöhen die Beiträge, in: SZ vom 01./02.12.2001.

<sup>892</sup> Vgl. Kassen heben Beitragssätze auf breiter Front an, in: Handelsblatt vom 03.12.2001.

<sup>893</sup> Vgl. Schmidt erwartet für 2001 ein Defizit von rund vier Milliarden DM, in: ÄZ vom 05.12.2001.

<sup>894</sup> Vgl. Schmidt nennt erstmals Details ihres Reformkonzeptes, in: FAZ vom 06.12.2001.

<sup>895</sup> Vgl. Runder Tisch tagt erst im Januar, in: ÄZ vom 14./15.12.2001.



Am 14. Dezember 2001 beschloss der Gesundheitsausschuss mit der Mehrheit der rot-grünen Abgeordneten das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz,<sup>896</sup> dass schon zwei Tage später vom Bundestag verabschiedet wurde.<sup>897</sup>

Unmittelbar vor der Verabschiedung musste die Gesundheitsministerin allerdings noch eine weitere Niederlage hinnehmen, da die Bundesländer den Zeitplan für die Realisierung der im Gesetz vorgesehenen Sparmaßnahmen zunichte machten. Tatsächlich hatten im ständigen Beirat des Bundesrats alle 16 Länderbevollmächtigten, einschließlich der SPD-geführten Länder, die Bitte der Bundesregierung abgelehnt, die Frist für das Gesetz zu verkürzen und dieses schon am 20. Dezember in der Länderkammer zu beraten. Somit konnte es voraussichtlich erst im März 2002 und nicht wie geplant schon am 1. Januar 2002 in Kraft treten. Ganz im allgemeinen hegten die Länder massive Bedenken gegen das Sparpaket, und nach deren Ansicht hätte bei einer Fristverkürzung die Zeit nicht ausgereicht, dieses Sparpaket "in aller Ruhe und angemessen" zu beraten. Die Union sah dadurch ihre Kritik an dem Gesetzentwurf nur bestätigt.<sup>898</sup>

### 13.5. Ergebnis der Teilanalyse

Als Ulla Schmidt Anfang Januar 2001 ihr Amt als Gesundheitsministerin antrat, hatte sie zunächst einen guten Start, denn alle Akteure hatten die Hoffnung auf einen politischen Neubeginn in sie gesetzt, da Schmidt zumindest bestrebt war, mit allen nicht auf Konflikt-, sondern auf Konsenskurs zu gehen.

Nachdem nun aber im Laufe der Zeit der politische Druck auf die neue Ministerin durch die ständig wachsende Unruhe in der Arzneimittelpolitik immer größer wurde, konnte ein knappes Jahr nach ihrem Amtsantritt nur festgestellt werden, dass sich die Erwartungen vieler Akteure nicht erfüllt hatten.

Als Ende September 2001 Gesundheitsministerin Ulla Schmidt nur gemeinsam mit den Krankenkassen den sogenannten Fünf-Punkte-Plan zur kurzfristigen Entlastung der Kassen erstellte, machte sie deutlich, dass sie auch ohne Absprache mit Pharmaindustrie und Apothekerschaft gewillt war, ihre Bestrebungen zur Reduzierung der Arzneimittelausgaben weiterzuführen. Dieser Fünf-Punkte-Plan wies allerdings in seiner Umsetzung wesentliche Nachteile auf. So beinhaltete der Plan unter anderem, dass Krankenhäuser in ihren Entlassungsberichten künftig auch die Wirkstoffe und Analogpräparate (Me-too-Präparate) zu ihren

<sup>896</sup> Vgl. „Aut-idem“ ist beschlussreif, in: ÄZ vom 13.12.2001.

<sup>897</sup> Vgl. Preiswerte Medikamente erhalten den Vorrang, in: FAZ vom 15.12.2001.

<sup>898</sup> vgl. Länder kippen Sparpaket-Zeitplan, in: FAZ vom 14.12.2001.

Verordnungen benennen sollten, um den Patienten einen leichteren Umstieg auf kostengünstigere Alternativen, sprich Generika, zu ermöglichen. Ebenfalls sah der Fünft-Punkte-Plan die sogenannte Aut-idem-Regelung vor, welche besagte, dass Ärzte in Zukunft nur noch Wirkstoffe zu verschreiben, und Apotheker die dazu jeweils billigsten Medikamente herauszugeben hätten. Bei dieser Regelung bestand nun aber die Gefahr, dass der Apotheker in der Praxis sich auf die Abgabe jener Medikamente beschränkt, für die ihm vom Hersteller der größte Rabatt eingeräumt wurde.

Im Grunde wollte Schmidt den Apothekern mit der schon seit langem von diesen geforderten Aut-idem-Regelung entgegenkommen, musste jedoch feststellen, dass die Apothekerschaft nach Einführung wider Erwarten mit massiven Protesten reagierte. Auch der Generikaverband versuchte mit allen Möglichkeiten, die Aut-idem-Regelung zu verhindern, da mitunter die Existenz einiger Generikaunternehmen bedroht schien. Ulla Schmidt beharrte allerdings auf "ihrer" Regelung und war allenfalls bereit, mit der Industrie über eine eventuelle Abmilderung der Wirkung auf den Wettbewerb zu verhandeln. Dies führte so weit, dass die Aut-idem-Regelung auf Initiative der SPD-Fraktion überarbeitet und durch eine parteieigene Arbeitsgruppe entschärft werden musste.

Überraschend zeigte im November 2001 die Bundesregierung ihre Bereitschaft, im Alleingang Gespräche aufzunehmen. Diese allerdings ausschließlich mit der Pharmaindustrie, unter Ausschluss der Beteiligung der Krankenkassen. So kam es dann auch am 8. November 2001 zu einem von Hubertus Schmoldt, Chef der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie und Energie, arrangierten und auch vom DGB unterstützten Treffen, bei dem Bundeskanzler Schröder persönlich die Verhandlungen führte. Ulla Schmidt blieb hier nur übrig, sich dem Druck von Bundeskanzler, Gewerkschaft und Pharmaindustrie zu beugen. Im Ergebnis kam die Bundesregierung der forschenden Pharmaindustrie entgegen. Bundeskanzler Schröder erklärte sich bereit auf den Eingriff in die Preisgestaltung bei Arzneimitteln zu verzichten. Generikahersteller und mittelständische Pharmaunternehmen gingen hingegen, trotz der für sie großen finanziellen Belastung durch die Preisenkungen ihrer Arzneimittel, zunächst leer aus. Die Bundesregierung hielt insofern an der geplanten Aut-idem-Regelung fest.

Für 400 Millionen DM ließ sich nun die Bundesregierung von der forschenden Pharmaindustrie die Streichung der Preisabschlagsregelung von 4% bei den nicht festbetragsgebundenen Arzneimitteln aus dem Entwurf zum Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) abkaufen. Dieser Handel stieß zwar auf heftige Kritik bei Opposition und Krankenkassen, jedoch brauchte sich nun-

mehr die rot-grüne Bundesregierung vor der Bundestagswahl nicht mehr als "Innovationsfeind" und "Arbeitsplatzvernichter" in der Pharmaindustrie beschimpfen zu lassen.

Mit der Einführung der Aut-idem-Regelung verfolgte Ulla Schmidt eigentlich das Ziel alle Sparpotentiale, also auch die des Generikamarktes, voll auszuschöpfen. Allerdings übersah sie, dass Deutschland, im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern, bereits den höchsten Generikamarktanteil hatte. Die Ausschöpfung konnte daher nicht mehr so groß sein, wie sie es sich vielleicht erhoffte.

Mit den Stimmen der Regierungskoalition verabschiedete der Bundestag am 14. Dezember 2001 das von Ulla Schmidt erarbeitete Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz, welches unter anderem auch die umstrittene, neue Aut-idem-Regelung beinhaltete. Mit diesem Arzneisparpaket versuchte nun die Ministerin, den massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben seit Beginn des Jahres 2001 um 11% zu dämpfen. Gleichzeitig führte sie damit das letzte größere Reformprojekt im Gesundheitswesen vor der Bundestagswahl durch, denn selbst wenn ein umfangreiches Reformkonzept für das Jahr 2003 im Gespräch war, so bestand Ende 2001 noch keine Klarheit darüber, wie dieses Konzept im Einzelnen aussehen sollte. Allerdings konnte sie nicht verhindern, dass die Krankenkassen ihre Beiträge auf 14% anhoben und dies wiederum mit steigenden Arzneimittelausgaben begründeten. Ulla Schmidt befand sich somit im Zentrum eines *circulus vitiosus*, aus dem sie nicht auszubrechen vermochte.

Bei den Hamburger Bürgerschaftswahlen im September 2001 sowie den einen Monat später stattgefundenen Wahlen zum Berliner Abgeordnetenhaus hatten entgegen allen Erwartungen, bzw. Befürchtungen, weder die Gesundheitspolitik noch die Arzneimittelpolitik einen Einfluss auf die Ergebnisse genommen. Dennoch befürchtete die Bundesregierung, dass die Gesundheitspolitik, respektive die Arzneimittelpolitik, zum Thema vor der nächsten Bundestagswahl werden könnte, da in der Bevölkerung großer Unmut über das Arzneimittelsparpaket herrschte.



#### 14. Arzneimittelpolitik und Wahlkampf sowie die Fortsetzung der Dispute um die Praktikabilität der Aut-idem-Regelung

Auch nach der Euroeinführung im Januar 2002, hielt der Wachstumstrend bei den Arzneimittelausgaben an, nachdem schon für November 2001 bekannt geworden war, dass die Gesamtbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Medikamentenbereich mit 1,83 Milliarden Euro im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresmonat um 9,6% zugenommen hatte.<sup>899</sup>

Am 30. Januar 2002 wies das Landessozialgericht Berlin den Antrag eines Pharmaunternehmens auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gegen die seit Januar 2001 geltende Festbetragsverordnung zurück und bestätigte durch diese lang erwartete Entscheidung die Rechtmäßigkeit der Festbeträge für Arzneimittel.<sup>900</sup>

Der Bundesrat verabschiedete am 1. Februar 2002 das Arzneimittelausgaben-Begrenzungs-gesetz,<sup>901</sup> welches dann am 23. Februar, also einen Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger, in Kraft trat.<sup>902</sup>

Ab Mitte April 2002 veröffentlichten die Parteien ihre Wahlprogramme im Hinblick auf die am 22. September 2002 anstehende Bundestagswahl.<sup>903</sup>

Bei den letzten noch anstehenden Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt am 21. April 2002 musste die SPD mit einem Stimmenverlust von fast 50% eine schwere Niederlage hinnehmen und die Macht in<sup>904</sup> Magdeburg an CDU und FDP abgeben, wodurch die CDU-regierten Länder nun auch die Mehrheit im Bundesrat erhielten.<sup>905</sup>

Aus den Anfang Mai veröffentlichten Zahlen über den Arzneimittelverbrauch im ersten Quartal 2002 ging hervor, dass sich bei einem Ausgabenzuwachs von nur 4% gegenüber dem Vorjahreszeitraum die Wachstumsdynamik deutlich abgeschwächt hatte.<sup>906</sup>

<sup>899</sup> Vgl. Arzneimittelausgaben weiter expansiv, in: ÄZ vom 08.01.2002.

<sup>900</sup> Vgl. Festbeträge rechtmäßig, in: DÄBl. Heft 6 vom 08.02.2002.

<sup>901</sup> Vgl. Arznei-Sparpaket passiert den Bundesrat, DRGs gestoppt, in: ÄZ vom 04.02.2002.

<sup>902</sup> Vgl. In Zukunft schließt ein Kreuz Aut-idem aus, in: ÄZ vom 15./16.02.2002.

<sup>903</sup> Vgl. Bundesgeschäftsführer der PDS Dietmar Bartsch (Hg.): Wahlprogramm der PDS zur Bundestagswahl 2002, Die linke Kraft PDS, S. 22, 23.

<sup>904</sup> Vgl. Fast Stillstand bei den Arzneimittelausgaben, in: ÄZ vom 06.05.2002.

<sup>905</sup> Vgl. Erdrutsch-Sieg für CDU und FDP in Sachsen-Anhalt, in: Handelsblatt vom 22.04.2002.

<sup>906</sup> Vgl. Fast Stillstand bei den Arzneimittelausgaben, in: ÄZ vom 06.05.2002.

### 14.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) erklärte am 14. Januar 2002 in einem Gespräch mit dem Vorstand der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA), dass sie auch in Zukunft auf die Individualapotheke setzte und diese mit mehr Kompetenz ausrüsten wolle, auch wenn gleichzeitig deutlich wurde, dass Ulla Schmidt sich der europäischen Entwicklung des Versandhandels nicht verschließen konnte.

So bezeichnete sie beispielsweise die neue Aut-idem-Regelung als ersten Schritt auf der Suche praktikabler Lösungen für ein Modell der Harmonisierung des europäischen Marktes, für welche auch die Angleichung von Mehrwertsteuer und Herstellerabgabepreisen wünschenswert seien.<sup>907</sup>

Am 23. Januar versuchte SPD-Generalsekretär Franz Müntefering innerhalb seiner Partei eine gemeinsame Linie in der Gesundheitspolitik zu finden,<sup>908</sup> da zunehmend die Gesundheitsminister der SPD-geführten Bundesländer jetzt plötzlich darauf drängten, zur Budgetierung zurückzukehren. Zumal auch die SPD-Gesundheitsexperten nicht auf einer Linie mit Ministerin Schmidt lagen, versuchte Müntefering nun eine weitere Schädigung des Ansehens der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt und ihrer Arzneimittelpolitik zu vermeiden.<sup>909</sup>

Um sich angesichts des beginnenden Wahlkampfes gegen die zu befürchtenden massiven Angriffe der Opposition ihrer Arzneimittelpolitik vorzubereiten, hatte Ulla Schmidt für die Abgeordneten der Regierungskoalition ein Argumentationspapier erarbeitet. Mit diesem Papier versuchte die Ministerin hauptsächlich durch ausgewählte Rechenbeispiele und Vergleiche mit Zuständen vor ihrer Amtszeit nachzuweisen, dass sie keine Schuld an der Beitragserhöhung in der GKV trifft, da deren Notwendigkeit zu einem großen Teil von den Kassen selbst zu verantworten ist, zumal sie noch dazu die wesentlichen Vorschläge der GKV zur Ausgabenbegrenzung im Arzneimittelsektor in ihr Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz aufgenommen hatte. Somit versuchte Schmidt im Hinblick auf die Bundestagswahl ihre Vorgehensweise ins rechte Licht zurücken und ihrer Partei an Hand von Daten die von ihr erwartete Hilfestellung zu geben.<sup>910</sup>

<sup>907</sup> Vgl. Brunner, Ulrich/Morck, Hartmut: Schmidt für regionalen Versandhandel, in: PZ Nr. 2 vom 17.01.2002.

<sup>908</sup> Vgl. Keil, Lars-Broder: Gesundheitspolitik ohne Risiken und Wirkung, in: Die Welt vom 23.01.2002.

<sup>909</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: SPD-Politiker streiten um die Gesundheitspolitik, in: PZ Nr. 5 vom 31.01.2002.

<sup>910</sup> Vgl. Vollmer, Rainer: Schmidt rüstet Genossen auf, in: PZ Nr. 8 vom 21.02.2002.

Die Bundesgesundheitsministerin ließ sich auch weiterhin nicht ihren Optimismus rauben. So erklärte sie am 6. März 2002, dass das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz zusammen mit der Absenkung der Arzneimittelfestbeträge künftig zu jährlichen Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro führen werde und dadurch eine Senkung der Krankenkassenbeiträge noch im Jahr 2002 zu erwarten sei.<sup>911</sup>

Anlässlich einer am 13. März 2002 auf Verlangen der CDU/CSU-Fraktion einberufenen Aktuellen Stunde zum Thema "Milliardendefizit in der GKV" versuchte Ulla Schmidt im Bundestag jegliche Kritik mit dem Verweis auf ähnlich alarmierende Resultate zu Beginn der 90er Jahre, also zur Zeit der CDU/CSU-Regierung, von sich zu weisen.

Allerdings gestand sie ein, dass zwei Drittel der Mehrausgaben und des derzeit bestehenden Defizits auf Steigerungen der Arzneimittelausgaben zurückzuführen seien, was aber nicht an Mehrverordnungen, sondern an der Tatsache liege, dass zu viele, fälschlicherweise als Innovation betrachtete, teure Arzneimittel verschrieben würden, obwohl diese keinen bemerkenswerten therapeutischen Nutzen gegenüber anderen Medikamenten aufwiese. Schmidt folgerte daraus, dass eine "intelligente" Arzneimittelpolitik nur bei der Steuerung ansetzen könne und ergriff die Gelegenheit, erneut ihr Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz zu erläutern.<sup>912</sup>

Nachdem am 17. April das SPD-Wahlprogramm 2002 von den SPD-Spitzenvertretern verabschiedet worden war<sup>913</sup>, wurde es am 24. April<sup>914</sup> in Berlin von Bundeskanzler Schröder unter dem Titel "Erneuerung und Zusammenarbeit"

präsentiert. Unter anderem war dort in Kapitel 15 "Für ein Leistungsfähiges und solidarisches Gesundheitswesen" unter dem Abschnitt "Qualität sichern und stärken" auch die Gesundheitspolitik zu finden. Hier hieß es nun im Wahlprogramm 2002, die SPD werde das deutsche Gesundheitswesen zukunftsfähig machen und seine Qualität sichern und stärken. Eine Zweiklassenmedizin lehne sie ab. Zum Thema Arzneimittelpolitik wurde ausgeführt, die SPD wolle die Versorgung mit Arzneimitteln so regeln, dass sie auch in der Zukunft hochwertig bleibe und Innovationen ermögliche. Außerdem solle die GKV höhere Kosten für neu zuge-

---

<sup>911</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: Blanker Optimismus, in: PZ Nr. 11 vom 14.03.2002.

<sup>912</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22154, 22155.

<sup>913</sup> Vgl. DGB-Vize stärkt Ulla Schmidt, in: ÄZ vom 18.04.2002.

<sup>914</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Provoziert die SPD den Zorn der Ärzte, in: ÄZ vom 24.04.2002.

lassene Arzneimittel nur dann erstatten, wenn durch unabhängige Sachverständige ein Zusatznutzen bestätigt werde. Im Übrigen sehe die SPD vor, die Preisbildung für Arzneimittel zu liberalisieren und fortzuentwickeln.<sup>915</sup>

Knapp drei Wochen später, am 4./5. Mai 2002, wurde dann in Wiesbaden das Wahlprogramm der Grünen unter dem Motto "Grün wirkt. Unser Wahlprogramm 2002-2006" beschlossen. Auch in diesem Programm wurde in Kapitel zwei unter dem Abschnitt "Solidarische Gesundheitspolitik für die Zukunft" die Arzneimittelpolitik behandelt. Aus dem hier zu findenden Abschnitt ging hervor, dass die Grünen ebenfalls den Weg in die Zweiklassenmedizin ablehnten und in diesem Sinne forderten, den Arzneimittelmarkt energischer von Mitteln mit fragwürdiger Wirkung zu reinigen, die Medikamentensicherheit für Kinder und Jugendliche zu verbessern und die Positivliste endlich in Kraft treten zu lassen.<sup>916</sup>

Nachdem Mitte Mai 2002 die Apotheker im Rahmen einer Protestkampagne mehr als eine Million Unterschriften gegen die Zulassung des Versandhandels gesammelt hatten sah sich Ulla Schmidt zum Monatsende gezwungen, ein weiteres Mal ihre Pläne zur Zulassung des Arzneimittelversandhandels zu verteidigen.<sup>917</sup> Hierbei kritisierte die Gesundheitsministerin zunächst die Unterschriftenaktion der Apotheker als "Verunsicherungskampagne mit falschen Informationen" und stellte klar, dass es bei der Zulassung des elektronischen Handels nur darum gehe, im Interesse der Verbraucher auch aus dem Arzneimittelmarkt einen europäischen Binnenmarkt zu machen.

Auch nutzte Ulla Schmidt die Gelegenheit eines Interviews mit der Pharmazeutischen Zeitung um zu verdeutlichen, dass der Versandhandel mit Arzneimitteln zwar noch verboten sei, dennoch aber, zumal im Grunde von den Kassen forciert, nicht länger aufgehalten werden könne. Also sei es ihrer Ansicht nach um so wichtiger, hierzu Regelungen einzuführen und zusammen mit den Aufsichtsbehörden für die Einhaltung dieser zu sorgen, damit der Versandhandel zumindest nicht unkontrolliert laufe. Allerdings drückte die Ministerin auch ihr Verständnis für die Ängste der Apotheker aus, da diese zur Zeit keine faire Wettbewerbsbedingungen zu den Versandhändlern hätten, was nach ihrer Auffassung die Wurzel allen Übels sei.

Zum Thema Aut-idem-Regelung meinte Ulla Schmidt feststellen zu können, dass die bisher schon vollzogenen Preissenkungen einiger Firmen und die augenscheinlichen Bemühungen der Ärzte hin zu einer wirtschaftlicheren Verordnungsweise auf einen

<sup>915</sup> Vgl. Erneuerung und Zusammenhalt. SPD-Regierungsprogramm 2002-2006, S. 54-56.

<sup>916</sup> Vgl. Bündnis 90/ Die Grünen (Hg.): Grün wirkt. Unser Wahlprogramm 2002-2006, S. 40-42.

<sup>917</sup> Vgl. Schmidt verteidigt Plan für Arzneimittelversand, in: Handelsblatt vom 23.08.2002.



möglichen Erfolg schließen ließen, welcher sich aber in den nächsten Monaten noch zu bestätigen habe. Vor diesem Zeitpunkt aber könne die Bundesregierung nicht auf die Einspareffekte der Importregelung als Alternative im unteren Preisdrittel verzichten.<sup>918</sup>

#### 14.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

In der Bundestagsdebatte vom 7. März 2002 sparte der CDU-Abgeordnete Wolfgang Lohmann nicht mit Polemik und machte zunächst Ulla Schmidt, im Weiteren allerdings die rot-grüne Koalition im Allgemeinen, für die " Bilanz des Versagens", die durch Rationierung und Innovationsstau gekennzeichnet sei, verantwortlich. Auch prognostizierte er, dass das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz seinen Zweck nicht erfüllen werde und statt den erwarteten Einsparungen von 1,3 Milliarden Euro lediglich die von der forschenden Pharmaindustrie bereits gezahlten 200 Millionen Euro sowie die einprozentige Erhöhung des Apothekenrabatts sicher seien.<sup>919</sup>

In der Aktuellen Stunde am 13. März 2002 anlässlich der Debatte über das Milliardendefizit in der GKV kam Wolfgang Lohmann dann auch auf die viel diskutierte Aut-idem-Regelung zu sprechen, ließ allerdings lediglich die Bundesregierung wissen, dass sie damit die öffentliche Meinung gegen sich aufgebracht habe.<sup>920</sup>

In der gleichen Aktuellen Stunde vom 13. März griff auch die CDU-Abgeordnete Sabine Bergmann-Pohl die Bundesregierung hart an und warf ihr vor, nicht nur für die drastische GKV-Beitragssteigerung durch die selbstverschuldete Erhöhung der Arzneimittelausgaben verantwortlich zu sein, sondern jetzt auch noch einen "Ablasshandel" mit der Industrie vereinbart zu haben.<sup>921</sup>

Ebenfalls in der Aktuellen Stunde vom 13. März kritisierte der CSU-Abgeordnete Wolfgang Zöller die Tatsache, dass die Regierung mit Re-Importen Milliarden-Beträge einzusparen gedachte, hierbei aber nicht dazu bereit sei, einzusehen, dass der preisgünstige Charakter dieser Medikamente nur auf dem in Deutschland außergewöhnlich hohen Mehrwertsteuersatz beruhe.<sup>922</sup>

<sup>918</sup> Vgl. Bellartz, Thomas/ Morck, Hartmut/ Rücker, Daniel: Kein Verständnis für ABDA-Kampagne, in: PZ Nr. 22 vom 30.05.2002.

<sup>919</sup> Laschet, Helmut: Ulla Schmidts roter Jahresabschluss – für die Opposition eine Bilanz des Versagens, in: ÄZ vom 08./09.03.2002.

<sup>920</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22170.

<sup>921</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22153.

<sup>922</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22160-22164.

Mit großer Hellsichtigkeit machte die PDS-Abgeordnete Ruth Fuchs in derselben Debatte gleich zu Anfang ihrer Rede darauf aufmerksam, dass mit dieser Aktuellen Stunde offensichtlich der Wahlkampf angefangen habe. Zum eigentlichen Thema der Aktuellen Stunde äußerte sie, dass ihre Partei schon seit langem die Bundesregierung vor der vorschnellen Abschaffung der Steuerungsinstrumente Arzneimittelbudgets und Kollektivregresse in Abwesenheit anderer, funktionstüchtiger Instrumente gewarnt habe. Zwar habe diese ihre Fehlentscheidung schnell erkannt und Schadensbegrenzung betrieben, aber auch die neuen Instrumente Festbetragsregelung und Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz wiesen noch viele ungeklärte Elemente und sogar Ursachen zu neuen Problemen auf.<sup>923</sup>

In ihrem am 16./17. März 2002 in Rostock beschlossenen Wahlprogramm behandelte die PDS unter der Rubrik "Für ein solidarisches Gesundheitssystem" auch die Gesundheitspolitik. Neben der auch hier formulierten Ablehnung einer Zweiklassenmedizin forderte die PDS zum Thema Arzneimittelpolitik vor allem die Schaffung gesetzlicher Regelungen, um den Einfluss der Pharmaindustrie auf das medizinische Leistungsgeschehen sowie deren "Preistreiberei" einzugrenzen.<sup>924</sup>

Die CDU/CSU stellte am 6. Mai 2002 ihr als Regierungsprogramm 2002-2006 bezeichnetes Wahlprogramm unter dem Motto<sup>925</sup> "Leistung und Sicherheit. Zeit für Taten" vor. In Kapitel drei "Ein menschliches Deutschland gestalten" fand sich unter Abschnitt "Gesundheit ist ein hohes Gut" eine Abhandlung zur Arzneimittelpolitik, in welcher die CDU/CSU die Bundesregierung scharf angriff, indem sie ihr vorwarf, die Gesundheitspolitik nicht im Griff zu haben, und für eine beschleunigte Ausgabenentwicklung sowie die Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung verantwortlich zu sein. Die Union ging davon aus, der rot-grünen Regierung ein geordnetes Gesundheitswesen mit Überschüssen und soliden Finanzreserven in der GKV hinterlassen zu haben, welche diese nun durch unsinnige Experimente, Budgetierung und Dirigismus gefährde. Sie forderte die Abkehr von der Zweiklassenmedizin hin zu einem freiheitlichen Gesundheitssystem mit, "Therapiefreiheit statt Listenmedizin" und versprach den Ärzten die Abschaffung aller Budgets.<sup>926</sup>

<sup>923</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22158, 22158.

<sup>924</sup> Vgl. Bundesgeschäftsführer der PDS Dietmar Bartsch (Hg.): Wahlprogramm der PDS zur Bundestagswahl 2002. Die linke Kraft PDS, S. 22,23.

<sup>925</sup> Vgl. Union will milliardenschwere Steuerentlastung, in: Handelsblatt vom 07.05.2002.

<sup>926</sup> Vgl. CDU-Bundesgeschäftsstelle (Hg.): Leistung und Sicherheit. Regierungsprogramm 2002-2006. Zeit für Taten. CDU/CSU, S. 34,35.

Zu guter letzt wurde nun auch das FDP-Programm zur Bundestagswahl 2002 auf deren Bundesparteitag vom 10. bis 12. Mai 2002 in Mannheim beschlossen. Das vierte Kapitel, "Sozialstart- Sicherungssysteme zukunftsfest machen", behandelte hier die Gesundheitspolitik. Auch die Liberalen sprachen sich für die Abschaffung der gesetzlich vorgegebenen Budgets aus und erklärten dazu, der Staat dürfe nur die Rahmenbedingungen für eine sozial verantwortliche Gesundheitspolitik stellen, nicht jedoch aber alles bis ins kleinste Detail gesetzlich regeln wollen. Im Weiteren sprach sich die FDP für das Kostenerstattungsprinzip bei gleichzeitiger Ablehnung des Sachleistungsprinzips aus, welches den Patienten "künstlich uninformiert" halte. Abschließend forderten die Liberalen eine Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes für Arzneimittel sowie die Rückgängigmachung der erheblichen Finanztransfers in andere Sozialversicherungszweige, die die rot-grüne Regierungskoalition in den letzten zwei Jahren vorgenommen hatte. Somit, ihr Fazit, könne der Beitragssatz für alle Beitragszahler deutlich reduziert werden.

### **14.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure**

Schon im Januar 2002, also acht Monate vor der Bundestagswahl, kündigte der Hartmannbund unter dem Motto "Wahltag ist Zahntag" eine Wahlplakataktion in den Wart- und Sprechzimmern seiner Mitglieder an und drohte somit der rot-grünen Bundesregierung, es ihr mit dieser Wahlkampfaktion für die rationierten Gesundheitsleistungen "heimzahlen" zu wollen.

Der Vorsitzende der Hausärzte in Westfalen-Lippe, Wolfgang Dryden, sprach sich allerdings gegen diese Plakataktion aus und erklärte in seiner Begründung, der Beruf des Arztes sei seiner Natur nach auf Diskretion und Schutz angelegt, also müssten auch Intimität, Vertrauen und Sicherheitsgefühl der Patienten geschützt werden.<sup>927</sup>

Aufgebracht war der Hartmannbund wohl vor allem durch die Aut-idem-Regelung die immer wieder hart kritisiert wurde. So bezeichnete z.B. Anfang Februar der Verbandsvorsitzende Hans-Jürgen Thomas in einer Stellungnahme die Entscheidung des Bundesrates als "Affront gegen die Therapieverantwortung der Ärzte und sträfliche Fehlbewertung der Therapietreue der Patienten" und appellierte an alle Ärzte, die Substitution auf jedem Rezept auszuschließen und so einen Austausch von ärztlich verordneten Medikamenten in der Apotheke nicht zuzulassen. Thomas vertrat die Ansicht, nur so sei sicher gestellt, dass die nicht teil-

---

<sup>927</sup> Vgl. Wahlkampf im Wartezimmer – so sieht er aus, in: ÄZ vom 10.01.2002.

bare ärztliche Therapieverantwortung auch weiter nur vom Arzt übernommen würde, und die Therapietreue der Patienten erhalten bleibe.<sup>928</sup>

Der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) machte ebenfalls Front gegen die Aut-idem-Regelung und appellierte ebenfalls öffentlich an alle Ärzte auf, die Substitution durch den Apotheker auf dem Rezeptblatt ausdrücklich auszuschließen. BDI-Geschäftsführer Peter Knuth begründete diese radikale Haltung mit medizinischen und haftungsrechtlichen Risiken, denen die Patienten auf der einen und die Ärzte auf der anderen Seite durch die angefochtene Regelung ausgesetzt seien. Knuth ging davon aus, dass wenn ein Apotheker je nach Vorrats- und Preislage ein und denselben Wirkstoff in verschiedensten Packungen oder Tablettenfarben abgebe, könne es zu Verwechslungen und gefährlichen Fehldosierungen kommen.<sup>929</sup>

Mitte März wurde die Arzneimittelpolitik selbst zwischen den Gewerkschaften zum Streitpunkt, als Frank Birske, Chef der Dienstleistungsgewerkschaft Verdi, das Verhalten von IG-Chemie-Chef Hubertus Schmoldt bei der Gestaltung des Arzneimittelsparpakets kritisierte. Birske spielte damit auf die Vermittlerrolle Schmoldts bei den Gesprächen zwischen Bundeskanzler und Pharmaindustrie an, bei welchen seiner Ansicht nach " Lobbyistengruppen Gesetze abgekauft" hätten. Differenzen zwischen Verdi und der IG-Chemie gab es auch bei der geplanten Positivliste für Medikamente: Schmoldt war dagegen, Birske dafür.<sup>930</sup>

Als Anfang April 2002 der Bundesausschuss der Ärzte und Kassen den ersten Entwurf von austauschbaren Arzneimitteln vorlegte, wurde dieser von der Pharmaindustrie unverzüglich mit der Begründung kritisiert, die vorgelegte Liste werde den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht, die therapeutische Vergleichbarkeit beim Austausch wirkstoffgleicher Arzneimittel sicherzustellen.<sup>931</sup>

Mitte Mai 2002 erhielt die SPD beim Wahlkampfthema Arzneimittelpolitik überraschend Unterstützung seitens der Gewerkschaften, da DGB-Vize Ursula Engelen-Kefer offiziell erklärte, der Gewerkschaftsbund sei mit den gesundheitspolitischen Vorstellungen im SPD-Wahlprogramm weitgehend einverstanden. Selbst bei der Frage des Internetversandhandels herrschte offensichtlich Übereinstimmung zwischen DGB und SPD.<sup>932</sup>

<sup>928</sup> Vgl. Bundesrat stimmt Sparpaket zu, in: PZ Nr. 6 vom 07.02.2002.

<sup>929</sup> Vgl. Lahm, Christian: Gegen Aut-idem, in: PZ Nr. 7 vom 14.02.2002.

<sup>930</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Gewerkschaften streiten um Gesundheitspolitik, in: SZ vom 19.03.2002.

<sup>931</sup> Vgl. Wie der Bundesausschuss Ärzte aufs Glatteis führte, in: ÄZ vom 11.04.2002.

<sup>932</sup> Vgl. Gewerkschaftler helfen Ulla Schmidt und der SPD, in: ÄZ vom 24./25.05.2002.

#### 14.4. Konflikt- und Konsensprozess aller Akteure

Anfang Januar 2002 hatten trotz aller Bestrebungen viele Kassen erneut ihre Beiträge angehoben. Angesichts dieser Tatsache gestand Gesundheitsministerin Ulla Schmidt erstmals Fehler ein und erklärte in einem Brief an die Krankenkassen, dass die getroffenen Zielvereinbarungen offenbar vor Ort beim einzelnen Vertragsarzt nicht hinreichend hätten umgesetzt werden können. Da aber auch weiterhin mit steigenden Arzneimittelausgaben zu rechnen sei, verlange sie nun von Ärzten und Krankenkassen, ihr bis März 2002 über den Stand der Realisierung der Zielvereinbarungen Bericht zu erstatten. Außerdem forderte Schmidt die Kassen auf, im Februar eine Informationskampagne zu starten und flächendeckende Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Praxen durchzuführen, um ein noch weiteres Wachstum der Arzneimittelausgaben sowie das daraus resultierende Ansteigen der Kassenbeiträge möglichst zu vermeiden. Hierbei kritisierte die Ministerin die Kassen dahingehend, schon vor längerer Zeit ein Aktionsprogramm zur Information der Ärzte über einen optimierten Umgang mit Arzneimitteln zugesichert zu haben, allerdings im Bundesgesundheitsministerium bislang noch nichts über derartige Maßnahmen bekannt geworden sei. Auch wenn die Kassen sich zu diesem Brief nicht offiziell äußerten, wurde dennoch bekannt, dass intern als "Akt der Verzweiflung" betrachtet wurde.<sup>933</sup>

Kurz daraufhin gab es Gespräche zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Gesundheitsministerin Schmidt, bei welchen deutliche wurde, dass die Ministerin anscheinend zur Abschaffung des Honorarbudgets bereit war. Eines der wichtigsten Kriterien für die Gesundheitsministerin blieb aber das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte, dass sie durch ein Junktim im Rahmen der Abschaffung der Honorarbudgets zu beeinflussen versuchte.

Was zu diesem Zeitpunkt den gegenwärtigen Trend betraf, Patienten früher als bisher aus dem stationären in den ambulanten Bereich weiterzuleiten, so waren sich Ministerin und KBV dahingehend einig, dass dieser zu erheblichen Mehrkosten aufgrund notwendiger zusätzlicher Verordnungen führe. Weiter bestand Einigkeit darüber, dass das Arzneimittelbudget tatsächlich zu einer stillen Rationierung geführt hatte, und nun zu analysieren sei, wie es um den Nachholbedarf stehe.

---

<sup>933</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Gesundheitsministerium räumt Fehler ein, in: SZ vom 08.01.2002.

Allerdings sollte von politischer Seite aus die Ablösung des Honorarbudgets davon abhängig gemacht werden, ob die Ärzte auch ohne Arzneimittelbudgets zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise in der Lage seien.

Sollten sich die Ärzte nicht bewähren, so drohte die Ministerin, müssten mit der Gesundheitsreform 2003 gewisse Reglementierungen eventuell revidiert werden. Die KBV plante daraufhin durch einen Brief an alle KVen klarzustellen, welche Chancen und Gefahren das Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz mit sich führe, da sie davon ausging, dass unter diesen Umständen jeder einzelne Arzt Verantwortung tragen müsse.<sup>934</sup>

Nachdem die Gesundheitsministerin zunächst durch ihr Einwirken auf die Ärzte einen Erfolg zu verzeichnen hatte, kam nun der Versuch der CDU das Arzneimittel-Begrenzungsgesetz zu verhindern. Die unionsgeführten Länder brachten am 16. Januar 2002 angesichts der für den 1. Februar 2002 vorgesehenen Verabschiedung des Gesetzes durch den Bundesrat entsprechenden Antrag im Bundesrats-Gesundheitsausschuss ein. In der Begründung hieß es, dass das Gesetz nicht geeignet sei, die Finanzen der GKV zu stabilisieren, wobei hauptsächlich die Aut-idem-Regelung in Frage gestellt werden müsse. Die Kritik richtete sich aber auch massiv gegen die Aut-idem-Regelung.<sup>935</sup>

Zusätzlich sah sich Ulla Schmidt nun auch noch unerwartetem Druck aus den eigenen Reihen ausgesetzt, da einige SPD-geführte Länder plötzlich darauf drängten, zur Budgetierung zurückzukehren und der Ministerin das Ansteigen der GKV-Beiträge ankreideten.<sup>936</sup>

Dies beruhte möglicherweise auf der Tatsache, dass aus den zu diesem Zeitpunkt gerade erschienen Daten zur Jahresbilanz 2001 ein Anstieg des Arzneimittelumsatzes um 9,3% der Herstellerabgabepreise hervorging. Der Grund für die gestiegenen Arzneimittelausgaben war nach den Angaben allerdings hauptsächlich im Bereich der innovativen patentgeschützten Medikamente zu suchen.<sup>937</sup>

Trotz aller Umstände und Angriffe stand jedoch Bundeskanzler Schröder hinter Ulla Schmidt.<sup>938</sup>

Ende Januar 2002 tagte nun zum dritten Mal der von Ulla Schmidt zu Zwecken der Konsensbildung und Harmonisierung der Akteure im Gesundheitswesen mit Hinblick auf die von ihr zum Jahresende geplante Gesundheitsreform am 7. Mai 2001 ins Leben gerufene *Runde Tisch*. Die Teilnehmer kamen hierbei ü-

<sup>934</sup> Vgl. KBV hofft auf ein Ende der Honorarbudgets, in: ÄZ vom 14.01.2002.

<sup>935</sup> Vgl. Länder gegen Arzneigesetz, in: ÄZ vom 15.01.2002.

<sup>936</sup> Vgl. Bellart, Thomas: SPD-Politiker streiten um die Gesundheitspolitik, in: PZ Nr. 5 vom 31.01.2002.

<sup>937</sup> Vgl. Ärzte setzen auf qualitativ gute Versorgung, in: ÄZ vom 16.01.2002.

<sup>938</sup> Vgl. Bellart, Thomas: SPD-Politiker streiten um die Gesundheitspolitik, in: PZ Nr. 5 vom 31.01.2002.

berein, die Arzneimittelpreisverordnung nicht weiter anzutasten und lediglich zu prüfen, ob nicht Zulagen bei teuren Medikamenten verringert und bei billigen Präparaten erhöht werden könnten. Auch wurde in Betracht gezogen, bestehende Preisaufschläge für nicht-verschreibungspflichtige Arzneien, also etwa Hustenmittel, wegfällen zu lassen.

Außerdem plante der *Runde Tisch* ein neues Prüfungssystem einzuführen, um künftig Arzneimittel besser zu kontrollieren, und die Bewertung des Nutzens von Analogarzneien unter dem Gesichtspunkt der Kosten-Effektivität zu ermöglichen. Hierzu sollte eine unabhängige Institution anhand von Studien den therapeutischen Fortschritt eines neuen Medikamentes mit herkömmlichen Mitteln vergleichen und bewerten, woraufhin Gremien von Ärzten und Krankenkassen Preisobergrenzen für diese Medikamente bestimmen könnten. Jenseits des Themenkatalogs warb die Ministerin bei dieser Gelegenheit nochmals intensiv für das Aut-idem-Gebot, und bekundete, dass auch Patienten die Notwendigkeit von Einsparungen akzeptieren müssten, um somit die Beiträge zu stabilisieren. Die Verbände der Pharmaindustrie und die Apothekerschaft lehnten diese Regelung aber weiterhin ab und setzten auf die hinreichenden Kräfte des Marktes. Auch die Krankenkassen kritisierten den *Runden Tisch*. So warf beispielsweise, Gernot Kiefer, Vorstandsmitglied der IKK, diesem vor, bislang nur eine Beschreibung der bekannten Probleme erreicht zu haben. Ähnlich argumentierte Bundesärztekammerchef Jörg-Diedrich Hoppe, der von "Selbstzweck" sprach, pragmatische Lösungen verlangte und die Regierungsparteien davor warnte, das Gremium durch eigene Vorstöße zu schwächen.<sup>939</sup>

Als nun zur gleichen Zeit die Ärzteverbände androhten, sich in den Wahlkampf einzumischen, und vor allem der Hartmannbund mit einer gegen die Regierungspolitik gerichtete Plakataktion in Sprech- und Wartezimmern drohte, reagierte Gesundheitsministerin Schmidt mit scharfem Protest. So erklärte sie auch schriftlich dem Hartmannbund, dass schutzwürdige Arzt-Patienten-Verhältnis werde durch derartige Aktionen untergraben und wies daraufhin, dass zudem noch Vertragsärzte zu rechtswidrigem Handeln aufgerufen würden. Gleichzeitig kündigte die Ministerin an, sie werde ihre Kollegen in den Länderministerien, die zugleich Aufsichtsbehörden der KVen seien, bitten, in der Sache tätig zu werden. Der Hartmannbund seinerseits wies das Schreiben als unbegründete Überreaktion zurück und betonte er habe die gesellschaftspolitische Pflicht, seine Patienten

---

<sup>939</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Kritik am Runden Tisch wird lauter, in: SZ vom 28.01.2002.

darauf hinzuweisen, mit welchen Einschränkungen sie angesichts der Gesundheitspolitik zu rechnen hätten.<sup>940</sup>

Am 1. Februar 2002 wurde trotz eines gegenteiligen Antrages der CDU/CSU das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz vom Bundesrat verabschiedet und somit auch die umstrittene Aut-idem-Regelung in Kraft gesetzt.<sup>941</sup> Zu diesem Erfolg kam für Ulla Schmidt noch ein weiteres positives Detail, da die forschende Industrie fristgerecht einen Betrag von 205 Millionen Euro auf ein Konto des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen zu Deckung von Defiziten einzahlte.<sup>942</sup>

Mittlerweile bahnte sich zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und GKV-Spitzenverbänden eine schwere Auseinandersetzung an, bei der es um die Rahmenempfehlungen zur Arzneimittelversorgung von KBV und Kassenverbänden ging. Aus diesen ging hervor, dass die Arzneimittelausgaben 2002 global um rund eine Milliarde Euro im Vergleich zum Vorjahr gesenkt werden sollte. Nach einem KBV-Tableau aber wurden die Regional-KVen jedoch in höchst unterschiedlichem Maße zu Einsparungen angehalten, wogegen es natürlich zu Protesten kam.

Überdies wollten die Länder-KVen künftig neue Zielvereinbarungen von der Bereitstellung arztbezogener Daten abhängig machen, weil mit den bislang gelieferten Ausgabenwerten die regionale Ausgabenentwicklung angeblich nicht gesteuert werden konnte. Diese Forderungen hielten die Kassen für übertrieben, zumal sie einer gesetzlichen Auflage entsprechend erfüllt und ein Schnellinformationssystem aus dem Boden gestampft hatten. Dies bedeutete, dass seit Oktober 2001 Daten geliefert wurden, die den KVen Aufschluss über die Verordnungsstruktur im Allgemeinen geben sollten.<sup>943</sup>

Der eigentliche Dissens zwischen Ärzten und Kassen resultierte aber letzten Endes daraus, dass die Ärzte, um die abgeschlossene Zielvereinbarung zu den Arzneimittelausgaben einhalten zu können, sich zu drastischen Verordnungsbeschränkungen gezwungen sahen. Und selbst wenn man die Spareffekte des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes berücksichtigte blieb für Innovationen praktisch kein Spielraum mehr.<sup>944</sup>

---

<sup>940</sup> Vgl. Schmidt attackiert Wahlplakate des Hartmannbundes, in: ÄZ vom 28.01.2002.

<sup>941</sup> Vgl. Arznei-Sparpaket passiert den Bundesrat, DRGs gestoppt, in: ÄZ vom 04.02.2002.

<sup>942</sup> Vgl. Hersteller haben pünktlich gezahlt, in: ÄZ vom 06.02.2002.

<sup>943</sup> Vgl. Kassen und KVen streiten um Steuerung der Arzneiausgaben, in: ÄZ vom 06.02.2002.

<sup>944</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Die Kollektivsteuerung will einfach nicht gelingen, in: ÄZ vom 06.02.2002.



Anfang Februar ergab eine Studie des Stuttgarter Verfassungsrechtlers Rüdiger Zuck, der im Auftrag des Hartmannbundes die Rechtmäßigkeit der Plakataktion überprüft hatte, dass die von der Bundesgesundheitsministerin angedrohten aufsichtsrechtlichen Schritte gegen den Hartmannbund anscheinend verfassungsrechtlich nicht zulässig waren.

Somit konnten die Ärzte die zweite Phase ihres Wahlkampfes im Wartezimmer unter dem Motto "Fasten ist gesund – Aushungern macht krank" beginnen.<sup>945</sup> Daraufhin erklärte kurze Zeit später dann auch die KBV, der Aufforderung von Bundesgesundheitsministerin Schmidt, gegen die Plakataktion vorzugehen, nicht nachzukommen zu wollen.<sup>946</sup>

Nachdem am 22. Februar 2002 das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz im Bundesanzeiger veröffentlicht worden war, trat es am 23. Februar formal in Kraft.

Die Apotheker hatten zuvor angekündigt, von diesem Tage an dann auch von ihrem erweiterten Substitutionsrecht Gebrauch machen zu wollen.<sup>947</sup>

Damit die Aut-idem-Regelung, auf die Ulla Schmidt große Hoffnungen setzte, in die Praxis umgesetzt werden konnte, hätte das Rezeptformular geändert werden müssen, um die nun eintretenden Konfusionen zu vermeiden. Zuvor hatte zur allseitigen Verwirrung die KBV vorgeschlagen, dem auf den Vordrucken bereits bestehende Aut-idem-Kästchen eine gegenteilige Bedeutung zukommen zulassen. Die Ärzte gingen deshalb zur Sicherheit immer mehr dazu über, Rezepte mit dem Zusatz "Keine Substitution" zu versehen. Dazu waren auch bereits sogar Stempel entwickelt worden, die teilweise von der Pharmaindustrie als Werbegeschenk verteilt worden waren.<sup>948</sup>

In Sachen Aut-idem herrschte aber auch Unsicherheit in der Frage, welches Recht bis zum Zeitpunkt der tatsächlichen, vollständigen Anwendbarkeit der entsprechenden Regelung gelten sollte.

Diese konnte nämlich erst dann sinngemäß in Kraft treten, nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und Kassen (BAK) die Gruppen der austauschbaren Präparate festgelegt und die jeweiligen unteren Preisdrittel errechnet hatte.<sup>949</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium drängte nun aber darauf, die

---

<sup>945</sup> Vgl. Wahlkampf im Wartezimmer ist rechtmäßig, in: ÄZ vom 08./09.02.2002.

<sup>946</sup> Vgl. KBV erteilte der Gesundheitsministerin eine Absage, in: ÄZ vom 19.02.2002.

<sup>947</sup> Vgl. Ab heute müssen Ärzte klar sagen: Keine Substitution!, in: ÄZ vom 25.02.2002.

<sup>948</sup> Vgl. KBV plant Konfusion: Aut idem heißt bald das genaue Gegenteil, in: ÄZ vom 19.02.2002; Aut idem und die liebe Last des Arztes mit dem richtigen Kreuz, in: ÄZ vom 19.02.2002.

<sup>949</sup> Vgl. In Zukunft schließt ein Kreuz Aut idem aus, in: ÄZ vom 15./16.02.2002.

Aut-idem-Regelung auch jetzt schon zu praktizieren.<sup>950</sup> Angesichts der Unklarheiten bei der Anwendung des Arzneimittelparggesetzes hatte der Hartmannbund die Ärzte aufgefordert, die Substitution von Arzneimitteln durch den Apotheker generell nicht zuzulassen. Unterdessen war das Bundesgesundheitsministerium von seiner ursprünglichen Auffassung abgerückt, der Apotheker solle zur Substitution verpflichtet werden. Staatssekretär Klaus Theo Schröder erläuterte hierzu, Aut-idem könne nur "schrittweise" umgesetzt werden.<sup>951</sup>

Nach Inkrafttreten der Aut-idem-Regelung herrschte aber nicht nur bei den Ärzten, sondern auch bei den Patienten Unsicherheit. Daher plante das Bundesgesundheitsministerium, die Bevölkerung über den Sinn der Regelung mit einer Anzeigenkampagne unter dem Motto "Der Wirkstoff ist entscheidend, nicht der Name" aufzuklären. Das Ministerium hatte hierfür ein Budget von 240.000 Euro eingeplant.<sup>952</sup> Als dies bekannt wurde, richtete der schleswig-holsteinische KV-Chef Klaus Bittmann eine schriftliche Beschwerde an die Gesundheitsministerin, da seiner Ansicht nach eine derartige Werbekampagne die Verunsicherung der Patienten nicht aus der Welt schaffen könne.<sup>953</sup>

Mit der Einberufung einer neuen Aktuellen Stunde, die dann auch am 13. März 2002 im Bundestag stattfand, begann die CDU/CSU ihren Wahlkampf zum Thema Gesundheitspolitik auf Parlamentsebene und ließ der angestauten Polemik freien Lauf. In ihrer Antwortrede beteuerte Ulla Schmidt, dass zur Debatte stehende GKV-Milliarden-Defizit beruhe vor allem auf Ausgabensteigerungen im Arzneimittelsektor und rechtfertigte somit ihren Vorschlag, in Zukunft Medikamente nur noch nach ihrem therapeutischen Zusatznutzen bewerten und entsprechend bezahlen zu lassen.<sup>954</sup>

Am 19. März 2002 begannen die Verhandlungen über das Festbetragssystem vor dem Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe, welches sich mit der Frage befasste, ob der BAK prinzipiell Festbeträge festlegen und damit in die Berufsausübung Dritter eingreifen dürfe. Hierbei ging es um eines der wichtigsten Instrumente zur Ausgabensteuerung im Gesundheitswesen, durch dessen Anwendung bisher im Arzneimittelsektor rund 1,6 Milliarden Euro jährlich eingespart werden

---

<sup>950</sup> Vgl. KBV plant Konfusion: Aut idem heißt bald das genaue Gegenteil, in: ÄZ vom 19.02.2002; Aut idem und die liebe Last des Arztes mit dem richtigen Kreuz, in: ÄZ vom 19.02.2002.

<sup>951</sup> Vgl. Aufruf zum Widerstand gegen Aut idem, in: ÄZ vom 26.02.2002.

<sup>952</sup> Vgl. Ulla Schmidt will jetzt für Aut idem werben, in: ÄZ vom 05.03.2002.

<sup>953</sup> Vgl. 5000 Ärzte aus ganz Deutschland bestellen Stempel gegen Aut idem, in: ÄZ vom 08./09.03.2002.

<sup>954</sup> Vgl. Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion CDU/CSU vom 13.03.2002.

konnten. Mit einer Entscheidung des Gerichts wurde allerdings zum Herbst 2002 gerechnet.<sup>955</sup>

Anlässlich einer Rede vor der Friedrich-Ebert-Stiftung am 11. April 2002 in Berlin kam Ulla Schmidt erstmalig auf ihre Pläne zu einer nach der Bundestagswahl geplanten neuen Gesundheitsreform zu sprechen, wobei sie nach eigenen Angaben eine "Reform mit Augenmaß" anstrebe. Zunächst kündigte sie die Ernennung eines Arzneimittelinspektors nach niederländischem Muster an, welcher als Gutachter das Wirken der Industrie zu untersuchen, und auch deren Vergünstigungspolitik gegenüber Ärzten und Apothekern zu überprüfen habe. Da laut Schmidt nicht hinzunehmen sei, dass die forschenden Pharmahersteller "doppelt so viel Geld in das Marketing steckten wie in die Forschung", sollte der zukünftige Inspekteur der Bundesregierung jährlich einen Bericht vorlegen.

Des Weiteren plante die Gesundheitsministerin die Schaffung eines unabhängigen Instituts, welches den wirklichen Nutzen neuer Arzneimittel feststellen und bewerten solle und so die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen die oft schwierigen Entscheidungen abnehmen könne. Schmidt hoffte auf diese Weise, den medizinischen Fortschritt schneller realisieren zu können und versuchte gleichzeitig, sich als behutsame Erneuerin zu profilieren. Denn sie gedachte nicht, die Ärztegremien zu entmachten, sondern lediglich, die Mediziner-Organisation behutsam für den Wettbewerb zu öffnen.

Ebenfalls sah Ulla Schmidt vor, im Rahmen der geplanten Gesundheitsreform stärker gegen die Apotheken vorzugehen und plante daher, die Arzneimittel-Preisverordnung zu überarbeiten, mit welcher der Staat den Apotheken deren Handelsspannen vorschreibt. Auch eine Änderung in der Praxis der Naturalrabatte sei im Gespräch, da Hersteller kostenlos Medikamente abgäben, welche die Apotheken gegenüber den Kassen abrechneten.<sup>956</sup> Zu guter letzt sah Schmidt schließlich auch die Aufhebung des Versandhandelsverbotes vor.<sup>957</sup>

Wie zu erwarten reagierten vor allem der Verband der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) und der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) mit massiver Kritik auf die in Schmidts Reformkonzept vorgesehene Einrichtung weiterer Kontrollinstanzen. Aber auch die FDP sprach sich gegen den SPD-Plan aus, noch mehr staatliche Institute zu schaffen.<sup>958</sup>

---

<sup>955</sup> Vgl. Verfassungsrichter prüfen Festbetragssystem, in: ÄZ vom 20.03.2002.

<sup>956</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Schmidt will gegen Pharmabranche vorgehen, in: SZ vom 11.04.2002.

<sup>957</sup> Vgl. Schmidts Würfchen, in: SZ vom 12.04.2002; Schmidt erteilt allen radikalen Reformplänen eine klare Absage, in: ÄZ vom 12./13.04.2002.

<sup>958</sup> Vgl. Hohmann, Christina: Schmidt stellt Konzept vor, in: PZ Nr. 16 vom 18.04.2002.

Nachdem sich Anfang April herausgestellt hatte, dass gewisse Pharmafirmen mit diversen Mitteln versucht hatten, das Aut-idem-Gesetz zu unterlaufen, nahm sich Ulla Schmidt nun vor, den betreffenden Firmen das Handwerk zu legen.

Nun hatte sich aber herausgestellt, dass der Gesetzgeber den Herstellern ungewollt einen Gestaltungsspielraum gelassen hatte, da sich das untere Preisdrittel in der Tat künstlich verteuern ließ, indem der Hersteller neue substituionsfähige Generika anbot, deren Preis nicht nur sehr hoch, sondern zum Teil sogar deutlich über dem Festbetrag lag. Dass solche Arzneimittel allerdings nicht verkäuflich waren, war den Generikaherstellern natürlich bewusst. Daher sprach man auch von sogenannten Dummy-Präparaten, die nur den Zweck erfüllten, der Ärzteschaft ein größeres Spektrum an Präparaten zur Verfügung zu stellen. Der Nachteil für Bundesregierung und Kassen bestand jedoch darin, dass das Sparpotential der Aut-idem-Regelung insgesamt kleiner wurde.<sup>959</sup> Das Bundesgesundheitsministerium musste also unbedingt auf die Dummy-Präparate reagieren.

Die Pharmaindustrie suchte neben der Preisgestaltung auch nach anderen Umgehungsstrategien, und plante beispielsweise, auch neue Packungsgrößen zu schaffen, welche nicht mehr als vergleichbar gelten und daher nicht mehr ausgetauscht werden konnten.

Die Bundesgesundheitsministerin zeigte natürlich wenig Verständnis für die Kreativität der Industrie und warnte eindringlich davor, die gesetzlichen Vorschriften des Sparpakets zu unterlaufen. Der BPI, repräsentiert durch dessen Hauptgeschäftsführer Henning Fahrenkamp, bestritt daraufhin jegliche Schuld und beteuerte die Industrie erweise sich vielmehr angesichts eines "unausgegorenen" Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes als "kreativ und wettbewerbsfähig", ohne allerdings dabei den Rahmen der Gesetze zu überschreiten.<sup>960</sup>

Das Bundesgesundheitsministerium erklärte Mitte April 2002 auf eine Kleine Anfrage der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, dass die Aut-idem-Regelung in vollem Umfang erst dann angewendet werden könne, wenn die Liste substituierbarer Arzneimittel verfügbar und das jeweils untere Preisdrittel der betreffenden Arzneien bestimmt sei, was noch bis zum Monat Juli dauern könne.<sup>961</sup>

Am 18. April, vier Tage vor der in der aktuellen Legislaturperiode vorerst letzten Sitzung des *Runden Tisches*, manifestierten sich die Apotheker gegen Ulla Schmidts Überlegungen, die Arzneimitteldistribution eventuell zu liberalisieren.

---

<sup>959</sup> Vgl. Aut idem und die Schlamperei der Politik, in: ÄZ vom 05./06.04.2002.

<sup>960</sup> Vgl. Rücker, Daniel: Regierung warnt vor Mausechelen, in: PZ Nr. 15 vom 11.04.2002.

<sup>961</sup> Vgl. Ministerium rechnet ab Juli mit Aut-idem, in: ÄZ vom 16.04.2002.

Die Ministerin hatte in der Tat zuvor angekündigt, die starren, "aus dem vergangenen Jahrhundert stammenden" Strukturen im Vertriebssystem von Arzneimitteln überprüfen zu wollen. Die Apotheker starteten daraufhin die Initiative "pro Apotheke", wozu neben einer von der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände mit 500.000 Euro finanzierten Anzeigenkampagne auch eine Unterschriftenaktion in allen Apotheken gehörte. Im gleichen Atemzug musste die Apothekerschaft jedoch zugestehen, dass der Versandhandel in Ländern, wo er bereits legal war fast praktisch keine Bedrohung für den traditionellen Vertrieb darstellte. So betrug zum Beispiel in der Schweiz der Internet-Marktanteil bei Arzneimitteln weniger als 1%, in den Niederlanden sogar nur 0,05%.

Auch wenn derartige Aktionen daraufhin deuteten, dass eine neue Bewegung in der Reform der Arzneimittelpolitik wohl kaum noch vom *Runden Tisch* ausgehen würde,<sup>962</sup> traf dieser am 22. April 2002 doch noch ein letztes Mal zusammen und zog Bilanz nach fast einjähriger Tätigkeit. Als eines der wichtigsten Ergebnisse wurde hier die prinzipielle Befürwortung des Internetversandhandels gewertet. Dieser sollte allerdings, so das Anliegen der Gesundheitsministerin, nur unter Gewährleistung von Arzneimittelsicherheit und Verbraucherschutz zulässig sein.

Da aber auch weiterhin die Apotheker alle konkreten Vorhaben zu Realisierung ablehnten, schien der *Runde Tisch* letzten Endes doch nicht die Erwartungen der Akteure und der Gesundheitsministerin erfüllt zu haben. Im Grunde hatte auch hier jeder gegen jeden gekämpft, genauso wie in der *Konzertierten Aktion*, die gerade deswegen von der rot-grünen Bundesregierung nicht mehr favorisiert worden war.

Im Allgemeinen zeigten sich die Teilnehmer dieser letzten Sitzung eher enttäuscht von "ihrem *Runden Tisch*", was unter anderem auch auf der Tatsache beruhte, dass sich einige Akteure aufgrund der dem Gremium über gezeigten Ignoranz, mit welcher SPD-nahe Gesundheitsexperten kürzlich Thesen für das SPD-Wahlprogramm entwickelt hatten, übergangen fühlten.<sup>963</sup>

Als Ende April 2002 die neusten Statistiken zur Ausgabenentwicklung bei Medikamenten veröffentlicht wurden, gab dies Grund zu einem Hoffnungsschimmer. Denn angesichts der Tatsache, dass im Februar 2002 noch ein Kostenanstieg von 6,6%, im März allerdings nur noch von ca. 1,5% zu verzeichnen war, ließ darauf schließen, dass das Sparpaket von Ulla Schmidt offenbar doch noch Wir-

<sup>962</sup> Vgl. Apotheker rüsten gegen den Versandhandel auf, in: ÄZ vom 22.04.2002.

<sup>963</sup> Vgl. Stellungskampf der Lobbyisten, in: SZ vom 23.04.2002; Modernisierung des Gesundheitswesens „Runder Tisch“ legt Empfehlungen vor, in: BMG-Pressemitteilung vom 22.04.2002, [www.bmggesundheits.de/bmg-text/presse/2002ministerium/41.htm](http://www.bmggesundheits.de/bmg-text/presse/2002ministerium/41.htm).

kung auf die Arzneimittelausgaben gezeigt hatte.<sup>964</sup> Vor allem die Kassenärzte waren jetzt optimistisch und betrachteten die "Trendwende" als geschafft. Die Kassen hingegen blieben weiterhin skeptisch und warnten vor voreiligen Schlussfolgerungen.<sup>965</sup>

Nachdem aufgrund der für die SPD schlechten Wahlergebnisse in Sachsen-Anhalt ein Regierungswechsel in Magdeburg zu Gunsten der Opposition stattgefunden hatte, verfügten von nun an die Unionsparteien im Bundesrat mit 35 der 69 Stimmen über eine eigene Mehrheit.

Dies bedeutete, dass die Regierungsparteien trotz ihrer Bundestagsmehrheit, bei zustimmungspflichtigen Gesetzen im Bundesrat künftig auf die Stimmen der Union angewiesen war, was auch für die nach den Parlamentswahlen geplante rot-grüne Gesundheitsreform der Fall sein würde.<sup>966</sup>

Angesichts der seit Wochen anhaltenden Protestaktionen der Apotheker gegen den Versandhandel schlug Gesundheitsministerin Schmidt diesen gegenüber jetzt schärfere Töne an und ließ am 22. Mai 2002 in Berlin verlauten, dass einige Apotheken bei überzogenen Protesten ihre Kassenzulassung verlieren könnten. Zumal bereits schon die Initiative "pro Apotheke Bonn-Rhein-Sieg" Anfang Mai der Gemünder Ersatzkasse (GER) aufgrund der dortigen Einführung des Versandhandels schriftlich angekündigt hatte, diese so lange zu boykottieren, bis sie "faire Regeln im Umgang mit den Apotheken vor Ort einhalte". Ulla Schmidt erklärte, die Apotheken hätten mit ihrer Kampagne "den Rubikon überschritten" und würden die Patienten massiv verunsichern.<sup>967</sup>

#### 14.5. Ergebnis der Teilanalyse

Verwirrung aber auch Ernüchterung bestimmten die Einführungsphase der Aut-idem-Regelung zu Beginn des Jahres 2002. Während Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hinnehmen musste, dass die erhofften Einsparungen von über 200 Millionen Euro zumindest im laufenden Jahr nicht mehr realisiert werden konnten, wurden nicht nur Ärzte und Apotheker, sondern auch die oft vergessenen Patienten von Verunsicherung heimgesucht. Für Verärgerung und Verwirrung sorgte vor allem der Umstand, dass sich die Bedeutung des Kästchens "Aut

<sup>964</sup> Vgl. Arzneiumsätze steigen moderat, in: ÄZ vom 22.04.2002.

<sup>965</sup> Vgl. Gespart oder nicht gespart? Kassen contra KBV, in: ÄZ vom 13.05.2002.

<sup>966</sup> Vgl. Ohne die Union geht nichts mehr im Bundesrat, in: FAZ vom 23.04.2002.

<sup>967</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Ulla Schmidt droht Apotheken mit harten Sanktionen, in: SZ vom 23.05.2002.

idem" auf dem Verordnungsblatt umgekehrt hatte. Während der Arzt bei der alten Regelung Aut-idem ankreuzte, um dem Apotheker die Substitution zu gestatten, musste er nunmehr das gleiche Kästchen auf dem Rezept ankreuzen, um dem Apotheker die Substitution zu untersagen.

Sowie die Ärzteschaft des Hartmannbunds als auch der Berufsverband der Deutschen Internisten bezogen Stellung gegen die Aut-idem-Regelung. Die Internisten riefen alle Ärzte auf, die Substitution durch den Apotheker auf dem Rezeptblatt generell ausdrücklich auszuschließen. Der Hartmannbund sprach sich sogar offen für die Politisierung der Arztpraxen durch bundestagswahlkampforientierte Plakate in Warte- und Sprechzimmern aus.

Nachdem Gesundheitsministerin Ulla Schmidt im Jahre 2001 die Arzneimittelbudgets aufgehoben hatte und sich noch für das gleiche Jahr ein Krankenkassendefizit von 2,8 Milliarden Euro eingestehen musste, stiegen die Arzneimittelausgaben auch weiterhin unverhältnismäßig stark. Die Ministerin legte daher wiederum ihr Augenmerk auf den Arzneimittelsektor, dessen Ausgabenentwicklung somit auch weiterhin im Brennpunkt der Gesundheitspolitik stand.

Neben der Umsetzung der Aut-idem-Regelung und der Ausschöpfung aller vorhandenen Einsparmöglichkeiten des Arzneimittel-Sparpaketes setzte die Gesundheitsministerin jetzt auch auf eine kritischere Bewertung von Arzneimittel-Innovationen, denn diese galten für Schmidt als die Hauptverursacher der hohen Arzneimittelausgaben. Daher beauftragte sie den Bundesausschuss, Listen mit jenen neuen Medikamenten zu erstellen, welche Analogpräparate darstellten und eventuell teurer veräußert wurden, als schon existierende Präparate, um diese gegebenenfalls von der Erstattungsfähigkeit ausschließen zu können.

Seriöse Vorhersagen über den tatsächlichen Entlastungseffekt des Arzneimittelsparpakets konnte das Bundesgesundheitsministerium nicht machen, daher musste Ulla Schmidt darauf vertrauen, dass die Selbstverwaltung, auch nach Abschaffung von Budgets und Kollektivregress, verantwortlich mit ihrem Auftrag umging. Auch ansonsten blieb Ulla Schmidt im ersten Halbjahr 2002 weiterhin auf ihrem Konsenskurs gegenüber allen Akteuren und sah vor der Bundestagswahl auch sicherheitshalber keine Reformen mehr vor. Ab 2003 aber plante sie, sowohl die Einrichtung eines unabhängigen Instituts, dessen Aufgabe darin bestehen sollte, den wirklichen Nutzen neuer Arzneimittel festzustellen und zu bewerten, als auch die Nominierung eines Arzneimittelinspektors, um die Pharmaindustrie unter Aufsicht zu stellen.

Die Idee, in Zukunft die Relation von Kosten und Nutzen bei Arzneimitteln durch eine unabhängige Institution untersuchen zu lassen, entstammte dem *Runden Tisch*, einem Gremium, das die Gesundheitsministerin am 7. Mai 2001 zur gemeinschaftlichen Problemlösung im Gesundheitswesen ins Leben gerufen hatte. Aber weder Opposition noch Pharmaindustrie und Ärzteschaft waren von dessen Vorschlägen begeistert, da somit angeblich eine immer größere Bürokratiehürde geschaffen wurde.

Als dann auch der *Runde Tisch* am 22. Mai 2002 zum letzten Mal vor der Bundestagswahl zusammenkam, wirkten dessen ein Jahr zuvor noch sehr optimistisch gewesenen Teilnehmer eher frustriert, denn das Gremium schien nicht nur die Erwartungen von Akteuren und auch Gesundheitsministerin enttäuscht zu haben, sondern auch von SPD-nahen Gesundheitsexperten bei dessen Erarbeitung der für das bereits feststehende Wahlprogramm verfassten Thesen ignoriert worden zu sein.

Nachdem in den vorangegangenen Jahren die Arzneimittelpolitik als Schwerpunktthema in der Gesundheitspolitik angesehen werden musste, wurde darüber in den Wahlprogrammen aller Parteien zur Bundestagswahl im September 2002 überraschend wenig geschrieben. Die SPD machte nur oberflächlich Aussagen zur Arzneimittelpolitik und versprach lediglich, wie zuvor angekündigt, die sichere Versorgung mit Arzneimitteln. Was die konkrete Realisierung dieses Versprechens im Rahmen des SPD-Wahlprogramms betrifft, so lassen die dortigen Ausführungen darauf schließen, dass Ulla Schmidt ihre Position in der Arzneimittelpolitik bei der SPD-Spitze durchsetzen konnte. Auch erwähnte die SPD in ihrem Wahlprogramm, im Gegensatz zu 1998, die Budgets nicht mehr. Dies lag daran, dass Schmidt diese bei ihrer Amtsübernahme Anfang 2001 auf Drängen der Ärzteschaft sowie aufgrund der Undurchsetzbarkeit derselbigen, absetzte.

Das ehemalige Ziel von 1998, die Zuzahlungen zu reduzieren, hatte die rot-grüne Bundesregierung allerdings erfüllen können und führte diese daher in dem neuen Programm nicht mehr auf.

Nach all den Querelen mit den Ärztedemonstrationen gegen die Arzneimittelbudgetierung, hob die SPD nun die zukünftige Versorgung mit Arzneimitteln besonders hervor. Sie versprach in ihrem Programm 2002, dass diese auch in Zukunft hochwertig bleiben und Innovationen ermöglichen wird. Wahrscheinlich erhoffte sich die SPD hierdurch mehr Wählerstimmen, da die Bevölkerung bereits zu genüge verärgert war. Die Grünen schienen in ihrem Wahlprogramm die Gesundheitspolitik im Allgemeinen tunlichst weitgehendst vermeiden zu wollen. Dies hing wohl mit der Tatsache zusammen, dass die umstrittene grüne Gesundheitsminis-



terin Andrea Fischer wegen ihrer Inkompetenz, zumindest aus Sichtweise der Öffentlichkeit, mitten in der Legislaturperiode abgelöst werden musste.

Die Union wiederum versprach in ihrem Programm den Ärzten, keine Budgets einzuführen und trat weiterhin für Therapiefreiheit statt Listenmedizin ein. Auf die Arzneimittelpolitik selber ging die Union nur sehr vage ein und beschrieb auch nicht, wie sie den entsprechenden Markt zu regeln gedachte.

Bis auf die FDP erwähnten alle Parteien in ihren Wahlprogrammen, dass sie die Zweiklassenmedizin ablehnten. Obwohl die FDP sich immer sehr in der Arzneimittelpolitik engagiert hatte, wurde abgesehen von der schon 1998 formulierten Forderung nach Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Arzneimittel, keine weitere Forderung in das Wahlprogramm aufgenommen.

Die PDS griff in ihrem Wahlprogramm besonders die Pharmaindustrie an, welche sie als Hauptverursacher der Preistreiberei bezeichnete. Daher wurde mehr Regulierung im Arzneimittelmarkt gefordert, um den Einfluss der Pharmaindustrie zurückzudrängen. Somit blieb auch die PDS im Großen und Ganzen ihrem vorherigen Wahlprogramm treu.



## 15. Die Fruchtlosigkeit sämtlicher Kostendämpfungsmaßnahmen in der Arzneimittelpolitik

Das beängstigende Defizit von bereits mehr als 800 Millionen Euro schon im ersten Quartal 2002, welches die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) aufwies, wurde einstimmig von allen Kassenverbänden auf die in diesem Zeitraum im Vergleich zum Vorjahr um weitere 2,5% gestiegenen Arzneimittelausgaben zurückgeführt, bei welchen somit Mehrausgaben von 5,7 Milliarden Euro zu verzeichnen war.<sup>968</sup>

Am 3. Juli 2002 übergab die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch in Berlin als Ergebnis der wochenlangen Protestaktion "pro Apotheke" gegen die geplante Aufhebung des Versandhandelsverbots für Arzneimittel eine Sammlung von Listen mit insgesamt 7,7 Millionen Unterschriften.<sup>969</sup>

Aus den von Ulla Schmidt am 2. September 2002 präsentierten Daten der GKV ging hervor, dass diese trotz eines leichten Rücklaufs der Arzneimittelausgaben im Monat Mai durch einen erneuten Anstieg schließlich am Ende der ersten Jahreshälfte 2002 inzwischen ein Defizit von nunmehr über 2 Milliarden Euro zu verzeichnen hatte.<sup>970</sup>

Am 22. September 2002 fand die 15. Wahl zum Deutschen Bundestag statt, aus der die rot-grüne Bundesregierung als Sieger mit einem zweiten Vierjahresmandat hervorging. Die SPD mit Gerhard Schröder erreichte 38,5% der Stimmen und lag somit gleichrangig mit der CDU/CSU und deren Spitzenkandidat Edmund Stoiber. Die FDP kam auf 7,4% und die Grünen sogar auf 8,6% der Stimmen, während die PDS mit 4% der Stimmen nicht in den Bundestag nicht mehr einziehen durfte.<sup>971</sup>

### 15.1. Positionen der rot-grünen Bundesregierung

Unmissverständlich machte SPD-Fraktionschef Peter Struck am 4. Juni 2002 vor der Hauptversammlung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Berlin deutlich, dass nicht nur bei der Positivliste sondern auch bei den bis 2005 vorgesehenen Nachzulassungen für Arzneimittelinnovationen deren

<sup>968</sup> Vgl. Krankenkassen schon wieder mit hohem Defizit, in: FAZ vom 04.06.2002.

<sup>969</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: Millionen Patienten "Pro Apotheke", in: PZ Nr. 26 vom 27.06.2002.

<sup>970</sup> Vgl. Zwei Milliarden Euro Defizit bei den Krankenkassen, in: FAZ vom 30.08.2002.

<sup>971</sup> Vgl. Grüne verlangen mehr Einfluss, in: SZ vom 25.09.2002.

Vorteilhaftigkeit belegt werden müsse, wenn Arzneimittel von der GKV weiterhin bezahlt werden sollten.<sup>972</sup> Die Pharmaindustrie boome mit 11% Wachstum, weil die Ärzte nicht primär an medizinischer Rationalität orientiert verordneten. Daher lohne sich für die Industrie jede Mark, die sie in das Marketing ihrer Produkte investiere. Folglich, so Struck, liege die zentrale Aufgabe für die Krankenversicherung in der Kostendämpfung und nicht in der Regelung von Positivliste und Nachzulassungen was Aufgabe der Politik sei.<sup>973</sup>

Einen Tag später, am 5. Juni, verteidigte die Gesundheitsministerin Ulla Schmidt in Berlin ihre Reformpolitik. Anlässlich einer Bundespressekonferenz deutete sie die vorliegenden Statistiken als „sich abzeichnende Entspannung“ und wertete diese als Ergebnis am 1. Februar in Kraft getretenen Sparpakets der Bundesregierung. Allerdings warnte Schmidt vor einer überstürzten Entwarnung. Besonders erfreulich sei für sie, dass der Ausgabenzuwachs bei Arzneimitteln abflache und im ersten Quartal 2002 bei nur noch etwa 4% liege. Nunmehr in den ersten drei Monaten bei gut 4% liege. Dabei räumte sie aber ein, dass die Differenz zum offiziell aufgeführten Wert von nur 2,5% auf die Einmalzahlung der Pharmaindustrie in Höhe von 200 Millionen Euro an die Kassen zurückzuführen sei.<sup>974</sup> Erst im zweiten Halbjahr könne das Arzneimittelpaket der Bundesregierung dann voll wirksam werden, erklärte Schmidt und wies Einschätzungen zurück, die Kassen steckten in einer bedrohlichen Situation. Ihrer Ansicht nach habe die GKV immer wieder mit neuen Reformen fit gemacht werden können, was auch künftig so bleiben werde.<sup>975</sup>

Beim Thema Versandhandel ging Ulla Schmidt zur Offensive über: Am 1. Juli 2002, zwei Tage vor der Übergabe der bisher größten Unterschriftensammlung in Deutschland gegen den Arzneiversand, warb Schmidt in einem Brief an die Apotheker für den Versandhandel, in welchem sie erläuterte, dass die Beunruhigung von Apothekern und Patienten vor allem auf fehlende oder unzureichende Informationen zurückzuführen sei. Die Ministerin vertrat erneut ihre schon bekannte Position, dass das deutsche Versandhandelsverbot nicht EU-konform und demzufolge nicht mehr aufrechtzuerhalten sei. Sie forderte deshalb noch einmal, dass im Interesse der Apotheker und der Patienten aktiv eine neue Regelung gefunden werden müsse, bevor die EU „Fakten schaffe“.<sup>976</sup> Nur drei Tage später kündigte die Gesundheitsministerin in einem Interview mit der Süddeutschen Zeitung an, den Apothekern im Falle einer Bestätigung der

<sup>972</sup> Vgl. SPD will Priorität für Kostendämpfung, in: ÄZ vom 05.06.2002.

<sup>973</sup> Vgl. Laschet, Helmut: Missmut statt Mut – und Heilslehren statt Lösungen, in: ÄZ vom 05.06.2002.

<sup>974</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: Seehofer zurück auf der Polit-Bühne, in: PZ Nr. 24 vom 13.06.2002.

<sup>975</sup> Vgl. Ministerin Schmidt hofft auf stabile Kassenbeiträge, in: SZ vom 06.06.2002.

<sup>976</sup> Vgl. Rücker, Daniel: Befürworter starten Medien-Kampagne, in: PZ Nr. 27 vom 04.07.2002.

rot-grünen Koalition, nach der Wahl Vergünstigungen wie zum Beispiel die Praxis der Naturalrabatte zu streichen. Die Abschaffung dieser Handelspraxis, die den Apotheken Schätzungen zufolge 400 Millionen Euro Einnahmen im Jahr beschere, sei zum Vorteil der Patienten und werde zudem von den mittelständischen Pharmaherstellern begrüßt, so Schmidt.<sup>977</sup>

Am 1. August 2002 kommentierte Ulla Schmidt in einem Gespräch mit der Ärzte Zeitung ihre Eindrücke nach 17 Monaten Amtszeit. Hierbei äußerte sie unter anderem, dass die Beibehaltung der sektoralen Budgets zu Beginn ihrer Zeit als Ministerin auf das von der Union zu verantwortenden Scheitern wichtiger Teile der Gesundheitsreform 2000 in der ersten Hälfte der Legislaturperiode zurückzuführen sei. Die von ihr eingeführte Aut-idem-Regelung aber sei beispielsweise schneller akzeptiert worden, als man aufgrund der Expertendiskussionen hätte annehmen können. Dem Arzt bleibe mit dieser ja auch weiterhin die Freiheit zu entscheiden, ob und wann er die Substitution ausschließen könne, ergänzte Schmidt. Übrigens sei das noch machbare in punkto Maßnahmen immer sehr genau zu prüfen, wenn man 18 Monate vor einer Bundestagswahl Ministerin werde. Ulla Schmidt versicherte aber auch weiterhin für eine Stärkung des Solidaritätsprinzips und einen qualitätsgesicherten Leistungskatalog für alle Patienten zu sorgen, was beinhalte, dass auch in Zukunft Arzneimittel nach der Zulassung untersucht und mit den Eigenschaften anderer Medikamente verglichen werden müssen. Es sei nicht zu tolerieren, dass neue, teurere Analogpräparate (Me-too) ohne jeglichen Therapievorteil zu Lasten der Krankenkassen gingen. Abschließend bemerkte die Ministerin, sicher zu sein, den Bürgern im Wahlkampf die Ziele ihrer Gesundheitspolitik vermittelt zu haben.<sup>978</sup>

In den letzten Zügen des Wahlkampfes fand am 9. August 2002 ein Streitgespräch zwischen Schmidt und dem ehemaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer über die Gesundheitspolitik statt. Zum Thema Arzneiversand erklärte Schmidt erneut, es müsse zusammen mit den Apothekern gehandelt werden, da die Bundesrepublik nicht stets auf den Europäischen Gerichtshof warten könne. Außerdem seien die Patienten in der Schweiz und in den Niederlanden trotz Arzneiversand nicht schlechter versorgt, und die meisten Bürger nutzten offensichtlich trotzdem nach wie vor die Apotheken.

---

<sup>977</sup> Vgl. Naturalrabatte im Visier, in: ÄZ vom 05./06.07.2002.

<sup>978</sup> Vgl. Kautz, Hanno/Laschet, Helmut: Qualität ist die einzige Chance für bezahlbare Medizin, in: ÄZ vom 02./03.08.2002.

Im Laufe der Diskussion widersprach die Ministerin Seehofers Einwand, sie habe zu schnell das Budget aufgehoben und Unwirtschaftlichkeiten gefördert. Mit Zufriedenheit erklärte sie, dass durch ihre Arzneimittelsparpläne die Ausgaben im ersten Halbjahr nur noch um 2,4% gestiegen seien, was schon ein Erfolg aber noch nicht genug sei. In diesem Zusammenhang gab Ulla Schmidt auch zu, dass es aus derzeitiger Sicht besser gewesen wäre, das Sparpaket noch früher einzusetzen, denn die Arzneimittelausgaben wären bereits im vierten Quartal 2000 alarmierend gestiegen, aber da sei sie noch keine Gesundheitsministerin gewesen.<sup>979</sup>

## 15.2. Positionen von CDU/CSU, FDP und PDS

Im dem bereits erwähnten Streitgespräch zwischen Gesundheitsministerin Schmidt und Horst Seehofer am 9. August 2002 über die Gesundheitspolitik erklärte Seehofer, er sei für mehr Wirtschaftlichkeit aber gegen die Illusion, dass sich durch höhere Effizienz das System erhalten ließe. Er griff die Gesundheitsministerin an, indem er ihr vorhielt, beim Sparpaket und der Abschaffung des Arzneimittelbudgets gravierende Fehler gemacht und so das Milliardendefizit der Kassen verursacht zu haben. Zudem seien die Beiträge gestiegen, was bedeute, dass Schmidt die Unwirtschaftlichkeit gefördert habe. Seehofer sprach sich für die Aufhebung „in die Billigmedizin führenden“ Aut-idem-Regelung aus und forderte die Beibehaltung von Arzneimittelsicherheit und wohnortnaher Versorgung. Daher lehnte er auch den Internethandel ab, bei dem die Gewinne dem „Web“ zukämen und der Apotheker nur das Nacht- und Notgeschäft übrig bleibe.<sup>980</sup>

## 15.3. Positionen der halbstaatlichen und privaten Akteure

Die Geschäftsführerin des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA) Cornelia Yzer äußerte am 3. Juni 2002 in Berlin scharfe Kritik an der Arzneimittelpolitik der SPD, da diese zwar ein Bekenntnis zu Innovationen ablege, aber höhere Kosten für neue Arzneimittel nur dann erstatten wolle, wenn durch unabhängige Sachverständige ein Zusatznutzen bestätigt sei. Weiter kritisierte Yzer, als Folge der Budgetierung hätten sich wesentliche Parameter wie die Le-

<sup>979</sup> Vgl. Graupner, Heidrun/ Hoffmann, Andreas: Von Patienten, Kassen und einer Oktoberfest-Einladung, in: SZ vom 10./11.08.2002.

<sup>980</sup> Vgl. Graupner, Heidrun/ Hoffmann, Andreas: Von Patienten, Kassen und einer Oktoberfest-Einladung, in: SZ vom 10./11.08.2002.

benserwartung oder die Sterblichkeit in Deutschland in den vergangenen zehn Jahren weniger positiv entwickelt als in den meisten anderen europäischen Ländern. Gleichzeitig sei aber hierzulande der Anteil der Arzneiausgaben an den gesamten Gesundheitskosten in den 90er Jahren gesunken, wogegen er anderswo gestiegen sei. Auch erreichten patentgeschützte Arzneien in Deutschland nur 24% der Ausgaben für Medikamente, was Deutschland wiederum zum Schlusslicht im europäischen Vergleich mache. Nach Auffassung des VFA bleibe somit das medizinische und wirtschaftliche Potential moderner Arzneimittel zum Teil ungenutzt und gehe zu Lasten der Patienten.<sup>981</sup>

Auf der Hauptversammlung des BPI am 4. Juni 2002 in Berlin forderte Vorsitzender Bernd Wegener eine "berechenbare Politik" um die innovative und exportstarke Pharma-Industrie auch im Hinblick auf Wachstum und Beschäftigung erhalten zu können. Nach Auffassung des BPI müssten vor allem sämtliche gesundheitspolitischen Eingriffe auf ihre Mittelstandskonformität überprüft werden. Sehr zurückhaltend bewertete der BPI die von Ulla Schmidt befürwortete Zulassung des Versandhandels mit Arzneimitteln, welcher, so Wegener, in der derzeitigen Situation aufgrund ungleicher Wettbewerbschancen nicht in Frage komme.<sup>982</sup>

Da sich die gesamte Pharmaindustrie der politischen Situation auf deutliche Preissenkungen bei patentfreien Medikamenten einstellen musste, war man vor allem in der Generikabranche alles andere als zufrieden mit Ulla Schmidts Neuregelungen.

Andreas Jäckel, Leiter des Bereichs Gesundheitspolitik beim Deutschen Generikaverband, erklärte, dass bei großen Pharmaunternehmen letztlich nur ein Teil der Umsätze betroffen sei, während es in seiner Branche um 100% des Geschäftes ginge. Sorge bereite ihm vor allem die Tatsache, dass das sogenannte untere Preisdrittel alle drei Monate neu definiert werden solle, denn dies beinhalte das Risiko eines "Kellertreppeneffekts" im Rahmen der Preisrunden, wenn nun auch die Originalhersteller progressiv ihre Preise senkten.<sup>983</sup>

Da die Krankenkassen trotz Erhöhung der Beitragssätze von durchschnittlich 13,6% auf 14% auch weiterhin in den roten Zahlen blieben, machten diese nun die Fruchtlosigkeit der Spargesetze dafür verantwortlich, dass die Ärzte die zugesagten Einsparungen im Arzneimittelbereich bislang um 500 Millionen Euro

<sup>981</sup> Vgl. Politik baut Hürden für den medizinischen Fortschritt, in: ÄZ vom 04.06.2002.

<sup>982</sup> Vgl. Die Pharmabranche fordert eine berechenbare Politik, in: ÄZ vom 05.06.2002.

<sup>983</sup> Vgl. Hofmann, Stefan: Pharmapreise gehen auf Talfahrt, in: Handelsblatt vom 03.06.2002.

verfehlt hätten. Angesichts dieser Entwicklungen warnte unter anderem auch Joachim Odenbach von den Innungskrankenkassen vor einer weiteren Beitragserhöhungswelle.<sup>984</sup>

Ungeachtet der Klagen und Warnungen der Kassen sahen die Vertragsärzte jedoch keine Möglichkeiten, die Ausgaben für Arzneimittel unter das Niveau des Vorjahres zu drücken. Die mit den Krankenkassen ausgehandelten Zielvereinbarungen, wonach die Ausgaben für Arzneimittel in Jahr 2002 um 5% gesenkt werden sollten, ließen sich einfach nicht mehr einhalten. Leonhard Hansen, zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), sah dennoch eine Trendwende bei den Arzneimittelausgaben, als im Mai 2002 die Apothekenumsätze im Rahmen der GKV um 1,7% im Vergleich zum Vorjahr gesunken waren. Dennoch, räumte Hansen ein, sei das mit den Kassen vereinbarte Ziel unrealistisch und eine Senkung der Arzneimittelausgaben unter das Vorjahresniveau ohne Rationierung nicht möglich. Mit einer erwarteten Kostensteigerung von unter 5% bleibe man aber trotzdem deutlich unter den Werten des letzten Jahres. Der zweite Vorsitzende der KBV Hansen sah sich durch die vorliegenden Zahlen der Arzneimittelausgaben auch in seiner Forderung nach noch mehr Eigenverantwortung für die Selbstverwaltung bestätigt und räumte ein, mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz habe man schon den richtigen Weg eingeschlagen. Hansen resümierte, dass der Wechsel weg von staatlichen Interventionen hin zu einer Verantwortungspartnerschaft zwischen Ärzten und Krankenkassen geglückt sei, denn gäbe es diese Partnerschaft nicht, betrügen die Arzneimittelausgaben allein für 2002 etwa 1,1 Milliarden Euro mehr. Der Hauptgeschäftsführer der KBV, Rainer Hess, gab allerdings zu bedenken, dass die Ärzte keinen Einfluss auf die preistreibenden Marketingstrategien der Pharmaindustrie hätten, zumal zu beobachten sei, dass bedauerlicherweise die Sozialversicherung inzwischen die Zechen für den wirtschaftlich starken Pharmasektor zahlen müsse. Auch Hess beurteilte, ähnlich wie Hansen, die Steuerungsinstrumente der Ärzte als unzureichend.<sup>985</sup>

---

<sup>984</sup> Vgl. Krankenkassen schreiben trotz Beitragserhöhungen tiefer Zahlen, in: Handelsblatt vom 04.06.2002.

<sup>985</sup> Vgl. Rabatta, Samir: Die Therapie schlägt an, in: DÄBl. Heft 30 vom 26.07.2002.



#### 15.4. Konflikt- und Konsensprozesse aller Akteure

Die Finanzkrise der Krankenkassen spitzte sich weiter zu, denn trotz der gestiegenen Beiträge zu Beginn des Jahres 2002 wurde schon das erste Quartal erneut mit einem Minus von mehreren 100 Millionen Euro abgeschlossen.<sup>986</sup>

Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt stand angesichts dieser neusten Schreckensbilanz der Krankenkassen ein schwerer Gang bevor, denn ihre Aufgabe war es die GKV-Zahlen auf der Bundespressekonferenz am 5. Juni 2002 in Berlin vorzustellen. Allerdings interpretierte sie hier die Tatsache, dass die Arzneimittelkosten "nur relativ moderat angezogen" hätten als Erfolg des Sparpakets der Bundesregierung. Auch der umstrittene, zwischen Regierung und Pharmaindustrie ausgehandelte Solidarbeitrag wurde von ihr gewürdigt, da ohne diese "Finanzspritze" nach Angaben der Ministerin der Ausgabenanstieg für Arzneimittel sogar bei knapp 4% gelegen hätte.<sup>987</sup>

Unterdessen lief im Juni 2002 der Wahlkampf auf Hochtouren und beeinflusste deutlich das Geschehen. So warfen sich CDU und SPD bei der BPI-Hauptversammlung am 4. Juni in Berlin gegenseitig vor, den Weg in die Zweiklassenmedizin beschritten zu haben. CDU-Fraktionschef Friedrich Merz plädierte daraufhin für den Abbau staatlicher Regulierungsmaßnahmen des Gesundheitsmarktes zu Gunsten der Selbstverwaltung, wogegen SPD-Fraktionsvorsitzender Peter Struck forderte, dass nach der Wahl eine scharfe Kosten-Nutzen-Prüfung neuer Arzneimittel von Seiten der Regierung Arzneimitteln einzuführen sei. Struck sprach sich ebenfalls für die Erstellung einer Positivliste aller Medikamente aus, um den PR-Strategien der Pharmahersteller entgegenwirken zu können.<sup>988</sup>

Abseits der politischen Auseinandersetzungen von SPD und CDU spitzte sich allerdings auch der Konflikt um die Einhaltung der Zielvereinbarungen der Arzneimittelkosten zwischen Kassen und Ärzten zu. Einerseits warfen die Kassen den Ärzten vor, ihr Versprechen, rationeller zu verordnen, nicht eingehalten zu haben. Andererseits wertete die KBV die GKV-Bilanz als Beweis dafür, dass die Kassen ihre Verwaltungskosten "nicht im Griff" hätten.<sup>989</sup>

Mittlerweile tauchte bei der zum 1. Juli 2002 vorgesehenen Umsetzung der Aut-idem-Regelung ein massives Zeitproblem auf: Am 12. Juni 2002 sollten die Kassen für jeden Wirkstoff die jeweils obere Preislinie des unteren Preisdrittels

<sup>986</sup> Vgl. Hoffman, Andreas/ Sturm, Norbert: Kassen fehlen mehr als 600 Millionen Euro, in: SZ vom 04.06.2002.

<sup>987</sup> Vgl. Arzt-Honorare im Osten wachsen stärker als im Westen, in: ÄZ vom 06.06.2002.

<sup>988</sup> Vgl. Siems, Dorothea: Heftiger Streit um Gesundheitswesen, in: Die Welt vom 05.06.2002.

<sup>989</sup> Vgl. Ärzte und Kassen werfen sich Fehler vor, in: ÄZ vom 07./08.06.2002.

bekannt geben. Genau an diesem Tag endete aber auch die den Herstellern gesetzte Frist, um noch Preisveränderungen melden zu können, welche zum 1. Juli 2002 wirksam werden sollten. Dies bedeutete, dass selbst bei optimaler technischer Kommunikation die betroffenen Hersteller nur wenige Stunden Zeit hatten, über eventuelle preispolitische Konsequenzen bei ihren Produkten zu beraten und zu entscheiden. Der Verband der Generikahersteller sah darin einen Widerspruch zum Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz, welches ausdrücklich vorsah, den Unternehmen hinreichende Planungssicherheit und Reaktionsmöglichkeiten zu gewähren.<sup>990</sup>

Trotz alledem teilte das Bundesgesundheitsministerium noch am 12. Juni 2002 mit, die Aut-idem-Regelung könne nun doch ab dem 1. Juli 2002, zumindest bei den ersten 112 Wirkstoffen, in vollem Umfang angewendet werden. Nachdem der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen (BAK) bereits im Mai 2002 die notwendigen Hinweise zu therapeutisch vergleichbaren Darreichungsformen bei Arzneimitteln veröffentlicht hatte, konnten nun die Spitzenverbände der Krankenkassen nun auch für jede Wirkstoffgruppe die jeweils obere Grenze des dazugehörigen unteren Preisdrittels bekannt geben.<sup>991</sup> Hierzu erklärte Gesundheitsministerin Schmidt, mit dieser Bekanntgabe sei jetzt die letzte Voraussetzung zur Umsetzung der Aut-idem-Regelung für den größten Teil des Marktsegmentes der generikafähigen Arzneimittel geschaffen. Die neuen Angaben betrafen Arzneimittel, die einen GKV-Umsatz von ca. 2 Mrd. Euro ausmachten. Allerdings hätten bereits im Vorfeld sowohl forschende Pharmafirmen als auch Generikahersteller Preissenkungen für die betroffenen Arzneimittel angekündigt, was bedeute, dass die Patienten weiterhin qualitativ hochwertige Arzneimittel erhielten, aber zu niedrigeren Preisen. Dies, so Schmidt, entlaste die Arzneimittelausgaben der GKV und erschließe Wirtschaftlichkeitsreserven zur Verordnung innovativer Arzneimittel.<sup>992</sup>

Nachdem auf Initiative der ABDA in fast allen Apotheken eine zweimonatige Unterschriftenaktion unter dem Motto "pro Apotheke" gegen die von der rot-grünen Bundesregierung geplante Aufhebung des Versandhandelsverbots für Arzneimittel stattgefunden hatte, wurden der Parlamentarischen Staatssekretärin, Gudrun Schaich-Walch, am 3. Juli 2002 in Berlin Listen mit etwa 7,7 Millionen Unterschriften übergeben.<sup>993</sup> Schaich-Walch zeigte sich beschwichtigend und versü-

---

<sup>990</sup> Vgl. Austauschregeln bei Aut-idem werden immer komplizierter, in: ÄZ vom 07./08.06.2002.

<sup>991</sup> Vgl. Preisdrittel festgelegt, in: DÄBl. Heft 25 vom 21.06.2002.

<sup>992</sup> Vgl. Gesundheitsministerin Ulla Schmidt: Arzneimittelpreise können weiter sinken, in: BMG-Pressemitteilung Nr. 64 vom 12.06.2002, [www.bmggesundheits.de/bmg-text/presse/2002/64.htm](http://www.bmggesundheits.de/bmg-text/presse/2002/64.htm).

<sup>993</sup> Vgl. 7,7 Millionen Unterschriften gegen den Arznei-Versandhandel, in: ÄZ vom 04.07.2002.

cherte, die Bundesregierung nehme die Sorgen der Patienten und Apothekern Ernst und setzte sich auch weiterhin für den Erhalt der ortsnahen Apotheke ein. Der ehemalige Gesundheitsminister Horst Seehofer, der erst am 10. Juni 2002 nach schwerer Krankheit wieder politisch aktiv wurde,<sup>994</sup> nutzte die Gunst der Stunde, um sich hinter die Apotheker zu stellen und seinen Befürchtungen bezüglich der Arzneimittelsicherheit beim Internetversandhandel Ausdruck zu verleihen.<sup>995</sup>

Die Unterschriftenaktion der Apotheken hatte zwar das Bundesgesundheitsministerium beeindruckt, aber weder diese noch die Proteste der Opposition konnten Ulla Schmidt nicht zur Umkehr zu bewegen. Die Zulassung des Arzneimittelversandhandels stand daher auch weiterhin auf der Tagesordnung.<sup>996</sup>

Mit Bezugnahme auf neuste Statistiken zu den Arzneimittelausgaben, aber vor allem angesichts der bevorstehenden Bundestagswahl, sorgte Ulla Schmidt noch im August 2002 für Verwirrung, indem sie Beitragsstabilität für das laufende Jahr versprach, jedoch im gleichen Atemzug die Möglichkeit erwähnte, das einige Kassen dennoch ihre Beiträge erhöhen würden.<sup>997</sup>

Als kurze Zeit später nun auch der Hartmannbund mit einer Plakataktion in Sprech- und Wartezimmern gegen die Gesundheitspolitik der Regierungskoalition demonstrierte und vor dem "Ausbluten der Gesundheitssysteme" warnte, setzte sich Ulla Schmidt heftig zur Wehr und bezeichnete diesen Akt als nicht nur verantwortungslos, sondern sogar geschmacklos. Der Chef des Hartmannbundes, Hans Jürgen Thomas, dachte jedoch nicht daran, die Protestaktion einzustellen. Die Ärzte hätten aus ihrem beruflichen Selbstverständnis heraus die gesellschaftspolitische Verpflichtung, ihre Patienten auf drohende Einschränkungen hinzuweisen, rechtfertigte er sich und erklärte, der Hartmannbund befürchte bei einer Fortsetzung der rot-grünen Gesundheitspolitik sowohl Rationierungen bei Gesundheitsleistungen als auch die Einschränkung der freien Arztwahl sowie ein Chaos bei der Medikamentenversorgung.<sup>998</sup>

Am 2. September 2002, also 20 Tage vor der Wahl, sah sich Ulla Schmidt gezwungen, ein vorläufiges Defizit der GKV in Höhe von 2,4 Milliarden Euro bekannt zu geben. Die Schuld an diesem Defizit hätten vor allem die Ärzte zu tragen, behauptete Schmidt, da diese zu viel verschrieben und die Kosten sparen-

---

<sup>994</sup> Vgl. Horst Seehofer kehrt in die Politik zurück, in: ÄZ vom 11.06.2002.

<sup>995</sup> Vgl. Acht Millionen Unterschriften, in: DÄBl. Heft 28-29 vom 15.07.2002.

<sup>996</sup> Vgl. Bellartz, Thomas: 7,7 Millionen gegen den Versandhandel, in: PZ Nr. 28 vom 11.07.2002.

<sup>997</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas: Krankenkassen rechnen mit höheren Defizit, in: SZ vom 22.08.2002.

<sup>998</sup> Vgl. Thelen, Peter: Schmidt wirft Ärzten unsoziale Protestpolitik vor, in: Handelsblatt vom 16./17.08.2002.

der Behandlungsprogramme für chronisch Kranke blockierten. Hauptsächlich kritisierte sie, dass die von der Selbstverwaltung getroffenen Vereinbarungen zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungen bisher keine Wirkung gezeigt hätten. Interessanterweise hatte sie Anfang Juni 2002 noch genau das Gegenteil behauptet.

Daher wies KBV-Vorsitzender Manfred Richter-Reichhelm die Vorwürfe Schmidts auch unverzüglich zurück und erklärte, die Ärzte ließen sich nicht zum "Sündenbock" für das Defizit der GKV machen. Der KBV-Hauptgeschäftsführer Hess wies seinerseits darauf hin, dass die Zielvereinbarungen zwischen Ärzten und Kassen in einigen KVen durchaus Wirkung gezeigt hätten, man aber generell den hierzu vereinbarten Steuerungsinstrumente mehr Zeit geben müsse, um deren Wirkung entfalten zu können.<sup>999</sup> Die Union interpretierte die Ergebnisse als Quittung für die völlig verfehlte Gesundheitspolitik der rot-grünen Bundesregierung und ließ durch ihren Gesundheitsexperten Seehofer ankündigen, nach einem eventuellen Wahlsieg die Beitragssteigerung unter Vorlage eines Entwurfs zu einer umfassenden Gesundheitsreform noch zum Frühjahr 2003 zu verhindern. Allerdings konnte sich auch Seehofer nicht verkneifen, darauf hinzuweisen, dass er im Grunde nichts versprechen könne.<sup>1000</sup> Auch der gesundheitspolitische Sprecher der FDP, Dieter Thomae, warf Schmidt vor, sie sei nicht im Stande, die Finanzierung der GKV zu stabilisieren und forderte "Wahlfreiheit, Wettbewerb, Eigenverantwortung, Transparenz und Therapiefreiheit". Erneut stellte sich heraus, dass zu diesem Zeitpunkt die Arzneimittelpolitik als solche im Grunde keine Rolle mehr spielte, und es hauptsächlich um die wahlkampfaktisch interessanteren Kassenbeiträge ging.

BPI-Hauptgeschäftsführer Henning Fahrenkamp widersprach jetzt den Darstellungen Ulla Schmidts, laut welchen vor allem der Anstieg der Arzneimittelausgaben für das Defizit der GKV verantwortlich sei. Hierbei berief er sich auf die Tatsache, dass es angeblich fünf weitere Bereiche gebe, in denen der Kostenanstieg den der Arzneimittel von 3,9% übersteige, so zum Beispiel die Fahrt- und Verwaltungskosten oder auch die Krankenpflege.<sup>1001</sup>

Als Anfang September 2002 aus den neusten ABDA-Daten zu den Arzneimittelausgaben hervorging, dass auch im Juli statt eines Rückgangs ein Ausgabenanstieg von 1,93 Milliarden Euro, also von 8,2% zu verzeichnen war. Somit war endgültig klar, dass die Zielvereinbarungen zwischen KVen und Krankenkassen,

---

<sup>999</sup> Vgl. Rabbata, Samir: Kritik an Kassenärzten, in: DÄBl. Heft 37 vom 13.09.2002.

<sup>1000</sup> Vgl. Hoffmann, Andreas/ Wirtz, Christiane: Ärzte boykottieren rot-grüne Gesundheitsreform, in: SZ vom 03.09.2002.

<sup>1001</sup> Vgl. Pharmaindustrie wehrt sich, in: FAZ vom 06.09.2002.

die von einer Ausgabensenkung um bis zu 5% ausgingen, auf keinen Fall mehr eingehalten werden konnten.<sup>1002</sup>

Mitte September 2002 wurden Patienten vom Meinungsforschungsinstitut Infratest im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) zur Aut-idem-Regelung befragt. Das Ergebnis war, dass gut zwei Drittel der 55 bis 75-jährigen Bundesbürger sich gegen die Aut-idem-Regelung aussprachen. Für die dadurch als schlechter bewertete Medikamentenversorgung machte die Hälfte der Befragten die Politiker verantwortlich, nur 2% gaben den Ärzten die Schuld. Da eine deutliche Mehrheit (91%) die Ärzte als wichtigste Ansprechpartner bei der Wahl des richtigen Medikamentes ansah, wurde auch in dieser Umfrage die Meinung laut, dass die Therapiefreiheit des Arztes aufrechterhalten müsse.

Auch hielten es 83% aller Befragten es für wünschenswert, wenn nicht sogar unverzichtbar, dass chronisch Kranke auch weiterhin die ihnen vertrauten Medikamente erhielten. 61% glaubten nicht an die gleiche Wirkung und Verträglichkeit eines Aut-idem-Arzneimittels. Zwar befürworteten 54% der Befragten die Möglichkeit der Abgabe billiger Medikamente durch die Apotheke, jedoch wünschten 68% auch weiterhin, dass Ärzte konkrete Arzneimittelnamen auf das Rezept schrieben, ohne dass die Apotheker von der Verschreibung abweichen dürften.<sup>1003</sup>

Ekkehard Bahlo, Präsident der DGVP, kommentierte das Gesamtergebnis mit der Schlussfolgerung, dass die seit Mitte 2002 realisierte Aut-idem-Regelung voll und ganz an den Erwartungen der Bürger vorbeigehe. Wieder einmal, klagte er, habe sich die Politik nicht an den Bedürfnissen der Patienten orientiert.<sup>1004</sup> Das Ergebnis der DGVP-Umfrage stellte für Ulla Schmidt eine zusätzliche schlechte Botschaft dar, da ihre Überzeugung, dass die Aut-idem-Regelung in der Bevölkerung besser als angenommen akzeptiert werde, durch dieses zunichte gemacht wurde.<sup>1005</sup>

Im Rahmen eines erneuten Angriffs der Kassen auf die Ärzte machte BKK-Chef Wolfgang Schmeinck am 18. September 2002 die Vertragsärzte für die weit über Plan steigenden Arzneimittelausgaben verantwortlich und forderte die Bereitstellung "struktureller Instrumente", worunter er Festbeträge, Budgets, Positivliste

---

<sup>1002</sup> Vgl. Sparziele auf dem Arzneimittelmarkt bleiben weit weg von der Realität, in: ÄZ vom 06./07.09.2002.

<sup>1003</sup> Vgl. Patienten pfeifen auf Aut-idem, in: Ärztliche Praxis vom 17.09.2002.

<sup>1004</sup> Vgl. Mehrheit der Bürger spricht sich gegen die Aut-idem-Regelung aus, in: ÄZ vom 11.09.2002.

<sup>1005</sup> Vgl. Macht Aut-idem Generika teurer?, in: ÄZ vom 12.09.2002.

sowie rechtssichere Arzneimittelrichtlinien verstand.<sup>1006</sup> Gleichzeitig drohten die GKV-Spitzenverbände den Ärzten an, die Überschreitungen der für 2002 vereinbarten Ausgabenbegrenzung bei Arzneimitteln gemäß der Regelungen des Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes bei den Honorarverhandlungen im Jahre 2003 geltend zu machen. Die Kassen beriefen sich dabei auf die Klausel, nach welcher Mehrausgaben durch entsprechende Honorarkürzungen in Folgeperioden kompensiert werden können.<sup>1007</sup> Mit ähnlichen Kritiken und Forderungen seitens zahlreicher Vertreter der Krankenkassen vergingen nun die letzten Tage bis zum allseits erwarteten Wahltag.

Am 22. September 2002 fand nun endlich die 15. Wahl zum Deutschen Bundestag statt, was zumindest der Propagandapolemik ein Ende setzte. Im Ergebnis trennten nur wenige tausend Stimmen die Unionsparteien von der SPD, die jedoch dank eines kaum vorhersehbaren Triumphes der Grünen zusammen mit diesen das Mandat für weitere 4 Jahre erhielt.<sup>1008</sup>

### 15.5. Ergebnis der Teilanalyse

Nachdem im ersten Quartal 2002 die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) geringfügiger angestiegen waren als im Vorjahreszeitraum, versuchte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die vorliegenden Zahlen gegenüber der Öffentlichkeit als positiv zu interpretieren. Aber obwohl sie fester Meinung zu sein schien, dass schließlich im zweiten Halbjahr 2002 das Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung seine volle Wirkung entfalten würde, bestand sie zu diesem Zeitpunkt noch darauf, dass es keinen "Grund zur Entwarnung" gebe.

Als Schmidt am 9. Juli 2002 endlich einen Rückgang der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherungen um 1,7% für den Monat Mai 2002 verkünden konnte, sah sich die Ministerin in der Wirksamkeit der von ihr eingeführten Steuerungsinstrumente, wie der Absenkung der Arzneimittelfestbeträge, der Erhöhung des Apothekenrabattes von 5% auf 6%, der Aut-idem-Regelung und auch der Umsetzung der mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz eingeführten Zielvereinbarungen durch die Selbstverwaltung bestätigt.

Allerdings musste die Gesundheitsministerin am 2. September 2002, also kaum zwei Monate später, erneut ein vorläufiges Defizit der GKV bekannt geben, dies

---

<sup>1006</sup> Vgl. Zorn und Ratlosigkeit bei den Krankenkassen, in: ÄZ vom 19.09.2002.

<sup>1007</sup> Vgl. Kassen drohen mit Kollektivstrafe, in: ÄZ vom 13./14.09.2002.

<sup>1008</sup> Vgl. Deckers, Daniel: Das Land driftet auseinander, in: FAZ vom 24.09.2002.

auch nur noch 20 Tage vor der Bundestagswahl. Es zeigte sich also, dass Ulla Schmidt trotz der Solidaritätszahlungen der Pharmaindustrie, des gestiegenen Kassenrabatts und der Selbstverpflichtung der Ärzteschaft die negative Tendenz in der GKV-Bilanz nicht aufzuhalten vermochte. Um ihre Steuerungsversuche in der Arzneimittelpolitik zu rechtfertigen, ermahnte sie nun die Kassenärzte, deren Teil der Abmachung zu halten. Das höchste Gebot der Regierungskoalition, nämlich die Beitragssätze der Kassen stabil zu halten, war der Gesundheitsministerin mit ihrer Arzneimittelpolitik nicht gelungen. Hierbei wurde aber auch deutlich, dass der Arzneimittelmarkt allein nicht zur Entlastung der GKV führen konnte.

Bereits mit der Aut-idem-Regelung und dem neuen Rabattgesetz hatte sich Ulla Schmidt nicht gerade Freunde geschaffen. Als sie jetzt auch noch plante, den in Deutschland bisher verbotenen Internet-Versandhandel mit Arzneimitteln zuzulassen, hatte sie zudem noch den unerwartet harten Widerstand der Apothekerschaft zu bewältigen. Die Ministerin wollte aber unbedingt, bevor der Europäische Gerichtshof sie dazu zwang, den Versandhandel aus eigener Initiative gestatten, woraufhin die Apotheker ihre Kunden gegen Schmidts Pläne mit einer Unterschriftensammlung mobilisierten. Allen Widerständen zum Trotz blieb sie bei ihrer Position und ließ sich bei der Entgegennahme der Unterschriftenlisten der Aktion "pro Apotheke" am 3. Juli 2002 sogar demonstrativ von ihrer Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch vertreten. Die Ministerin sah in der Frage des Arzneimittelversands einen dringenden Handlungsbedarf, um weitere Arzneimittelausgaben sparen zu können und konnte sich dabei sicher sein, die SPD-Spitzen hinter sich zu haben. Daher erlaubt sie sich auch, schon kurze Zeit später anzukündigen, dass im Falle einer Bestätigung der rot-grünen Koalition, also nach der Bundestagswahl, Vergünstigungen wie Naturalrabatte gestrichen werden könnten. Dass diese Äußerungen die Beziehungen zwischen Apothekern und Gesundheitsministerin unmittelbar vor der Wahl nicht gerade verbessern würde, war abzusehen.

Für die Krankenkassen hingegen ging alles viel zu langsam, da diese den Arzneimittelversand so schnell wie möglich eingeführt wissen wollten und offensichtlich zu diesem Zwecke sogar eine Konfrontation mit der Gesundheitsministerin in Kauf nahmen.

In politischer Hinsicht stand Ulla Schmidt allerdings erst zum Ende des Wahlkampfes einem ernstzunehmenden Gegner in Form des ehemaligen CSU-Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer gegenüber, der sich drei Monate vor der Bundestagswahl nach schwerer Krankheit wieder zurückmeldete. Da nun aber Horst Seehofer über längere Zeit nicht am politischen Geschehen hatte

teilnehmen können, profitierte Schmidt im Hinblick auf die Verteidigung ihrer Arzneimittelpolitik in der Öffentlichkeit von einem deutlichen Zeitvorsprung. Daher war sich die Ministerin auch sicher, im Wahlkampf den Bürgern die Ziele ihrer Gesundheitspolitik vermittelt zu haben. Um so enttäuschender muss es für sie gewesen sein, Mitte September 2002 zu erfahren, dass gut zwei Drittel der älteren Bundesbürger sich im Rahmen einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) gegen die Aut-idem-Regelung aussprachen. Die Aut-idem-Regelung ging offensichtlich, entgegen Ulla Schmidts Überzeugung, überwiegend an den Bedürfnissen der Patienten vorbei.

Wie schon im Wahlprogramm der SPD angekündigt, planten die Gesundheitsministerin und ihre Partei, nach den Bundestagswahlen erhebliche Veränderungen in der Arzneimittelversorgung vorzunehmen. Hierbei stellte sich heraus, dass die Projekte zur Liberalisierung der Preisbildung noch keine konkreten Formen angenommen hatte. Heftig umstritten blieb auch der Plan, Arzneimittel in Zukunft von einem Expertengremium auf deren Zusatznutzen prüfen zu lassen, und die Erstattungsfähigkeit von dem Ergebnis abhängig zu machen. Möglicherweise hatte Schmidt dieses Expertengremium geplant, um einen Ersatz für die Positivliste zu schaffen, die bislang nicht umgesetzt werden konnte.

Was die Grünen als Partner der Regierungskoalition anbelangt, so schienen diese nicht nur in der Arzneimittelpolitik, sondern auch in der Gesundheitspolitik im Allgemeinen fast vollständig ambitionslos geworden zu sein. Offensichtlich blieb mit dem Ausscheiden Andrea Fischers die Arzneimittelpolitik bei den Grünen auf der Strecke.

Das Thema Gesundheitspolitik war ein doch zu kompliziertes Thema, als dass es im Bundestagswahlkampf hätte Bedeutung erlangen können. Selbst die Aktionen der Ärzte, Apotheker und zuletzt der Kassen konnten hieran kaum etwas ändern. Somit spielte auch die Arzneimittelpolitik im Wahlkampf keine große Rolle.



## 16. Zusammenfassender Überblick der Teilanalysen

Mit der Bundestagswahl am 27. September 1998 führten die Wähler mit ihrem Stimmzettel einen Regierungswechsel in Bonn herbei. Die SPD konnte zum zweiten Mal nach 1972 aus einer Bundestagswahl als stärkste Partei hervorgehen, während Bündnis 90/Die Grünen sich immerhin als drittstärkste Partei behaupten konnten. Im Herbst löste die Berliner Abgeordnete Andrea Fischer (Bündnis 90/Die Grünen) als Bundesgesundheitsministerin ihren Amtsvorgänger Horst Seehofer (CSU) als Gesundheitsministerin ab. Andrea Fischer, die ihre bisherige Tätigkeit auf die Schwerpunkte Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Behindertenpolitik und der Asylpolitik gelegt hatte, übernahm ein Ressort, in das sie sich erst noch einarbeiten musste. Das Gesundheitsministerium als Schaltstelle zur Vergabe von 250 Milliarden DM Krankenkassengeldern galt und gilt bis heute als ständiges Kampfgebiet, da der jeweilige Amtsinhaber dem Druck starker Lobbyverbände von Ärzten, Pharmaindustrie und Krankenkassen ausgesetzt ist.

Mit Spannung wurde erwartet, ob es in der Arzneimittelpolitik zu einem Richtungswechsel kommen würde, da diese zu den wenigen Bereiche gehörte, zu denen SPD und Grüne vor der Wahl zwar wenig, aber Konkretes angekündigt hatten. Auf die Gesundheitsministerin warteten somit schwere Aufgaben, denn sie musste nun die gesetzten Erwartungen erfüllen. Dies bedeutete vor allem die Rückführung der von ihrem Vorgänger Horst Seehofer erhöhten Zuzahlungen, einem Steuerungsinstrument, auf welches die rot-grüne Bundesregierung im Gegensatz zu ihrer konservativ-liberalen Vorgängerin vor den Wahlen zu verzichten versprochen hatte.

Bereits am 20. Oktober 1998 unterzeichneten SPD und Bündnis 90/Die Grünen die Koalitionsvereinbarung, deren Ziel es war, noch 1998 ein Vorschaltgesetz zu verabschieden. Hierdurch sollten ab dem 1. Januar 1999 chronisch Kranke und ältere Patienten bei Arzneimittelzuzahlungen entlastet, sowie Regelungen, die höhere oder neue Zuzahlungen der Patienten vorsahen, aufgehoben werden. Um die Qualität der Versorgung zu verbessern und die Kosten zu senken, wollte die Regierung auch Regelungen einführen, um medizinisch fragwürdige Leistungen und Arzneimittel aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen zu streichen. Als notwendige Strukturreform sollte, so wie es im SPD-Wahlprogramm von 1998 "Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit" stand, ein Globalbudget eingeführt werden, also ein Steuerungsinstrument mit dem die Bundesregierung die Kosten im Arz-

neimittelbereich zu stabilisieren gedachte. Der Arzneimittelmarkt sollte nach den Plänen der neuen Bundesregierung neu geregelt werden. Hierzu war das Steuerungsinstrument der Erstellung einer Liste der zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassenversicherung (GKV) verordnungsfähigen Arzneimitteln, auch Positivliste genannt, sowie das Steuerungsinstrument der Förderung von Re-Importen vorgesehen.

Von der besagten Positivliste versprach sich die rot-grüne Koalition Einsparungen von zwei bis drei Milliarden DM. Die Positivliste galt bei den Grünen, obwohl nicht ausdrücklich im Wahlprogramm erwähnt, ebenfalls als essentieller Punkt. Die rot-grüne Bundesregierung startete damit einen erneuten Anlauf<sup>1009</sup>, um diesem Steuerungsinstrument Geltung zu verhelfen.

Es sollte ein guter Anfang sein, den SPD und Grüne mit ihren Plänen zur Strukturreform im Gesundheitswesen setzen wollten. Das noch im Jahr 1998 vorzulegende Vorschaltgesetz sollte nun demonstrieren, dass die Bundesregierung auch agiert, ohne aber überstürzt zu handeln. Durch das geplante Vorschaltgesetz hatten die Krankenkassen allerdings in Zukunft einen erheblichen Verlust zu erwarten, dies hauptsächlich bedingt durch die geplante Senkung der Arzneimittelzahlungen.

Denn was diesen Punkt betrifft, so war die neue Gesundheitsministerin zur Eile gezwungen: Sie musste das von der neuen Koalition versprochene Wahlgeschenk in eine Gesetzesvorlage bringen und noch vor Weihnachten den Bundestag passieren lassen. Um die Beiträge der Krankenkassen stabil zu halten, stand Andrea Fischer nun vor der schwierigen Aufgabe, Kosten senken zu müssen und zu rationalisieren, was automatisch mit der Ausgrenzung gewisser Leistungen einherging.

Nach mehreren Anläufen beschlossen die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen am 9. November 1998 den endgültigen Entwurf dieses Vorschaltgesetzes, welches "Solidaritätsstärkungsgesetz" oder genauer "Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der GKV" genannt wurde. Zur Begründung des Gesetzesentwurfs hieß es, insbesondere was die Reduzierung der Selbstbehalte bei Arzneien auf acht, neun und zehn DM betraf, dass somit vor allem die mit einem höheren Arzneimittelverbrauch konfrontierten älteren Patienten und chronisch Kranken entlastet werden. Eine erhebliche Veränderung war auch bei den Arzneimittelbudgets vorgesehen, denn die durch das 2. Krankenkassenversicherungs-Neuordnungsgesetz (NOG) von 1997 geplante vollständige Ablösung der Arzneimittelbudgets durch Richtgrößen wurde wieder zurückgenommen. Weitere,

---

<sup>1009</sup> Mit dem Lahnstein-Kompromiss wurde schon 1992 in Deutschland die Einführung einer Liste erstattungsfähiger Arzneimittel, also einer Positivliste, im Gesundheitsstrukturgesetz vorgesehen.

ehemals von der konservativ-liberalen Regierung für 1999 und die folgenden Jahre geplante Zuzahlungserhöhungen wurden wieder aufgehoben. Wieder abgeschafft wurde auch der von der ehemaligen Regierung eingeführte Kopplungsmechanismus, nach welchem steigende Beitragssätze auch steigende Zuzahlungen der Patienten zur Folge haben sollten. Dies war Bestandteil des 1. NOG von 1997 gewesen.

Überdies war für die Koalitionsfraktion die Höhe der Arzneimittelfestbeträge nicht konkret genug gesetzlich definiert worden. Bisher wurde bei deren Festsetzung von den preisgünstigen Apothekenpreisen in der jeweiligen Vergleichsgruppe ausgegangen. Von nun an war die Festsetzung von Erstattungshöchstgrenzen im unteren Drittel der Spanne zwischen dem niedrigsten und dem höchsten Abgabepreis der Vergleichsgruppe vorgesehen. Eine grundlegende Strukturreform war für das Jahr 2000 vorgesehen. Die Bundesregierung wollte außerdem prüfen, ob die Zuzahlungsregelungen insgesamt neu zu gestalten wären.

So fand dann am 11. November 1998 die erste Beratung zum Solidaritätsstärkungsgesetz statt, anlässlich welcher Andrea Fischer ihre erste Rede als Gesundheitsministerin hielt. Bei dieser Gelegenheit verteidigte sie vehement ihren Gesetzentwurf und setzte auf Dialog mit allen Akteuren im Gesundheitswesen. Für Andrea Fischer war es vordergründig wichtig, sich zunächst auf die Einlösung des Wahlversprechens zu konzentrieren und ansonsten in kleinen Schritten voranzuschreiten. Auch der stellvertretende SPD-Fraktionschef Rudolf Dreßler unterstützte Fischer zu diesem Zeitpunkt noch in ihrer Position.

Im Gegensatz zu der CDU/CSU und FDP unterstützte die PDS als einzige Partei der Opposition die Koalition in ihrer Vorgehensweise, hoffte allerdings nicht nur auf gute Absichten, sondern auch auf entsprechende Taten.

Wenige Tage vor den abschließenden Beratungen im Bundestag am 10. Dezember 1998 musste die Koalition endgültig entscheiden, wie das Solidaritätsstärkungsgesetz aussehen sollte. Vor allem Organisationen von Ärzten, pharmazeutischer Industrie und Apothekern hatten in der Anhörung vor dem Gesundheitsausschuss des Bundestages auf die gravierenden Folgen des geplanten Kostendämpfungsgesetzes aufmerksam gemacht.

Es hatte sich gezeigt, dass die zuständigen Gesundheitspolitiker der rot-grünen Koalition trotz des engen Zeitraums die Argumente aller Beteiligten, also auch die der Leistungsanbieter, sorgfältig abzuwägen bereit waren. Im Arzneimittelbereich waren gegenüber dem ersten Entwurf des Solidaritätsstärkungsgesetzes auch Änderungen erfolgt. So sollte das Arzneibudget nun nicht mehr auf der Basis

"Stand von 1996 -4,5%" festgesetzt werden, sondern es galten nun Pro-Kopf-Werte je Versicherten im Rahmen des Einzugsbereichs der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Die Bundesgesundheitsministerin hatte das Vorschaltgesetz gegen die Kritik der Krankenkassen und Ärzte, aber auch gegen Vertreter aus den eigenen Reihen, hier vor allem des Koalitionspartners, standhaft verteidigt. Andrea Fischer demonstrierte hierdurch ihre Entschlossenheit in der Arzneimittelpolitik. Sie versuchte mit den Steuerungsinstrumenten Budgetierung und Festbeträge die Arzneimittelausgaben in Grenzen zu halten, wobei ihr half, dass die GKV ohnehin weniger Ausgaben für Arzneimittel zu verbuchen hatte.

Wie Gesundheitsministerin Fischer bekräftigte auch Rudolf Dreßler den Willen zu einer Kehrtwende in der Arzneimittelpolitik. Andrea Fischer und Rudolf Dreßler trennte inhaltlich wenig, strittig waren höchstens Details aber nicht die politischen Grundzüge. Beide hätten sich eigentlich gut verstehen müssen, dennoch bestand eine gegenseitige Antipathie.

Aufgrund der Amnestie des Arzneimittelgesetzes hatte die Bundesregierung den Ärzten Rückforderungen in Höhe von 4 Millionen DM erlassen. Dennoch hatten diese seit den ersten Entwürfen zum Solidaritätsstärkungsgesetz Kritik geübt, was auch bei Apothekern und Pharmaindustrie nicht anders aussah. Die Krankenkassen standen anfangs noch auf der Seite von Andrea Fischer, aber nachdem die Anhörung zum Solidaritätsstärkungsgesetz statt gefunden hatte und deutlich wurde, dass Änderungen zu deren Ungunsten vorgenommen worden waren, fingen auch jene an, sich gegen sie zu stellen.

Andrea Fischer brachte besonders die Ärzteschaft gegen sich auf: Mit ihren Spargesetzen hatte sie im Dezember 1998 die größte Ärztedemonstration in der Geschichte der Bundesrepublik provoziert. Nach jahrelangen Ausgabenstopps und Sparaktionen unter der christlich-liberalen Bundesregierung wiesen die demonstrierenden Ärzte auf eine Misslage in der Sparpolitik hin. Ärztedemonstrationen waren in einem solchen Umfang ein Novum. Die Ärzte wussten zwar genau, dass sie das Vorschaltgesetz nicht mehr verhindern konnten, wollten aber zumindest die Öffentlichkeit durch ihre Aktionen über die Folgen des Gesetzes in Kenntnis setzen. Andrea Fischer und ihre SPD-Kollegen kritisierten selbstverständlich diese Protestaktionen; die Vertreter der Opposition zeigten dagegen Verständnis für die Kundgebungen.

SPD und Grüne konnten noch zum Jahresende 1998 ihre Wahlversprechen durch die Aufhebung der Zuzahlungserhöhungen, welche sowohl in der Koalitionsvereinbarung als auch im Solidaritätsstärkungsgesetz festgeschrieben war,

teilweise einlösen. Das Wahlversprechen der SPD, das Steuerungsinstrument Globalbudget einzuführen, konnte zwar noch nicht umgesetzt werden, aber immerhin hatte die Arbeit an diesem begonnen. Gleiches galt für das Steuerungsinstrument Positivliste.

Am 6. Januar 1999 brachte ein weiteres Ereignis erneut Bewegung in den Arzneimittelmarkt, da das Landgericht Düsseldorf in einer Entscheidung festgestellt hatte, dass das Verfahren zur Festsetzung von Festbeträgen für Arzneimittel eigentlich gegen das europäische Kartellrecht verstieß und somit sämtliche bisher festgesetzten Festbeträge als unzulässig einstufte. Diese unwillkommene Entscheidung und die daraus resultierende Diskussion spielte sich noch dazu vor einem ungünstigen, wirtschaftlichen Hintergrund ab, der die ganze Debatte um noch niedrigere Festbeträge fragwürdig erscheinen ließ. Seit langem stagnierten die Arzneimittelpreise oder sanken sogar. Andrea Fischer ließ sich daher für ihre Entscheidungen Zeit, um vorab alle Eventualitäten zu prüfen.

Im Bundesministerium verstand man sehr wohl die Tragweite des betreffenden Urteils, auch wenn das Ministerium die Rechtsauffassung des Gerichts nicht teilte. Denn hier betrachtete man die Festbeträge immer noch als das geeignete Steuerungsinstrument, um eine marktwirtschaftliche Preisbildung bei Medikamenten anzuregen.

Am 18. und 19. Februar 1999 fand ein erstes Treffen zwischen Ministerin Andrea Fischer und SPD-Fraktionsvize Rudolf Dreßler in Bonn statt, um ein neues Gesundheitsreformgesetz auszuarbeiten. Auf dieser ersten Koalitionsklausur forderte Andrea Fischer vehement ein Globalbudget, während innerhalb der SPD eher gegensätzliche Meinungen vertreten wurden. Auffällig war nur, dass das umstrittene Globalbudget gerade im Wahlprogramm der SPD und eben nicht in dem der Grünen stand und selbst Dreßler noch in einer vorherigen Bundestagsrede dessen Einführung gefordert hatte. Dennoch hatten sich beide Koalitionspartner auf mehrere Eckpunkte für die sogenannte Gesundheitsreform 2000 einigen können, ohne aber Details konkret ausformuliert zu haben. SPD und Grüne mussten die angekündigte Strukturreform für das Gesundheitswesen durchsetzen, um ihr Gesicht zu wahren. Allerdings war die Zeit bis zum 1. Januar 2000 angesichts so viel unüberwindbarer Hürden sehr knapp bemessen.

Denn auch auf der zweiten Klausurtagung am 2. März 1999 in Bonn gab es immer noch erhebliche Meinungsunterschiede zwischen SPD und Grünen. Die Auseinandersetzung zwischen Dreßler und Fischer schwoll sogar weiter an. Immerhin einigten sich die Koalitionsfraktionen trotz alledem auf die letzten Eck-

punkte der Gesundheitsreform 2000. Es sollte nun endlich eine Positivliste erstellt werden, in der die abrechnungsfähigen Medikamente in der GKV aufzulisten wären. Für die Aktualisierung und Fortschreibung dieser Positivliste sollte ein unabhängiges Arzneimittelinstitut beim Bundesgesundheitsministerium gegründet werden. Das bisherige System der Festbeträge sollte erhalten bleiben und rechtssicher gemacht und auch die Frage der Re-Importe wieder verbindlich geregelt werden. Noch ungeklärt blieb die Frage der Zuzahlungen der Versicherten. Summa summarum handelte es sich um Maßnahmen von denen nachhaltige Wirkungen auf den Arzneimittelmarkt zu erwarten waren.

Von einer großen Reform hatte sich Ministerin Fischer mit ihren Eckpunkten allerdings verabschiedet. Wie sie das Globalbudget in die Praxis umsetzen wollte, hatte sie bislang auch noch nicht erklärt. Nachdem die wichtigsten Eckpunkte zwischen den Fraktionen von SPD und Grünen ausgehandelt worden waren, sollten nun auch endlich die wichtigsten Verbände im Gesundheitswesen angehört werden. Diesen blieb allerdings nur noch übrig, bei Detailregelungen behilflich zu sein, denn grundsätzliche Neuorientierungen waren nicht mehr möglich.

Die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen fragten sich zurecht, welche gesundheitspolitische Richtung schließlich eingeschlagen werden würde, zumal die zuständigen Regierungsvertreter sich selbst noch nicht sicher waren, welche von den in der Arzneimittelpolitik angekündigten Änderungen, und vor allem wie, verwirklicht werden sollten. Die Opposition kritisierte besonders das Globalbudget, wobei die CDU/CSU-Fraktion einen so großen Handlungsbedarf sah, dass sie sogar ein eigenes Gesamtkonzept zur Gesundheitsreform erarbeitete.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Kassen (BAK) sowie Bundesrat und Krankenkassen unterstützten die Koalition in der Forderung einer Positivliste. Dagegen lehnten Pharmaindustrie und Apotheker, aber auch ein Teil der Ärzte, die Positivliste ab.

Es stellte sich im März 1999 heraus, dass Andrea Fischer von einem internen Zirkel beraten wurde, auf den Organisationen und Verbände im Gesundheitswesen keinen direkten, beeinflussbaren Zugriff hatten. Interessant war, dass dieser interne Zirkel aus einer Consultingfirma bestand, die zum damaligen Zeitpunkt Krankenhäuser und Krankenkassen als Kunden betreute. Mit Hilfe dieser Consultingfirma versuchte die Gesundheitsministerin nun auch die Probleme in der Gesundheitspolitik zu lösen, wodurch sie zeigte, dass sie als Neuling in dieser Branche auch zu neuen Wegen bereit war.

Das zwischenzeitlich am 1. Januar 1999 in Kraft getretene Vorschaltgesetz wurde von der Ärzteschaft immer stärker kritisiert. Auch Pharmaindustrie und Apothekerschaft sparten nicht mit Kritik an der geplanten Reform und den neuen Arzneimittelrichtlinien, denn auch diese waren ein Thema im Frühjahr 1999. Nachdem am 8. Januar 1999 der BAK nach monatelangen Diskussionen und Auseinandersetzungen mit der Pharmaindustrie die neuen Arzneimittelrichtlinien beschloss, herrschte ein ständiger Dissens innerhalb der Akteure im Arzneimittelwesen.

Die Bundesgesundheitsministerin stimmte hierbei dem Entwurf der neuen Arzneimittelrichtlinien am 12. März 1999 grundsätzlich zu, forderte aber noch Klärstellungen. Fischer verlangte im Entwurf unter anderem die Präzisierung, dass auch künftig homöopathische Medikamente zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden konnten. Offenbar gab es aber auch einen tiefen Dissens innerhalb des Gesundheitsministeriums. In einem internen Papier wurden massive Bedenken gegen die Arzneimittelrichtlinien geäußert, zumal es dort hieß, dass zweifelhaft sei, ob der Bundesausschuss tatsächlich mit hinreichender Bestimmtheit ermächtigt sei, Arzneimittel wegen Unwirtschaftlichkeit absolut auszuschließen. Gegen die Zulässigkeit sprächen auch EU-Kartellrechtsgründe.

Nachdem einige marginale Änderungen des Beschlusses vom 8. Januar 1999, so wie es das Bundesgesundheitsministerium vorgesehen hatte, gemacht worden waren, beschloss der Bundesausschuss der Ärzte und der Krankenkassen nun erneut am 26. März 1999 die Arzneimittelrichtlinien. Per einstweiliger Verfügung stoppte aber am 31. März 1999 das Landgericht Hamburg deren Veröffentlichung im Bundesanzeiger und verhinderte somit auch deren Inkrafttreten. Nachdem im Januar 1999 das Landgericht Düsseldorf den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Festsetzung von Festbeträgen mit Hinweis auf geltendes europäisches Kartellrecht untersagt hatte, war dies bereits das zweite Mal im gleichen Jahr, dass verschärfte regulative Eingriffe in den Arzneimittelmarkt gerichtlich gestoppt wurden. Gleichzeitig war es auch im Jahre 1999 schon die zweite grundlegende Entscheidung, mit welcher die Macht der Krankenkassen Grenzen gesetzt wurden.

Angesichts der Tatsache, dass das Anfang März 1999 veröffentlichte Eckpunktepapier der Koalition zur Gesundheitsreform 2000 keineswegs Klarheit über den einzuschlagenden Kurs gebracht hatte, gab es im darauffolgenden Monat innerhalb der Koalition heftigen Streit darüber, ob diese wie geplant zum 1. Januar 2000 in Kraft treten sollte. Die Lage war dermaßen gespannt, dass am 26. April

1999 ein Spitzengespräch zwischen Bundeskanzler Gerhard Schröder, Gesundheitsministerin Andrea Fischer und den Fraktionschefs Peter Struck (SPD) und Rezzo Schlauch (Die Grünen) stattfinden musste, um die Konfliktpunkte auszuräumen. Fischer war von Anfang an für das planmäßig Inkrafttreten der Gesundheitsreform 2000. Doch einige Sozialdemokraten, wie z.B. der stellvertretende SPD-Fraktionschef Dreßler, drängten darauf, den Terminplan ein halbes Jahr zu verschieben und die Reform nur stufenweise umzusetzen. Eine einheitliche Position nahm allerdings auch die SPD zu dieser Frage nicht ein.

Der Kern des Konflikts innerhalb der Koalition wurde zunächst wieder an den Aimositäten zwischen Fischer und Dreßler deutlich. Zusätzlich warfen zahlreiche SPD-Politiker der Gesundheitsministerin und ihrem Ministerium handwerkliche Mängel vor. Viele SPD-Politiker hatten offensichtlich Angst, die Reform könnte ein "Schnellschuss" werden, bei dem aufgrund der komplizierten Materie dann wieder einiges hätte "nachgebessert" werden müssen.

Dennoch konnte eine zweitägige Koalitionsklausur Mitte Mai 1999 in Bonn zur Gesundheitsreform 2000 zu einem Teilergebnis führen, das zwar noch nicht die Endfassung, aber immerhin die Richtung der Koalition festlegte. Die SPD setzte sich in den Beratungen mit ihrer Forderung weitgehend durch, nur noch eine einzige Positivliste zu erstellen. Homöopathische Mittel sollten darin in einem Anhang aufgenommen werden. Auch bestand Konsens darüber, dass Naturheilmittel weiterhin auf Kosten der Krankenkassen verschrieben werden konnten. Ebenfalls einigte sich die Koalition auf die Schaffung des Globalbudgets, wobei die Verantwortung für dessen Aufstellung und Kontrolle bei den einzelnen Kassen liegen sollte.

Trotz erneuter, massiver Proteste der Ärzte im Mai 1999 verteidigte Andrea Fischer ihre Pläne zur Reform des Gesundheitswesens. Sie glaubte, mittels eines Globalbudgets die Ausgabendynamik im Arzneimittelwesen steuern zu können. Insbesondere sah sie im Globalbudget ein Instrument, das eine flexible Steuerung des Leistungsgeschehens unter anderem im Arzneimittelmarkt zu gewährleisten in der Lage waren.

Die Ärzte befürchteten, dass sie mit der Gesundheitsreform zu Gunsten der Kassen entmachtet würden und diese deren Selbstverwaltung zerschlagen könnten. Besorgt zeigte sich die Ärzteschaft aber auch um die Zukunft des Gesundheitswesens, angesichts der nicht mehr gewährleisteten innovativen Medizin. Überdies warnten sie vor den Folgen eines noch nicht geklärten Globalbudgets im Hinblick auf die Medikamentenversorgung.



Nach diesem Proteststurm konnte Andrea Fischer trotz allem ein Erfolg verbuchen: Der Gesetzentwurf zur Reform der GKV wurde am 23. Juni 1999 vom Kabinett abgesegnet. Die Bundesgesundheitsministerin hatte sich sehr angestrengt, den Terminplan einzuhalten, aber sie hatte Ärzte, Pharmaverbände und Apotheker gegen sich aufgebracht. Unterstützung bekam sie nur noch von den Kassen. Die Gesundheitsreform 2000 musste eigentlich ein Erfolg werden, aber die größte Gefahr blieb für die Ministerin die Tatsache, dass der Entwurf durch den Bundesrat zu Fall gebracht werden konnte, da die Koalition seit der Landtagswahl in Hessen im Februar 1999 hier keine absolute Mehrheit mehr besaß. Am 30. Juni 1999 verteidigte Andrea Fischer im Bundestag vehement ihren Gesetzentwurf zur Reform der GKV 2000 und machte gleichzeitig deutlich, dass für sie die Beitragsstabilität absolute Priorität vor allen anderen Bereichen, so auch dem Arzneimittelwesen, habe.

Als im Sommer 1999 die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die drohende Gefahr einer Budgetüberschreitung bei allen 23 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sah, plante diese für Herbst 1999, wie bereits Anfang des Jahres angekündigt, die Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen eines Notprogramms gegen drohende Arzneimittelbudgetüberschreitungen. Diesem Vorhaben zu Folge sollte den Kassenärzten empfohlen werden, nicht mehr Originalpräparate, sondern preisgünstige Generika zu verschreiben. Für nicht zwingend notwendige Medikamente sollte eine Warteliste für das Jahr 2000 eingeführt werden, was auch für innovative Medikamente galt, die angeblich keinen neuen Therapiefortschritt brachten. Dieses Notprogramm provozierte sowohl bei der Ärzteschaft als auch in politischen Kreisen Unverständnis und Empörung.

Dieser Streit um das Arzneimittelbudget machte die Schwierigkeiten in der Realisierung der großen Reform und des Globalbudgets deutlich, wobei allerdings nicht das Budget 1999 das eigentliche Problem darstellte. Es ging eher um die Frage, ob die gesetzlich Versicherten auch in den nächsten Jahren weiterhin ohne Selbstkosten am medizinischen Fortschritt teilhaben könnten, da immer mehr neue Medikamente auf dem Markt zu erwarten waren. Denn das geplante Budget 2000 verlangte die Beschränkung von Arzneimitteln, also deren Rationierung. Nun gab es aber bisher keine verbindlichen Analysen des medizinisch Notwendigen. Daher musste die Regierung selber adäquate Instrumente suchen. Wie schwierig dies sein konnte, hatte bereits der Streit um das Notprogramm gezeigt. Dennoch setzte Ministerin Fischer in ihrer Reform auf eine verfeinerte Arzneimittelbudgetierung.

Zentrales Steuerungsinstrument der Gesundheitsreform 2000 blieb aber die Einführung eines Globalbudgets für sämtliche Ausgaben, das jährlich um die Zunahme der beitragspflichtigen Einkommen der Kassenmitglieder, die so genannte Grundlohnsumme, angehoben werden sollte. So wollte die Bundesregierung die Beitragssatzstabilität bei den Krankenkassen sicherstellen.

Kritisiert wurde vor allem die Ausgabendeckelung des Globalbudgets, welche wiederum das Arzneimittelbudget einschränken könnte. Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie warfen der Regierung vor, sie rationiere mit ihrer Politik die Leistungen der GKV, denn angesichts des Alterungsprozesses der Gesellschaft und der zu erwartenden medizinischen Fortschritte würden die Kosten der medizinischen Versorgung, wie also auch im Arzneimittelbereich, einen zunehmenden Anteil des Sozialprodukts beanspruchen und damit schneller ansteigen, als der am Grundlohn orientierte Budgetdeckel.

Gerade die Ärzte hatten bislang alle bisherigen Verhandlungserfolge zunichte gemacht, ihre Spitzenfunktionäre im innerärztlichen Streit diskreditiert und sogar die Vereinbarungen mit der Gesundheitsministerin und den Kassen gebrochen. Unter dem Druck der Drohung der Ärzte, bei Überschreitung der Arzneimittelbudgets die medizinischen Leistungen zu rationieren, verständigte sich Mitte August 1999 Gesundheitsministerin Andrea Fischer mit der KBV und den gesetzlichen Krankenkassen über ein *Gemeinsames Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arznei- und Heilmittelbudgets im Jahr 1999*. Das Programm, auf das sich KBV, Krankenkassen und Ministerin Fischer zur Einhaltung des Budgets einigten, war angesichts der ganzen Querelen ein Lichtblick. Es schien für einen Augenblick so, dass alle Akteure bereit waren, die Verantwortung für eine sparsame Verteilung des nun einmal begrenzten Arzneimittelbudgets mit zu tragen. Als aber am 17. September 1999 der Länderausschuss der Kassenärzte den Beschluss fasste, ein Notprogramm für den Fall einzurichten, dass das Geld für Medikamente nicht ausreiche und das Bundesgesundheitsministerium keine zusätzlichen Mittel zur Verfügung stelle, ging der Streit zwischen Ministerin und Ärzten weiter. Rudolf Dreßler stellte daraufhin klar, dass es sich hier nur um einen Beschluss der Ländervertreter ohne Bindungswirkung für die KBV handelte. Somit blieb das Steuerungsinstrument *Gemeinsames Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arznei- und Heilmittelbudgets* weiterhin bestehen.

Eine bedeutende Rolle in der Auseinandersetzung um die Reformpläne der Bundesregierung spielte sicherlich das 'Bündnis Gesundheit 2000', das eine noch nie da gewesene Solidarität innerhalb des Gesundheitswesens verkörperte. Eine

ganze Branche marschierte geschlossen gegen die Bundesregierung. Am eindrucksvollsten war die Großdemonstration vom 22. September 1999 in Berlin, als ca. 25.000 Beschäftigte aller Bereiche des Gesundheitswesens gemeinsam protestierten. Vor allem Andrea Fischer hatte bis zu diesem Tage mit einem solchen Proteststurm nicht gerechnet.

Im Bundesrat blieb nach der Berliner Wahl vom 10. Oktober 1999 zunächst alles beim Alten, somit musste die Regierungskoalition auch weiterhin damit rechnen, dass die unionsgeführten Länder am 26. November 1999 die Gesundheitsreform blockieren konnten. Die Christdemokraten warteten wiederum auf ihre nächsten Wahlchancen im Frühjahr, denn Landtagswahlen standen bereits am 27. Februar 2000 in Schleswig-Holstein und dann wieder am 14. Mai 2000 in Nordrhein-Westfalen an.

Statt daraufhin mit der Opposition über eine neue, gemeinsame Reform zu beraten, hielt Andrea Fischer unbeirrt an ihrem Gesetzesvorhaben fest. Inzwischen fanden daher sogar inoffizielle Gespräche hinter ihrem Rücken zwischen SPD-Fraktionsvize Dreßler und Ex-Gesundheitsminister Seehofer statt, die eigentlich die Ministerin selbst hätte führen müssen.

In Kreisen der SPD-Fraktion wurde angesichts der zu erwartenden Haltung der Opposition bereits über mögliche Kompromisslinien nachgedacht. Dazu zählte die Trennung der zustimmungspflichtigen von den nicht zustimmungspflichtigen Teilen des Reformpakets.

In der Arzneimittelpolitik waren bisher wesentliche Steuerungsinstrumente durch Gerichtsentscheidungen außer Kraft gesetzt worden. Schon seit Jahresbeginn 1999 war insbesondere das Verfahren zur Festbetragsregelung blockiert. Daher plante die Bundesregierung, Festbeträge per Rechtsverordnung zu fixieren. Im März 1999 bestimmte noch dazu das Landgericht Hamburg per einstweiliger Verfügung, dass der BAK die neuen Arzneimittelrichtlinien im Bundesanzeiger nicht veröffentlichen durfte. Somit schien auch dieses Steuerungsinstrument vorerst nicht anwendbar, was sich aber im Juni 1999 änderte als das Landgericht München zu einem anderen Ergebnis kam als das Landgericht Hamburg. Die bayerischen Richter wiesen in der Tat die Anträge von zwei Pharmahersteller auf Erlass einer einstweiligen Verfügung gegen die Arzneimittelrichtlinien als in der Sache unbegründet zurück. Mit diesem Urteil stand betreffs der Arzneimittelrichtlinien wieder alles offen, und die Bundesregierung hatte wieder Grund zur Zuversicht. Mitte September 1999 wurde diese Zuversicht noch bestärkt, da der Bundesgerichtshof die Beschwerde eines Pharmaherstellers, der sich durch für ihn

ungünstige Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der Kassen in Schleswig-Holstein im Wettbewerb behindert sah, mit der Begründung zurückwies, bei Streitigkeiten um Verordnungsempfehlungen seien die Sozialgerichte zuständig.

Die Bundesregierung hatte darauf eingewirkt, dass künftig bei Rechtsstreitigkeiten mit Pharmafirmen primär die Sozialgerichte zuständig waren und kein deutsches Zivilgericht mehr angerufen werden konnte. Dies hatte den großen Vorteil, dass sich die Pharmafirmen in Deutschland bei entsprechenden Streitigkeiten nicht mehr auf das Wettbewerbs- und Kartellrecht stützen konnten. Im Zuge der Gesundheitsreform 2000 wurde daraufhin neben dem Sozialgesetzbuch auch das Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen und das Sozialgerichtsgesetz geändert.

Das monatelange Gezerre um die Gesundheitsreform 2000, gekennzeichnet durch immer neue Änderungsanträge aus den Reihen der rot-grünen Koalition, den Kampf mit SPD-Fraktionsvize Dreßler, zahllose Proteste der Ärzte und auch das drohende Scheitern des Gesetzentwurfs im Bundesrat, ging an Gesundheitsministerin Andrea Fischer nicht spurlos vorbei.

Am 4. November 1999 stimmte der Bundestag mit den Stimmen von SPD und Grünen für die Regierungsvorlage zur Gesundheitsreform. Trotz der Verabschiedung im Bundestag stand die Koalition weiterhin unter Druck, da die Opposition plante die Reform im Bundesrat zu blockieren. Daraufhin zeigt sich die Bundesgesundheitsministerin in ihrer Bundestagsrede vom 4. November 1999 kämpferisch und forderte die Opposition auf, die Gesundheitsreform nicht zu blockieren, sondern eher mitzuarbeiten. Die Bundestagsdebatte über die Gesundheitsreform hatte sich allerdings zu einem Debakel für die rot-grüne Koalition entwickelt, dass auf einer durch übergroße Hektik der Gesundheitsministerin zu erklärenden, fehlerhaften Gesetzesvorlage basierte. Andrea Fischer hatte nach diesem eigentlich unbedeutenden Verfahrensfehler aber scheinbar die Kontrolle über das ganze Gesetzesvorhaben verloren, und alles schien ihr entgleiten zu wollen. Allerdings änderte sie eine Woche nach der Bundestagsdebatte vom 4. November ihre Meinung und fing an, zu erwägen, ihren Gesetzentwurf zur Gesundheitsreform aufzuteilen.

Am 26. November 1999 lehnte, wie erwartet, der Bundesrat den zustimmungspflichtigen Teil des Gesetzentwurfs zur Gesundheitsreform 2000 ab. Nicht nur die CDU-regierten Länder, sondern überraschenderweise auch SPD-geführten Länder stimmten gegen die Reform. Letztere verweigerten ihre Zustimmung aus Ver-

fahrensgründen. Denn wiederum fehlten hier, wie schon am 4. November 1999, Textpassagen im Gesetzentwurf was der Gesundheitsministerin eine weitere Blamage bescherte. Kurz darauf verständigte sich Andrea Fischer mit der SPD-Fraktion und den sozialdemokratisch geführten Bundesländern über einen abgespeckten Entwurf zur Gesundheitsreform: Am ersten Kernstück des Gesetzentwurfs, sprich der Sicherung der Beitragsstabilität, wurde auch weiterhin festgehalten. Die regionalen Arzneimittelbudgets sollten ebenfalls wie bisher von Kassen und Ärzten gemeinsam ausgehandelt werden. Auch war Andrea Fischer bereit, hier höhere Zuwächse zu gestatten, sofern das nötige Geld an anderer Stelle eingespart werden konnte. Auf die Positivliste musste die Ministerin notgedrungen zu diesem Zeitpunkt verzichten, da diese der Zustimmung des Bundesrates bedurft hätte. Wider Erwarten verzichtete sie auch auf das Globalbudget, obwohl dieses das zweite Kernstück der geplanten Reform darstellte. Andrea Fischer hatte sich so fürs Erste von ihren wichtigsten Zielen in der Gesundheitsreform verabschiedet.

In der abschließenden Bundestagsdebatte am 16. Dezember 1999 zur Gesundheitsreform wurde erneut klar, dass SPD und Grüne zwar unterschiedliche Schwerpunkte in der Gesundheitspolitik setzten, jedoch in der Arzneimittelpolitik in ihren Positionen nicht allzu weit auseinander lagen. Nach der Debatte beschloss der Bundestag mit einer rot-grünen Mehrheit den nicht zustimmungspflichtigen Teil der Gesundheitsreform. So konnte a priori die Gesundheitsreform 2000 zum Jahreswechsel in Kraft treten.

Nach einem Jahr harter Arbeit unter enormen Zeitdruck und ständigen Angriffen ausgesetzt stand Andrea Fischer nun wieder fast ganz am Anfang. Ihr Ansehen im Vergleich zum Vorjahr hatte sich zudem dramatisch verschlechtert, denn ihr gegenüber hatte sich eine große Ablehnungsfront gebildet und selbst nur noch wenige Grüne standen hinter ihr. Union und SPD begannen sogar, hinter dem Rücken der Ministerin erste Gespräche über neue Reformansätze zu führen. Andrea Fischer hatte daher an allen Fronten gleichzeitig zu kämpfen, wenn sie ihr Gesetzeswerk noch "durchbringen" wollte. Der folgenschwerste Widerstand kam von Seiten der CDU/CSU, denn die Union verweigerte jegliche Diskussion über die geplante Gesundheitsreform und lehnte diese konsequenterweise im Bundesrat ab. Auch die FDP unterstützte, im Gegensatz zur PDS, die Position der Union. So konnte das von Fischer favorisierte Globalbudget, eines der Kernstücke der Gesundheitsreform, nicht realisiert werden. Anstelle dessen wurden die sektoralen Budgets fortgeschrieben, denen im Gegensatz zu Ministerin Fischer

schon immer Rudolf Dreßler den Vorzug gegeben hatte. Auch die Einführung der Positivliste wurde vorerst nicht vollzogen.

Das Jahr 1999 war geprägt von Diskussionen über die Gesundheitsreform 2000 und den erfolgreichen Abwehrkampf der Akteure im Gesundheitswesen gegen den im Grunde durch diese geplanten Systemwechsel hin zu einem staatlich gesteuerten Gesundheitssystem. Nach Andrea Fischers schwerem Kampf um "ihre" Gesundheitsreform, die eigentlich gar keine Reform mehr war, wurde klar, dass diese in absehbarer Zeit auch nicht mehr angestrebt werden konnte. Die Bundesgesundheitsministerin musste sich zwangsläufig mit anderen Sparmöglichkeiten beschäftigen, um zumindest den Primat der Beitragsstabilität erhalten zu können. Daher spielten die Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelpolitik weiterhin eine Rolle.

In den letzten Wochen des Jahres 1999 hatten die Ärzte mit allen Mitteln versucht, auf das aufgebrauchte Arzneimittelbudget aufmerksam zu machen. Von Seiten Fischers kam dazu aber nicht eine einzige Reaktion. Aufgrund ihrer Verweigerung, den dringend notwendigen Dialog mit den Ärzten wieder aufzunehmen, verschärfte Andrea Fischer die Protesthaltung der Ärzteschaft.

Zum Jahresbeginn 2000 stoppte das Landgericht Hamburg per Urteil am 11. Januar das *Gemeinsame Aktionsprogramm von KBV, Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerium zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets* aus dem Jahr 1999 und gab somit den jeweiligen Anträgen zweier Pharmafirmen statt. Der KBV war es nunmehr untersagt, das Aktionsprogramm sowie die Anweisung für die Umsetzung desselben in den KVen zu verbreiten. Zur Begründung hieß es, die KBV verstoße mit dem Aktionsprogramm gegen geltendes Kartellrecht und überschreite ihre Kompetenzen.

Schon kurz darauf folgte die nächste Gerichtsentscheidung, denn in zweiter und letzter Instanz verbot das Oberlandesgericht München dem BAK per Urteil vom 20. Januar 2000 jetzt auch die Veröffentlichung der im Jahre 1999 novellierten Arzneimittelrichtlinien.

Somit waren zwei wichtige Steuerungsinstrumente für die Gesundheitsministerin auf einen Schlag nicht mehr einsetzbar. Obwohl das im September 1999 zwischen Krankenkassen, KBV und Bundesgesundheitsministerin vereinbarte Notprogramm zu einer deutlichen Verlangsamung beim Anstieg der Arzneimittelausgaben geführt hatte, war das eigentliche Ziel, nämlich das vereinbarte Arzneimittelbudget auch einzuhalten, nicht erreicht worden. Gesundheitsministerin Fischer wollte daher im Frühjahr 2000 der Ausgabenflut im Arzneimittelbereich mit einer

Erweiterung der schon bestehenden Negativliste entgegenwirken, da die Bearbeitung der geplanten Positivliste noch einige Zeit in Anspruch zu nehmen drohte. Gleichzeitig versuchte sie den Umständen entgegenzuwirken, die durch den Stopp der Neufestsetzung von Festbeträgen sowie der vorgesehenen Arzneimittelrichtlinien geschaffen worden waren.

Anfang Februar 2000 kündigte das Bundesgesundheitsministerium an, dem Bundestag noch vor der Sommerpause ein neues Gesetz zur Bildung der Festbeträge für Arzneimittel zuzuleiten. Der Entwurf des sogenannten Festbetragsneuordnungsgesetzes stieß aber bei Krankenkassen und Ärzteschaft erneut auf harten Widerstand, denn beide Akteure befürchteten auch jetzt wieder ihr jeweiliges Selbstverwaltungsmonopol zu verlieren. Ebenfalls wurden die Kompetenzen des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (BAK) zu den Arzneimittelrichtlinien in Frage gestellt. Beide Themen führten daher ständig zu neuen Diskussionen. Die Pharmaindustrie forderte ihrerseits zunächst sogar die endgültige Abschaffung der Festbeträge, stellte sich allerdings im weiteren Verlauf nicht gegen Andrea Fischers Pläne, die Festbetragsregelung dadurch gerichtsfest zu machen, dass in Zukunft nicht mehr die Selbstverwaltung, sondern das der Rechtsaufsicht des Ministeriums unterstellte *Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information* die Festbeträge festzulegen hatte.

Währenddessen ging der Streit zwischen Gesundheitsministerin und Ärzteschaft auch auf anderer Ebene weiter, denn die Ärzte klagten mehr und mehr über eine "echte Versorgungsnotlage" bei Medikamenten und forderten daher die schnellstmögliche Abschaffung des Arzneimittelbudgets.

Unterstützt wurden die Ärzte von Opposition und Pharmaindustrie. Die CDU/CSU-Fraktion hatte sich schon länger von der Idee einer Budgetierung verabschiedet, und auch die FDP hielt a priori nichts davon. Selbst innerhalb der SPD kamen schon diesbezüglich Zweifel auf. Nur Andrea Fischer hielt am alten Kurs fest und änderte auch nach dem Gesetzesantrag der FDP zur Abschaffung des Arzneimittelbudgets vom 18. Mai 2000 kaum ihre Position. Dennoch suchte die Ministerin immer wieder den Dialog mit der CDU/CSU, obwohl ihr Bestreben systematisch auf Ablehnung stieß.

Angesichts der gerade beschlossenen Gesundheitsreform 2000 wurde im April 2000 zum großen Erstaunen aller ein internes SPD-Papier bekannt, dass nun plötzlich die Abkehr von Arzneimittelbudget und Kollektivhaftung in Erwägung zog. Zudem verwies das Papier auf andere bereits gescheiterte Steuerungsversuche, wie z.B. Arzneimittelrichtlinien und Festbeträge sowie das *Gemeinsame Aktionsprogramm zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets*. Es wurden hier inte-

ressanterweise genau die Argumente angeführt, die sonst Leistungserbringer und Opposition benutzten. Folglich hatten wohl einige SPD-Abgeordnete potentielle Pläne zum weiteren Ablauf der Arzneimittelpolitik gemacht, die überhaupt nicht mit der Linie der Gesundheitsministerin übereinstimmten, was somit auch innerhalb der SPD einen Dissens erkennen ließ.

Im Sommer 2000 geriet die grüne Gesundheitsministerin nun auch noch zunehmend unter Druck aus dem Bundeskanzleramt, denn Gerhard Schröder war unzufrieden mit dem Image der Gesundheitspolitik in der Öffentlichkeit. Schon zum zweiten Mal sah sich der Bundeskanzler gezwungen, in den eskalierenden Streit um die Ausformung der Gesundheitsreform 2000 einzugreifen und wies im Juli das Bundesgesundheitsministerium an, die Gespräche mit allen Beteiligten so sachorientiert wie möglich fortzusetzen. Demzufolge sollten gemeinsame Gesprächsrunden zu umstrittenen Bereichen, wie z.B. der Handhabung des Globalbudgets, organisiert und in deren Rahmen tragfähige Kompromisse erarbeitet werden. Trotz alledem zeigte sich, dass auch hier vor Jahresende 2000 keine Lösung in Sicht war. Zwar versuchte die SPD noch im Dezember, etwas Bewegung in die Verhandlungen zu den Arzneimittelbudgets zu bringen, aber dennoch konnte dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass im Jahr 2000 kein einziger Kompromiss zustande gekommen war. Auch war noch immer nicht die geringste Spur des als dringend notwendig erachteten Festbetragsneuordnungsgesetzes in Sicht.

Was die Arzneimittelwesen anbelangt, so drohte auch Ende 2000 erneut eine Unterversorgung. Hintergrund hierfür waren wie jedes Jahr Meldungen aus den KVen, wonach deren Arzneimittelbudgets angeblich schon Anfang November, also deutlich vor Jahresende, überschritten wären.

Die Festlegung der Festbeträge für Arzneimittel durch die Krankenkassen war durch Gerichtsentscheidungen blockiert worden. Das Gesundheitsministerium hätte also dementsprechend dringend neue Regelungen schaffen müssen. Stattdessen wartete die Bundesregierung auch im Jahr 2000 weitere Gerichtsurteile höherer Instanzen ab. Aufgrund der Untätigkeit der Regierung überprüften die Kassen Ende Dezember 2000 ihrerseits den gesamten Arzneimittelmarkt und beschlossen daraufhin, bei fast zwei Dritteln der Festbetragsgruppen vorläufig Absenkungen vorzunehmen. Ähnlich gestaltete sich das Problem der Arzneimittelrichtlinien, denn auch hier wäre es eigentlich Sache des Ministeriums gewesen, neue Regelungen zu finden.



Die Negativliste war letzten Endes das einzige Vorhaben Andrea Fischers, dass, abgesehen von der zehnten Arzneimittelgesetz-Novelle, tatsächlich umgesetzt werden konnte. Die Positivliste hingegen blieb weiterhin offiziell "in Bearbeitung". Aber auch wenn schon frühere Versuche, eine solche Liste einzuführen, gescheitert waren, so stand deren Aktualität immerhin weiterhin auf der Tagesordnung. Tatsache ist, dass Ministerin Fischer bisher mit keinem Thema so viel Ärger auf sich geladen hatte, wie mit dem der Arzneimittelbudgets, welche eindeutig nicht die Erwartungen erfüllt hatten, die die Bundesregierung an sie gestellt hatte. Mittlerweile galten die Budgets sogar als obsolet, denn abgesehen von dem folgenreichen psychologischen Druck, welche diese auf verordnenden Ärzte ausübten, war bislang auch nicht die geringste positive Wirkung zu verzeichnen. Die Regressansprüche gegen jene Ärzte, die trotz aller Drohungen der Regierung sowie der Krankenkassen außerhalb des Rahmens der Budgetlimits verordnet hatten, waren zudem seit ihrer Einführung im Jahre 1992 bisher noch nie geltend gemacht worden.

Die Arzneimittelbudgetierung brachte letztlich nur Unruhe in das Arzt-Patienten-Verhältnis. Dennoch stellten die Ärzte im Jahr 2000 kein Notprogramm gegen die Bundesregierung auf die Beine. Insgesamt hatten die Angriffe der Ärzteschaft auf die rot-grüne Regierung einen deutlich weniger aggressiven Charakter als in den Jahren 1998 und 1999. Dies ist als Erfolg für Ministerin Fischer zu werten, da sie somit trotz aller Widerstände der Ärzte die ihr so am Herzen liegende Arzneimittelbudgetierung beibehalten konnte. Allerdings sah die Finanzlage in der Arzneimittelpolitik trotz Gesundheitsreform nicht besonders gut aus.

Die zweite Hälfte der Legislaturperiode schien für Andrea Fischer genauso viel Ärger zu bringen wie die nicht gerade reibungslose erste Hälfte. Selbst innerhalb der Grünen und deren Fraktion tauchte zunehmend die Frage auf, wie Fischers Ressort in der Öffentlichkeit noch vor der Bundestagswahl in besseres Licht gerückt werden konnte.

Am 9. Januar 2001 gab Andrea Fischer im rot-grünen Kabinett des amtierenden Bundeskanzlers Gerhard Schröder ihren Rücktritt vom Posten der Gesundheitsministerin bekannt. Erstaunlich war hierbei nicht die Entscheidung selbst, sondern der offizielle Grund ihres Rücktritts. Angeblich beruhte dieser auf einem selbst zugesprochenen Fehlverhalten in einem Randgebiet ihres Geschäftsberei-

ches, das zum sogenannten BSE<sup>1010</sup>-Skandal geführt hatte. Eigentlich wäre Fischers Kapitulation eher aufgrund der unlösbaren Konflikte in der Arzneimittelpolitik zu erwarten gewesen.

Nichtsdestotrotz gingen die Grünen als Partei eher gestärkt aus dieser vermeintlichen Niederlage hervor, denn der Dauerstreit Andrea Fischers mit Kassen, Ärzten, Apothekern und Pharmaindustrie sowie dessen negative Folgen waren mit einem Schlag beendet. Nach dem Rücktritt Fischers wurde innerhalb der Koalition über eine Änderung der Ressortaufteilung verhandelt. Hierbei bestand die SPD vor allem auf der Übernahme der Verantwortung im Aufgabenbereich Gesundheit.

Am 18. Januar 2001, also relativ kurzfristig, wurde dann auch die SPD-Politikerin Ulla Schmidt als neue Gesundheitsministerin im Bundestag vereidigt. Wie auch schon ihre Vorgängerin kam Ulla Schmidt gesundheitspolitisch gesehen unbelastet ins Amt, denn sie war keine ausgewiesene Gesundheitsexpertin, hatte sich aber immerhin als kompetente Sozialpolitikerin profiliert. Dies ließ darauf schließen, dass der Bundeskanzler eine gewisse Beruhigung in dieses Ressort bringen wollte, zumal zugleich dringende Probleme auf die neue Gesundheitsministerin warteten. Denn Schmidt musste recht kurzfristig zum Thema Arzneimittelbudgets Stellung nehmen, und auch ihre Einstellung zur Frage der Positivliste wurde mit großer Spannung erwartet. Noch dazu stand, angesichts des näher rückenden Bundestagswahlkampfes, nur wenig Zeit zum Handeln zur Verfügung. Allerdings konnte sich die Partei des Kanzlers zumindest damit trösten, durch die Einsetzung der SPD-Politiker Gudrun Schaich-Walch als Parlamentarische Staatssekretärin und Klaus Theo Schröder als Staatssekretär, welche Christa Nickels und Erwin Jordan ablösten, nach zwei Jahrzehnten endlich wieder das Gesundheitsministerium vollständig in eigener Hand zu haben.

In ihrer ersten Bundestagsrede als neue Gesundheitsministerin am 15. Februar 2001 versprach Ulla Schmidt die Abschaffung des Arzneimittelbudgets und der Kollektivhaftung. Auch erweckte die neue Gesundheitsministerin bei vielen Akteuren Hoffnung auf eine Entspannung in der Arzneimittelpolitik, und selbst Gerhard Schröder sah nunmehr die Chance, mit den Leistungserbringern, vor allem den Ärzten, endlich doch noch zu einem Kompromiss zu gelangen. So war es auch nicht überraschend, dass schon in den ersten Wochen zahlreiche Gespräche zwischen Gesundheitsministerin und Vertretern von Verbänden des Gesundheitswesens im Bundeskanzleramt statt fanden. Dies machte deutlich,

---

<sup>1010</sup> Im Jahre 2000 wurde der Verdacht eines Zusammenhangs zwischen der zunächst in Großbritannien als Tierseuche aufgetauchten BSE-(= Bovine-spongiforme-Enzephalitis) Seuche bei Exportrindern und der bei Menschen als seltene neurogene Affektion seit langem beschriebenen Creutzfeld-Jacob-Krankheit zum politischen Thema.

dass der Kanzler, sicherlich angesichts der nahenden Wahlen, zur aktiven Unterstützung "seiner" neuen Ministerin bereit war.

Ulla Schmidt hatte in ihrer Einarbeitungsphase den richtigen Schritt gewählt, indem sie bei ihrer Politik zunächst auf Kommunikation und Konsens setzte. Dies stellte einen Zeitgewinn dar und bewirkte gleichzeitig eine positive Resonanz. Sehr schnell schien der Name Ulla Schmidt nicht nur für einen Amtswechsel mit neuem Politikstil zu stehen, sondern für einen regelrechten Richtungswechsel mit neuen Inhalten. Allerdings hatte die neue Gesundheitsministerin auf diese Weise viele Hoffnungen erweckt, die es nun auch zu erfüllen galt.

Die Grünen blieben zum Thema Arzneimittelpolitik zunächst erstaunlich ruhig und zeigten sich offensichtlich zufrieden, dass ungeliebte Ressort losgeworden zu sein, zumal Ulla Schmidt in ihrer ersten Rede als neue Ministerin versicherte, keinen Wechsel in der rot-grünen Gesundheitspolitik anzuvisieren. Im Gegensatz zu den Grünen empfanden jedoch die restlichen Akteure, dass sich die Bereitschaft des neuen Bundesgesundheitsministeriums zur Zusammenarbeit, insbesondere in Bezug auf die Arzneimittelpolitik, deutlich im positiven Sinne geändert hatte.

Ziemlich schnell wurde dann aber auch Ulla Schmidt von den Kämpfen mit den Interessengruppen in der Arzneimittelpolitik eingeholt, denn kaum war sie zwei Monate im Amt, so bekam sie bereits die gleichen Protestrufe wie ihre Vorgängerin zu hören. So verlangten beispielweise die Spitzenverbände der Krankenkassen schriftlich von Bundeskanzler Schröder, den massiven Forderungen der Ärzteschaft nach Aufhebung oder Lockerung der Arzneimittelbudgets nicht nachzugeben.

Die Ärzte drohten ihrerseits mit Praxisschließungen, falls die Arzneimittelbudgetregelung nicht geändert würde. Da nun aber Ulla Schmidt schon gleich nach ihrer Amtsübernahme angekündigt hatte, gemäß den Forderungen der Ärztelobby ohne jegliche Gegenleistung die umstrittene Kollektivhaftung und die Budgets abzuschaffen, hatte sie somit ihre Trumpfkarten bei den Ärzten bereits verspielt. Bedauerlicherweise hatte sie die Ärzte damit nicht beruhigen können, stattdessen aber die Krankenkassen gegen sich aufgebracht.

Als problematisch erwies sich, dass der Wegfall der Kollektivhaftung auch zum Wegfall des hieraus resultierenden und bislang sehr wirksamen psychologischen Drucks auf die Ärzte führte. Auch die Annahme, es gebe zur Kollektivhaftung ein alternatives Steuerungsinstrument, wie beispielsweise die von der Union geforderten Richtgrößen, erwies sich als unrealistisch. Da zudem noch bisher nie ausreichend zeitnahe und vollständige Verordnungsdaten vorlagen, und diese auch

weiterhin nur sehr schwierig zu erlangen waren, befand sich die Gesundheitsministerin in einem Teufelskreis, der kaum kurzfristig zu durchbrechen war.

SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hatte, wie schon erwähnt, kurz nach ihrem Amtsantritt im Januar 2001 die Abschaffung der Arzneimittelbudgets und der Kollektivhaftung angekündigt, ein Versprechen, das sie kaum vier Monate später auch tatsächlich einhielt. Die Oppositionsfraktionen von CDU/CSU und FDP, die zu Zeiten Andrea Fischers genau diese Maßnahme gefordert hatten, äußerten nun Kritik, dies aber wohl hauptsächlich aus dem Grunde, dass Schmidt somit ohne politische Gegenleistung der betroffenen Akteure, sozusagen kampflos, ihr stärkstes Druckmittel aus der Hand gegeben hatte. Sogar die Grünen wollten eine bedingungslose Streichung des Kollektivregresses für Arzneimittelbudget-Überschreitungen zunächst nicht unterstützen.

Nahezu alle Akteure begrüßten jedoch die Initiative von Ministerin Schmidt, nur die aufgrund der spezifischen Interessenlage in diesen Angelegenheiten isolierten Krankenkassen kritisierten natürlich die Aufhebung der Budgetgrenzen und den Verzicht auf die Kollektivhaftung.

Mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz schaffte die Regierungskoalition nun das von ihr selbst erst zwei Jahre zuvor geschaffene Prinzip eines bindenden Arzneimittelbudgets mit Kollektivregress wieder ab. Stattdessen sollten nun Richtgrößen ermittelt sowie Ausgabenvolumina und Zielvorgaben festgelegt werden, wobei aber auch das hierzu vorgesehene, neue Gesetz Steuerungsmöglichkeiten vorsah. Dazu gehörte unter anderem die Schaffung von Eingriffsmöglichkeiten für KVen und Kassen, deren Selbstverwaltung nicht nur Ausgabenvolumina festzulegen hatte, sondern auch Grenzen für die Richtgrößen, um, wie früher bei den Budgets, die Ärzte unter Druck setzen zu können.

In den Monaten Januar bis April 2001 fochten die Krankenkassen einen Machtkampf mit der Bundesregierung aus, die hierbei sogar gezwungen wurde, notdürftig ein Festbetragsgesetz zur einmaligen Anwendung zu entwerfen. Die Krankenkassen konnten sich dahingehend durchsetzen, dass unter anderem der die Selbstverwaltung regelnde § 35 SGB V nicht gestrichen wurde. Stattdessen sollte dieser Paragraph nur bis Ende 2003, also zeitweilig, durch das oben erwähnte Gesetz suppliert werden, um dann wieder voll und ganz zur Anwendung zu kommen. In dem bis zu diesem Zeitpunkt anzuwendenden, neuen Festbetragsgesetz war lediglich die einmalige Vornahme einer Senkung der Festbeträge

vorgesehen, welche die Krankenkassen jährlich um 650 Millionen DM<sup>1011</sup> entlasten sollte.

Dennoch nahm der bisher starke Einfluss der gesetzlichen Krankenkassen auf die Bundesregierung deutlich ab, und auch deren dominierende Position innerhalb der Akteure des Gesundheitswesens war nicht mehr so eindeutig wie bisher. Denn selbst wenn die Krankenkassen hier einen Erfolg verbuchen konnten, so doch nur auf Kosten einer Kampfansage mit bisher nie da gewesener Aggressivität gegenüber der Bundesregierung und der Pharmaindustrie.

Gesundheitsministerin Schmidt hingegen schaffte es, Kassen und Pharmaindustrie mit viel Ausdauer zu einem Festbetrags-Kompromiss zu führen, der zudem noch allen Beteiligten die nötige Zeit verschaffte, über langfristig tragfähige Lösungen nachzudenken.

Mit dem schließlich am 13. Juli 2001 vom Bundesrat bestätigten Festbetragsanpassungsgesetz zog die rot-grüne Bundesregierung ihr Fazit aus der Tatsache, dass es aufgrund der durch die Pharmaindustrie bewirkten ständigen Gerichtsentscheidungen für die Spitzenverbände der GKV unmöglich geworden war, neue Festbeträge durchzusetzen. In der Tat hatte die geringe Fürsorge, mit welcher die ehemalige Gesundheitsministerin Andrea Fischer das Thema Festbeträge behandelt hatte, dazu geführt, dass in den letzten zwei Jahren Gerichte Entscheidungen zu treffen hatten, die eigentlich Sache der Regierung gewesen wären. Hierbei gingen jedoch die Kassen meist als Verlierer hervor. Nun gab es eine zumindest bis Ende 2003 gültige, allseits akzeptierte Kompromissregelung, welche Ärzteschaft, Pharmaindustrie und Krankenkassen endlich wieder sichere Rahmenbedingungen gewährleistete. Nicht ohne Respekt ist wiederum festzustellen, dass Ulla Schmidt in der Lage war, eine Lösung für das Problem der Festbeträge zu finden und hierfür kaum sechs Monate benötigte.

Am 10. September 2001 verkündete Ulla Schmidt ihre Entscheidung, schnellstmöglich drastische Einsparungen bei den Arzneimittelkosten vorzunehmen. Kern des von ihr ins Auge gefassten, neuen Sparplans war es, die Auswahl der Präparate vom Arzt auf den Apotheker zu übertragen. Dies bedeutete, dass Letzterer künftig an den Patienten grundsätzlich das preisgünstigste Medikament der den vom Arzt verschriebenen Wirkstoff enthaltenden Gruppe abzugeben hatte. Auch sollte künftig, nur, wenn ein Arzt ausdrücklich auf einen bestimmten Medikament bestand, der Apotheker diese Vorgabe auch einhalten, was später als sogenannte Aut-idem-Regelung bezeichnet wurde. Um nun den Apothekern einen Anreiz

---

<sup>1011</sup> Im Januar 2002 wurde im Zuge der europäischen Währungsunion der Euro eingeführt. Bis zum 31.12. 2002 galt die nationale Währung.

für die Abgabe preiswerterer Präparate zu geben, plante Schmidt, die staatliche Arzneimittelpreisverordnung zu ändern, nach welcher die Verdienstspanne bisher direkt proportional zum Preis des jeweiligen Medikamentes festgelegt war. Die Gesundheitsministerin beabsichtigte, nicht nur die Margen für teure Medikamente zu senken, sondern auch den Apothekern für die Auswahl günstiger Präparate eine Zulage zu gewähren.

Als Ende September 2001 Gesundheitsministerin Ulla Schmidt zusammen mit den Krankenkassen im Alleingang den sogenannten Fünf-Punkte-Plan zur kurzfristigen Entlastung der Kassen erstellte, machte sie deutlich, dass sie auch ohne Absprache mit Pharmaindustrie und Apothekerschaft gewillt war, ihre Bestrebungen zur Reduzierung der Arzneimittelausgaben weiterzuführen. Dieser Fünf-Punkte-Plan wies allerdings in seiner Umsetzung wesentliche Nachteile auf. So beinhaltete der Plan unter anderem, dass Krankenhäuser in ihren Entlassungsberichten künftig auch die Wirkstoffe und Analogpräparate (Me-too-Präparate) zu ihren Verordnungen benennen sollten, um den Patienten einen leichteren Umstieg auf kostengünstigere Alternativen, sprich Generika, zu ermöglichen. Ebenfalls sah der Fünft-Punkte-Plan die zuvor beschriebene Aut-idem-Regelung vor. Bei dieser Regelung bestand nun aber die Gefahr, dass der Apotheker sich in der Praxis auf die Abgabe jener Medikamente beschränkte, für die ihm vom Hersteller der größte Rabatt eingeräumt wurde.

Im Grunde wollte Schmidt den Apothekern mit der schon seit langem von diesen geforderten Aut-idem-Regelung entgegenkommen, musste aber jedoch feststellen, dass die Apothekerschaft nach Einführung wider Erwarten mit massiven Protesten reagierte. Auch der Generikaverband versuchte mit allen Mitteln, die Aut-idem-Regelung zu verhindern, da mitunter die Existenz einiger Generikaunternehmen bedroht schien. Ulla Schmidt beharrte allerdings auf "ihrer" Regelung und war allenfalls bereit, mit der Industrie über eine eventuelle Abmilderung der Wirkung auf den Wettbewerb zu verhandeln. Dies führte so weit, dass auf Initiative der SPD-Fraktion die Aut-idem-Regelung wiederum überarbeitet und durch eine parteieigene Arbeitsgruppe entschärft werden musste.

Überraschend zeigte im November 2001 die Bundesregierung Bereitschaft, ihrerseits im Alleingang Gespräche aufzunehmen, dies allerdings ausschließlich mit der Pharmaindustrie unter Ausschluss der Beteiligung der Krankenkassen. So kam es dann auch am 8. November zu einem von Hubertus Schmoldt, Chef der Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie und Energie, arrangierten und auch vom

DGB unterstützten Treffen, bei welchem Bundeskanzler Schröder persönlich die Verhandlungen führte. Ulla Schmidt blieb hier nur übrig, sich dem Druck von Bundeskanzler, Gewerkschaft und Pharmaindustrie zu beugen. Ergebnis der Gespräche war, dass die Bundesregierung der forschenden Pharmaindustrie entgegen kam, denn Bundeskanzler Schröder erklärte sich bereit, auf Eingriffe in die Preisgestaltung bei Arzneimitteln zu verzichten. Generikahersteller und mittelständische Pharmaunternehmen gingen hingegen, trotz der für sie großen finanziellen Belastung durch die Preissenkungen ihrer Arzneimittel, zunächst leer aus, da die Bundesregierung im Prinzip an der geplanten Aut-idem-Regelung festhielt.

Für 400 Millionen DM ließ sich nun die Bundesregierung von der forschenden Pharmaindustrie die Streichung der Preisabschlagsregelung von 4% bei den nicht festbetragsgebundenen Arzneimitteln aus dem Entwurf zum Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz abkaufen. Dieser Handel stieß zwar verständlicherweise auf heftige Kritik bei Opposition und Krankenkassen, jedoch brauchte sich nunmehr die rot-grüne Bundesregierung vor der Bundestagswahl nicht mehr als "Innovationsfeind" und "Arbeitsplatzvernichter" in der Pharmaindustrie beschimpfen zu lassen.

Mit der Einführung der Aut-idem-Regelung verfolgte Ulla Schmidt das Ziel, alle Sparpotentiale, also auch die des Generikamarktes, voll auszuschöpfen. Allerdings übersah sie, dass Deutschland im Vergleich zu den anderen europäischen Ländern bereits den höchsten Generikamarktanteil hatte. Die Ausschöpfung konnte daher nicht mehr so groß sein, wie die Ministerin es sich möglicherweise erhoffte.

Schließlich wurde am 14. Dezember 2001 mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen das Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetz mit der umstrittenen Aut-idem-Regelung verabschiedet. Das Gesetz beinhaltete aber nicht nur die Aut-idem-Regelung, sondern auch die Erhöhung des Apothekenrabattes von 5% auf 6%, den Solidarbeitrag der forschenden Pharmaindustrie in Höhe von 400 Millionen DM, eine zukünftige Empfehlungen des Bundesausschusses zum Kosten-Nutzen-Verhältnis patentgeschützter Arzneimittel an die Ärzte und die Angabepflicht von alternativer Arzneimitteltherapie in Krankenhausentlassungsberichten. Mit diesem somit verabschiedeten Arzneimittelsparpaket versuchte Ulla Schmidt, den massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben um bereits 11% seit Beginn des Jahres 2001 zu dämpfen. Gleichzeitig führte sie damit das letzte größere Reformprojekt im Gesundheitswesen vor der Bundestagswahl durch. Allerdings konnte sie nicht verhindern, dass die Krankenkassen ihre Beiträge auf

14% anhoben. Diese wiederum begründeten diese Anhebung mit steigenden Ausgaben für Arzneimittel.

Am Ende des Jahres 2001 wurde Ulla Schmidt abermals mit einem starken Arzneimittelausgabenanstieg konfrontiert, dem sie mit einem neuen Reformkonzept für das Jahr 2003 begegnen wollte. Wie dieses Konzept im Einzelnen aussehen sollte, war Ende 2001 noch nicht abschließend geklärt.

Knapp ein Jahr war Ulla Schmidt nun im Amt, und der politische Druck auf die Gesundheitsministerin war stetig gestiegen. Auch die Unruhe in der Arzneimittelpolitik war größer denn je, obwohl Schmidt zunächst einen guten Start gehabt hatte. Alle Akteure hatten die Hoffnung gehegt, mit ihr einen Neuanfang zu starten, da sie mit allen den Konsens suchte und nicht den Konflikt. Dennoch wurde gut ein Jahr nach ihrem Amtsantritt klar, dass sich diese Hoffnungen für viele Akteure nicht erfüllt hatten.

Verwirrung aber auch Ernüchterung bestimmten die Einführungsphase der Aut-idem-Regelung zu Beginn des Jahres 2002. Während Gesundheitsministerin Ulla Schmidt hinnehmen musste, dass die erhofften Einsparungen von über 200 Millionen Euro zumindest im laufenden Jahr nicht mehr realisiert werden konnten, wurden nicht nur Ärzte und Apotheker, sondern auch die oft vergessenen Patienten von Verunsicherung heimgesucht. Für Verärgerung und Verwirrung sorgte vor allem der Umstand, dass sich die Bedeutung des Kästchens "Aut idem" auf dem Verordnungsblatt umgekehrt hatte. Während der Arzt bei der alten Regelung Aut-idem ankreuzte, um dem Apotheker die Substitution zu gestatten, musste er nunmehr das gleiche Kästchen auf dem Rezept ankreuzen, um dies zu untersagen.

Nachdem Gesundheitsministerin Ulla Schmidt 2001 die Arzneimittelbudgets aufgehoben hatte, aber noch im gleichen Jahr ein Krankenkassendefizit von 2,8 Milliarden Euro eingestehen musste, stiegen die Arzneimittelausgaben auch weiterhin unverhältnismäßig stark. Die Ministerin legte daher wiederum ihr Augenmerk auf den Arzneimittelsektor, dessen Ausgabenentwicklung auch weiterhin im Brennpunkt der Gesundheitspolitik stand.

Neben der Umsetzung der Aut-idem-Regelung und der Ausschöpfung aller vorhandenen Einsparmöglichkeiten des Arzneimittel-Sparpaketes setzte die Gesundheitsministerin jetzt auch auf eine kritischere Bewertung von Arzneimittelinnovationen. Diese galten für Schmidt als die Hauptverursacher der hohen Arzneimittelausgaben. Daher beauftragte sie den Bundesausschuss, Listen mit jenen neuen Medikamenten zu erstellen, welche Analogpräparate darstellten und



eventuell teurer als schon existierende Medikamente, um diese gegebenenfalls von der Erstattungsfähigkeit ausschließen zu können.

Seriöse Vorhersagen über den tatsächlichen Entlastungseffekt des Arzneimittelsparpakets konnte das Bundesgesundheitsministerium nicht machen. Daher musste Ulla Schmidt darauf vertrauen, dass die Selbstverwaltung auch nach Abschaffung von Budgets und Kollektivregress verantwortlich mit ihrem Auftrag umging. Auch ansonsten blieb die Ministerin im ersten Halbjahr 2002 weiterhin auf ihrem Konsenskurs gegenüber allen Akteuren und sah vor der Bundestagswahl auch sicherheitshalber keine Reformen mehr vor. Ab 2003 aber plante sie sowohl die Einrichtung eines unabhängigen Instituts, dessen Aufgabe darin bestehen sollte, den wirklichen Nutzen neuer Arzneimittel festzustellen und zu bewerten, als auch die Nominierung eines Arzneimittelinspektors, um die Pharmaindustrie unter Aufsicht zu stellen.

Nachdem in den vorangegangenen Jahren die Arzneimittelpolitik als Schwerpunktthema in der Gesundheitspolitik angesehen werden musste, wurde darüber in den Wahlprogrammen aller Parteien zur Bundestagswahl im September 2002 überraschend wenig geschrieben. Die SPD machte nur oberflächlich Aussagen zur Arzneimittelpolitik und versprach lediglich, wie zuvor angekündigt, die sichere Versorgung mit Arzneimitteln. Im Gegensatz zum Wahlprogramm des Jahres 1998 erwähnte die SPD jetzt die Budgets natürlich nicht mehr, da Ulla Schmidt diese bei ihrer Amtsübernahme Anfang 2001 auf Drängen der Ärzteschaft sowie aufgrund der Undurchsetzbarkeit derselbigen abgesetzt hatte. Auch die 1998 erklärte Absicht, die Zuzahlungen zu reduzieren, wurde im neuen Wahlprogramm nicht mehr aufgeführt, denn die rot-grüne Bundesregierung hatte dieses Ziel erreichen können.

Nach all den Unstimmigkeiten durch die Ärztedemonstrationen gegen die Arzneimittelbudgetierung hob die SPD nun die Gewährleistung der Versorgung mit Arzneimitteln besonders hervor. So versprach sie in ihrem Programm 2002, dass Medikamente auch in Zukunft hochwertig blieben und Innovationen ermöglichen würden. Wahrscheinlich erhoffte sich die SPD hierdurch mehr Wählerstimmen. Die Grünen schienen in ihrem Wahlprogramm die Gesundheitspolitik im Allgemeinen tunlichst vermeiden zu wollen, was wohl mit der Tatsache zusammenhing, dass die umstrittene grüne Gesundheitsministerin Andrea Fischer, zumindest nach Einschätzung der Öffentlichkeit, mitten in der Legislaturperiode abgelöst werden musste.

Die Union wiederum versprach in ihrem Programm den Ärzten, keine Budgets einzuführen und trat weiterhin für Therapiefreiheit statt Listenmedizin ein. Auf die Arzneimittelpolitik selber ging die Union nur sehr vage ein und beschrieb auch nicht, wie sie den entsprechenden Markt zu regeln gedachte.

Bis auf die FDP erwähnten alle Parteien in ihren Wahlprogrammen, dass sie die Zweiklassenmedizin ablehnten. Obwohl die FDP sich immer sehr in der Arzneimittelpolitik engagiert hatte, wurde, abgesehen von der schon 1998 formulierten Forderung nach Reduzierung des Mehrwertsteuersatzes auf Medikamente, keine weitere Forderung in das Wahlprogramm aufgenommen.

Die PDS griff in ihrem Wahlprogramm besonders die Pharmaindustrie an, welche sie als Hauptverursacher der Preistreiberei bezeichnete. Daher wurde mehr Regulierung im Arzneimittelmarkt gefordert, um den Einfluss der Pharmaindustrie zurückzudrängen. Somit blieb auch die PDS im Großen und Ganzen ihrem vorherigen Wahlprogramm treu.

Nachdem im ersten Quartal 2002 die Arzneimittelausgaben der GKV geringfügiger angestiegen waren als im Vorjahreszeitraum, versuchte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die vorliegenden Zahlen gegenüber der Öffentlichkeit positiv zu interpretieren. Aber obwohl sie fester Meinung zu sein schien, dass schließlich im zweiten Halbjahr 2002 das Arzneimittelsparpaket der Bundesregierung seine volle Wirkung entfalten würde, bestand sie zu diesem Zeitpunkt sicherheitshalber noch darauf, dass es keinen "Grund zur Entwarnung" gebe.

Als die Ministerin dann am 9. Juli 2002 endlich einen Rückgang der Arzneimittelausgaben der Krankenversicherungen um 1,7% für den Monat Mai 2002 verkünden konnte, sah sie sich schließlich in der Wirksamkeit der von ihr eingeführten Steuerungsinstrumente, zu welchen auch die Umsetzung der mit dem Arzneimittelbudgetablösungsgesetz eingeführten Zielvereinbarungen durch die Selbstverwaltung gehört, bestätigt.

Allerdings musste die Gesundheitsministerin am 2. September 2002, also kaum zwei Monate später, erneut ein vorläufiges Defizit der gesetzlichen Krankenversicherungen bekannt geben, und dies auch noch nur 20 Tage vor der Bundestagswahl. Es zeigte sich also, dass Ulla Schmidt trotz der Solidaritätszahlungen der Pharmaindustrie, des gestiegenen Kassenrabatts und der Selbstverpflichtung der Ärzteschaft die negative Tendenz in der GKV-Bilanz nicht aufzuhalten vermochte. Um ihre Steuerungsversuche in der Arzneimittelpolitik zu rechtfertigen, ermahnte sie nun die Kassenärzte, sich an deren Teil der Abmachung zu halten. Tatsache ist, dass das höchste Gebot der Regierungskoalition, die Beitragssätze

der Kassen stabil zu halten, der Gesundheitsministerin mit ihrer Arzneimittelpolitik nicht gelungen war. Hierbei wurde aber auch deutlich, dass der Arzneimittelmarkt allein nicht zur Entlastung der GKV führen konnte.

Bereits mit der Aut-idem-Regelung und dem neuen Rabattgesetz hatte sich Ulla Schmidt nicht gerade Freunde geschaffen. Als sie jetzt auch noch plante, den in Deutschland bisher verbotenen Internet-Versandhandel mit Arzneimitteln zuzulassen, war sie zudem noch mit dem unerwartet harten Widerstand der Apothekerschaft konfrontiert. Bevor der Europäische Gerichtshof sie dazu zwang, wollte die Ministerin den Versandhandel aus eigener Initiative gestatten, woraufhin die Apotheker ihre Kunden gegen Schmidts Pläne mit einer Unterschriftensammlung mobilisierten. Allen Widerständen zum Trotz blieb sie bei ihrer Position und ließ sich am 3. Juli 2002 bei der Entgegennahme der Unterschriftenlisten dieser "pro Apotheke" sogenannten Aktion sogar demonstrativ von ihrer Staatssekretärin Gudrun Schaich-Walch vertreten. Die Ministerin erkannte in der Frage des Arzneimittelversands den dringenden Handlungsbedarf, um den weiteren Anstieg der Arzneimittelausgaben einzugrenzen und konnte sich dabei sicher sein, die SPD-Spitzen hinter sich zu haben.

Für die Krankenkassen hingegen ging alles viel zu langsam, da diese den Arzneimittelversand so schnell wie möglich eingeführt wissen wollten und offensichtlich zu diesem Zwecke sogar bereit waren eine Konfrontation mit der Gesundheitsministerin in Kauf zu nehmen.

In politischer Hinsicht stand Ulla Schmidt allerdings erst zum Ende des Wahlkampfes einem ernstzunehmenden Gegner in Form des ehemaligen CSU-Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer gegenüber, der sich drei Monate vor der Bundestagwahl nach schwerer Krankheit wieder zurückmeldete. Da nun aber Horst Seehofer über längere Zeit nicht am politischen Geschehen teilnehmen können, profitierte Schmidt im Hinblick auf die Verteidigung ihrer Arzneimittelpolitik in der Öffentlichkeit von einem deutlichen Zeitvorsprung. Daher war sich die Ministerin auch sicher, im Wahlkampf den Bürgern die Ziele ihrer Gesundheitspolitik vermittelt zu haben. Um so enttäuschender muss es für sie gewesen sein, Mitte September 2002 zu erfahren, dass gut zwei Drittel der älteren Bundesbürger sich im Rahmen einer Umfrage der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP) gegen die Aut-idem Regelung aussprachen. Diese Regelung ging offensichtlich, entgegen Ulla Schmidts Überzeugung, überwiegend an den Bedürfnissen der Patienten vorbei.

Was die Grünen als Partner der Regierungskoalition anbelangt, so schienen diese nicht nur in der Arzneimittelpolitik, sondern auch in der Gesundheitspolitik im

Allgemeinen fast vollständig ambitionslos geworden zu sein. Offensichtlich blieb mit dem Ausscheiden Andrea Fischers die Arzneimittelpolitik bei den Grünen auf der Strecke.

Die Gesundheitspolitik war augenscheinlich ein doch zu kompliziertes Thema, als dass es im Bundestagswahlkampf hätte Bedeutung erlangen können. Selbst die Aktionen der Ärzte, Apotheker und zuletzt auch der Kassen konnten daran kaum etwas ändern. Somit spielte auch die Arzneimittelpolitik im Wahlkampf keine große Rolle.

Am 22. September 2002 fand schließlich die 15. Wahl zum Deutschen Bundestag statt, was zumindest der Propagandapolemik ein Ende setzte. Im Ergebnis trennten nur wenige tausend Stimmen die Unionsparteien von der SPD, die jedoch dank eines kaum vorhersehbaren Triumphes der Grünen zusammen mit diesen das Mandat für weitere 4 Jahre erhielt.

## **17. Lässt sich die Arzneimittelpolitik in Deutschland steuern? :**

### **–Eine analytische Schlussbetrachtung–**

Um einer objektiven Beurteilung der Ergebnisse der von der rot-grünen Bundesregierung im Rahmen ihrer ersten Legislaturperiode von 1998 bis 2002 zur Anwendung gebrachten Steuerungsinstrumente in der Arzneimittelpolitik gerecht zu werden, müssen diese zunächst detailliert betrachtet werden. Hierbei ist auch, wenn möglich, der jeweiligen Anwendbarkeit der in der Gesundheitspolitik zum Tragen kommenden Analysemodelle (Neokorporatismus- und Policy-Netzwerk-Theorie) nachzugehen.

Allerdings lässt sich schon eingangs feststellen, dass die Regierung zumindest teilweise in der Lage war, ihre Absichten, durchzusetzen. Ob deren Ziele auch erreicht wurden, soll nun im Einzelnen erörtert werden. Vielfach blieb es jedenfalls doch nur bei Steuerungsversuchen.

Die Arzneimittelfestbeträge waren ein Kernelement des Solidaritätsstärkungsgesetzes von 1998. Die rot-grüne Koalition wollte damit den Preiswettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt beleben. Auch wenn das Steuerungsinstrument der Festsetzung von Arzneimittelfestbeträgen durch die Gerichtsentscheidung des Landgerichts Düsseldorf Anfang Januar 1999 blockiert wurde, konnte im Zuge der Gesundheitsreform 2000 die Bundesregierung immerhin einwirken, dass bei Rechtsstreitigkeiten mit Pharmafirmen ausschließlich die Sozialgerichte zuständig wurden, und somit keine Zivilgerichte mehr angerufen werden konnten. Allerdings war dieser Zustand zunächst nicht sehr befriedigend, jedoch gelang es der Bundesregierung im Sommer 2001, eine Kompromisslösung zu den Arzneimittelfestbeträgen zu finden. Diese, zumindest bis Ende 2003 gültige, allseits akzeptierte Kompromissregelung, gewährleistete der Ärzteschaft, Pharmaindustrie und Krankenkassen endlich wieder sichere Rahmenbedingungen. Das Steuerungsinstrument Arzneimittelfestbeträge zeigte dennoch eine positive Wirkung, da hiermit laut Pharmaindustrie die Krankenkassen ca. zwei Milliarden Euro jährlich einsparten. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass das Steuerungsinstrument Arzneimittelfestbeträge vom Bundesverfassungsgericht am 17. Dezember 2002, also in der zweiten Legislaturperiode der rot-grünen Koalition, als verfassungskonform angesehen wurde. Damit war der jahrelang andauernde Rechtsstreit zwischen Arzneimittelherstellern und Krankenkassen über die

Frage, ob der Bundesausschuss und die Kassen berechtigt sind, Festbeträge festzusetzen, beendet.

Da es sich bei der Regierung um eine als Dauerbündnis zu betrachtende Koalition handelt, ist in der dem Entscheidungsverlauf zugrunde liegende Gesetzgebungsprozess eindeutig dem korporatistischen Erklärungsansatz zuzuordnen. Auch das Ergebnis dieser im Grunde als geglückten Steuerungsversuch anzusehenden Bestrebungen, also die Verlagerung der Entscheidungsgewalt in Festbetragsfragen auf die Sozialgerichte, resultiert somit aus einem korporatistisch zu beurteilenden Prozess. Die Notwendigkeit einer Kompromisslösung allerdings, um die Arzneimittelfestbeträge schließlich, und sei es nur vorläufig, auch zur tatsächlichen Anwendung zu bringen, bedurfte des Schließens von Ad-hoc-Bündnissen, was bedeutet, dass hier auch die Netzwerk-Theorie zum Tragen kommt. Die Tatsache, dass es durch das Einwirken der Gesundheitsministerin auch zu einem Kompromiss kommen konnte, ist ebenfalls als geglückter Steuerungseingriff zu bewerten.

Die bis dahin sonst so wichtige, auf einem rein korporatistischen Ansatz beruhende Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (KAiG), einst machtvolleres Entscheidungsinstrument früherer Gesundheitsminister, schien bei SPD-Gesundheitsministerin Ulla Schmidt auf wenig Gegenliebe gestoßen zu sein, denn sie lehnte diese schlichtweg als ineffizient ab und rief dafür am 7. Mai 2001 in Schloss Ziethen bei Berlin einen ebenfalls als korporatistisch zu bezeichnenden Runden Tisch mit einem kleineren Teilnehmerkreis ins Leben, der in Arbeitsgruppen die nächste Gesundheitsreform 2003 vorbereiten sollte. Die 24 Gründungsmitglieder setzten sich aus Experten von Pharmaindustrie, Gewerkschaft und Apothekerschaft sowie Ärztevertretern zusammen. Mit diesem neuen Gremium sollte die geplante Gesundheitsreform 2003 nach der Bundestagswahl 2002 konsensfähige Konturen erlangen. Die Teilnehmer sollten unter anderem zum Thema Modernisierung der Arzneimittelversorgung Reformvorschläge entwickeln.

Bereits 1977 war die *Konzertierte Aktion* unter dem damaligen Arbeitsminister Ehrenberg gegründet worden, aber schon für Ex-Gesundheitsminister Seehofer war die *Konzertierte Aktion* zu schwerfällig und er versuchte, allerdings ohne jeden Erfolg, durch eine neue Geschäftsordnung Effizienz in die heterogene Gruppe zu bringen. Seehofer ließ daher die *Konzertierte Aktion* "einschlafen". Auch Andrea Fischer hatte sie in ihrer Regierungszeit überhaupt nicht in Anspruch genommen, und Ulla Schmidt tat es ihr jetzt gleich. Für die Arzneimittelpolitik der

rot-grünen Bundesregierung spielte die *Konzertierte Aktion* in der Tat überhaupt keine Rolle mehr, dafür aber der neue *Runde Tisch*.

Am 22. April 2002 kam dieser *Runde Tisch* letztmalig vor der Bundestagswahl zusammen und zog Bilanz nach fast einjähriger Arbeit. Als einzige Ergebnisse ergaben sich hier schließlich nur die Befürwortung des Internethandels, wenn auch unter bestimmten Auflagen, und der Beschluss zur Gründung einer unabhängigen Institution, die anhand von Studien den therapeutischen Fortschritt eines neuen Medikamentes mit herkömmlichen Arzneimitteln vergleichen und bewerten sollte. Schmidt erhoffte sich, durch den *Runden Tisch* einen möglichst breiten Konsens unter allen Beteiligten herbeigeführt zu haben, und die Umsetzung dieser Ergebnisse gleich nach der Bundestagswahl im Herbst 2002 in Angriff nehmen zu können. Als nun aber der *Runde Tisch* am 22. April 2002 seine vorab letzte Sitzung hielt, stand das Wahlprogramm der SPD schon fest. Der *Runde Tisch* schien somit weder die Erwartungen der Akteure noch die der Gesundheitsministerin erfüllt zu haben. Ein Jahr zuvor hingegen war man noch sehr optimistisch gewesen. Selbst die Teilnehmer waren von "ihrem" Gremium enttäuscht. Der Grund dafür war, dass die von SPD-nahen Gesundheitsexperten kürzlich vorgelegten Thesen für das SPD-Wahlprogramm die Ideen des Runden Tisches außer Acht gelassen hatten. Noch dazu hatte wiederum jeder gegen jeden gekämpft, genau wie in der *Konzertierten Aktion*, die ja gerade deswegen von der rot-grünen Bundesregierung nicht mehr favorisiert worden war. Demzufolge ist das Steuerungsinstrument Runder Tisch eher als wirkungsloser Steuerungsversuch zu bewerten.

Für die Bundesregierung galten die Zuzahlungen von vornherein nicht als geeignetes Steuerungsinstrument, daher hielt sie sich auch an ihr Wahlversprechen, die Patienten bei Arzneimittelzuzahlungen zu entlasten. Das bedingte Entkräftigen eines bestehenden Steuerungsinstrumentes kann natürlich auch im weitesten Sinne als Steuerungsversuch angesehen werden, jedoch beschränkte sich dessen Erfolg in diesem Falle auf eine kurzfristige positive Wählerstimmung und betraf nicht die Arzneimittelpolitik.

Das auf Koalitionsverhandlungen beruhende, also dem korporatistischen zu zurechnende Steuerungsinstrument Globalbudget, mit dem die Bundesregierung den stabilen Beitragssatz der Krankenkassen sicherstellen wollte, konnte aufgrund des Widerstandes des Bundesrates im Jahre 1999 nicht verwirklicht werden. Dieser somit schon im Rahmen der Gesetzgebungsphase blockierte Steuerungs-

versuch der Regierung ist selbstverständlich als gescheitert zu beurteilen, auch wenn dem Vorhaben ein zumindest potentieller Erfolgscharakter nicht vollständig abzusprechen ist.

Gleiches gilt für das Steuerungsinstrument Positivliste, einer Idee, die schon seit dem sogenannten Lahnstein-Kompromiss von 1992 im Gespräch war und von Ministerin Fischer für ihre Gesundheitsreform 2000 wiederbelebt wurde. Denn diese konnte ebenfalls aufgrund der mangelnden aber notwendigen Zustimmung des Bundesrates nie verwirklicht werden. In der Gesundheitsreform 2003 wurde sie dann endgültig ad acta gelegt.

Das schon unter Horst Seehofer zur Anwendung gekommene Steuerungsinstrument Arzneimittelbudgets, welches angesichts der diesem zugrunde liegenden Prinzips der Selbstverwaltung von Kassen und KVen dem korporatistischen Modell zuzuordnen ist, sollte zunächst trotz allseitiger Ablehnung unter Andrea Fischer auch weiterhin Bestand behalten. Allerdings bekundete selbst der sich nun in der Opposition befindende Seehofer, dass diese Budgets aufgrund ihrer bisher systematisch unvollständigen Anwendung als obsolet zu gelten hätten. In der Tat war es nie zu durchaus berechtigten Regressansprüchen gegenüber der Ärzteschaft gekommen, was das Steuerungsinstrument zu einem finanziellen Misserfolg werden ließ. Als dies nun auch die Bundesregierung einsah kam es schließlich dann doch zur Abschaffung derselben, wobei die voreilige Ankündigung seitens der neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt eines diesbezüglichen Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetzes ohne notwendiges Ersatzinstrument als unglücklichen Eingriff zu bezeichnen ist. Schmidt verspielte sozusagen ein wichtiges Druckmittel und senkte dadurch, zumindest zeitweilig, die Einflussmöglichkeiten der Bundesregierung in der Arzneimittelpolitik.

Die bereits seit 1983 bestehende Negativliste, die Arzneimittel gegen geringfügige Gesundheitsstörungen von der Erstattung ausschließt, wurde noch von Andrea Fischer aktualisiert und in ihrer neuen Form dann auch umgesetzt. Doch selbst wenn hier von einem relativen politischen Erfolg die Rede sein kann, so konnte dieses Steuerungsinstrument trotzdem nicht dazu beitragen, die Arzneimittelausgabensteigerung zu stoppen.

Das Steuerungsinstrument Arzneimittelrichtlinien wurde zwar von Gesundheitsministerin Fischer überarbeitet, konnte aber nicht umgesetzt werden, da die für



Frühjahr 1999 geplante Novellierung rechtliche Probleme aufgeworfen hatte. Denn der klagenden Pharmaindustrie war es schließlich doch gelungen, einstweilige Verfügungen zu bewirken, welche sämtliche Regierungsbestrebungen, die ehemalige Fassung vom 1. Januar 1994 abzuändern, vorerst zunichte machten. Angesichts der Tatsache, dass diese Fassung selbst heutzutage (Oktober 2004) noch Gültigkeit besitzt, kann in diesem Punkte nur ein gänzlichliches Scheitern eines Steuerungsversuches festgestellt werden. Aus politikwissenschaftlich-analytischer Sicht ist hier interessanterweise festzustellen, dass ein auf einem korporatistischen Gefüge basierendes Steuerungsinstrument durch die Aktion einer der Netzwerktheorie zuzuordnenden Interessengemeinschaft in dessen Anwendungsspielraum eingeschränkt wurde.

Auch das Steuerungsinstrument des Aktionsprogramms von KBV, Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerium zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets im Jahr 1999, welches eindeutig dem netzwerktheoretischen Ansatz zugeteilt werden muss, blieb aufgrund eines ablehnenden Urteils des Landgerichts Hamburg vom 11. Januar 2000 nur ein erfolgloser Steuerungsversuch. Immerhin ist hier ersichtlich, dass sich Interessengemeinschaften auf komplexe Weise zu Zwecken des Erreichens eines gemeinnützigen Zieles und, vor allem, der Steuerung des dafür nötigen Prozesses im Sinne des Mayntz-Scharpfschen Eigendynamik-Begriffes gruppierten. In gleicher, ebenso netzwerktheoretisch zu erklärender Weise organisierten sich allerdings auch Vertreter der am Aktionsprogramm nicht beteiligten Pharmaindustrie, welche ihre hingegen rein finanziell motivierten Ziele nur auf gerichtlichem Wege zu erreichen vermochten, indem sie den Steuerungsversuch "von Rechtswegen auf Eis legen" ließen.

Nach einem Jahr praktischer Erfahrung mit dem Steuerungsinstrument der Aut-idem-Regelung für wirkstoffgleiche Arzneimittel kann festgestellt werden, dass dieses Steuerungsinstrument nicht den Erfolg brachte, den sich die Bundesregierung versprochen hatte. Zwar war es Gesundheitsministerin Schmidt gelungen, im langwierigen Konflikt mit nicht nur der Opposition, sondern auch mehreren, der Netzwerktheorie entsprechenden Ad-hoc-Bündnissen von Interessengemeinschaften die Oberhand zu behalten. Auch wurden laut Zahlen des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen inzwischen über 40% des generikafähigen Marktes in die Aut-idem-Regelung einbezogen. Die erzielten Einsparungen allerdings lagen nach Berechnungen der Betriebskrankenkassen für das Jahr

2003 nur bei ca. 170 Millionen Euro, also deutlich unter den 225 Millionen Euro, auf die das Gesundheitsministerium gehofft hatte.<sup>1012</sup>

Angesichts des ganzen Umstellungsaufwandes und des damit ausgelösten Unmuts bei Ärzteschaft und Pharmaindustrie ist dieses Steuerungsinstrument als unverhältnismäßig zu betrachten.

Durch das von der Regierungskoalition gemäß eines korporatistischen Prozesses in Form eines nicht zustimmungspflichtigen Gesetzes eingeführte Steuerungsinstrument Re-Importe waren die Apotheker gezwungen, ab April 2002 jeden Monat 5%, ab 2003 sogar 7,5%, Importquote bei ihrem GKV-Umsatz zu erreichen. Allerdings war nicht vorgeschrieben, um wie viel billiger der Import in der Offizin zu sein hatte. Es reichte also, wenn ein Re-Import um einen Cent preiswerter war als das regulär vom Originalhersteller angebotene Präparat. Ein Apotheker, der Re-Importe abgibt, kann allerdings vom Händler mit guten Rabatten belohnt werden. Hinzu kommen Rabatte auf das Gesamt-Sortiment eines Importeurs, der gemessen am jeweiligen Quartalsumsatz zusätzlich bis zu 3% betragen kann. Hierdurch kommen stattliche Summen zusammen, die der Apotheker den gesetzlichen Krankenkassen nicht weiterzugeben braucht.<sup>1013</sup> Es ist daher nicht überraschend, dass der Marktanteil der Re-Importe an den Arzneimittelumsätzen von 1,8% im Jahre 1998 auf über 8,0% im Jahre 2002 anstieg. Zwar kann festgestellt werden, dass durch das Steuerungsinstrument Re-Importe im Jahre 2002 ca. 121 Millionen Euro eingespart werden konnten, jedoch stehen diesem Ergebnis Umsatzeinbußen, geminderte Gewinne und folglich eine Verlagerung von Arbeitsplätzen bei vielen Arzneimittelherstellern entgegen,<sup>1014</sup> die nicht mehr verhältnismäßig sind.

Eine Entlastung der gesetzlichen Krankenkassen ist mit diesem Steuerungsinstrument nicht erzielt worden. Durch die Mehrwertsteuer, die bei Medikamenten bei 16% liegt, sind die Re-Importe ja überhaupt erst rentabel, da diese im Falle einer Senkung des Mehrwertsteuersatzes für Importeure finanziell betrachtet völlig uninteressant wären. Allerdings würden die gesetzlichen Krankenkassen mit einer Senkung der Mehrwertsteuer nur für eine bestimmte Zeit entlastet werden, nämlich bis zum nächsten Defizit. Für die Pharmaindustrie würde das aber nicht nur eine große Entlastung bedeuten, sondern diese auch darin bestärken, weiterhin in den Standort Deutschland zu investieren. Da aber eine einmal eingeführte Steuer im Allgemeinen nicht zurückgenommen wird, sind diese Gedanken

---

<sup>1012</sup> Vgl. Aut-idem war ein Schuss in den Ofen, in: ÄZ vom 03.07.2003.

<sup>1013</sup> Vgl. Re-Importe: Boom dank satter Apothekenrabatte, in: ÄZ vom 26.09.2002.

<sup>1014</sup> Vgl. BPI (Hg.) Pharma Daten 2003, S. 23.

illusorisch. Es bleibt also, dass das Steuerungsinstrument Re-Importe nicht die Wirkung erbracht hat, die sich die Bundesregierung erhofft hatte, was hierbei eindeutig auf finanzpolitische Faktoren, auch internationalen Bezuges zurückzuführen ist.

Die Bilanz der ersten vier Jahre rot-grüner Bundesregierung (1998-2002) in der Arzneimittelpolitik war keine Kehrtwende, sondern eine Reglementierung des Arzneimittelmarktes auf Kosten von Leistungsanbietern und Patienten. Die rot-grüne Koalition hatte letzten Endes den eingeschlagenen Kurs der Vorgängerregierung bei der Ausgabenbegrenzung im Arzneimittelwesen einfach nur fortgesetzt. Im Vordergrund stand die Beitragsstabilität. Sowohl bei Andrea Fischer als auch bei Ulla Schmidt hatte sich die Arzneimittelpolitik dieser Priorität unterzuordnen.

Die Amtszeit Andrea Fischers (1998-2001) war von deren Willen gekennzeichnet, neue Akzente in der Arzneimittelpolitik zu setzen. Das Wahlversprechen der SPD, ein Globalbudget einzuführen, konnte schließlich nicht umgesetzt werden, aber immerhin wurde ein Versuch unternommen. Genauso sah es mit der Positivliste aus, die von der Koalition geplant, aber nie verwirklicht werden konnte. Die Steuerungsinstrumente Festbeträge und Arzneimittelrichtlinien waren aufgrund von Gerichtsurteilen des Jahres 1999 nicht durchsetzbar. Auch das *Gemeinsame Aktionsprogramm von KBV, Krankenkassen und Bundesgesundheitsministerium zur Einhaltung der Arzneimittelbudgets* aus dem Jahr 1999 wurde per Urteil Anfang 2000 gestoppt. Die Erweiterung der Negativliste stellte somit das einzige Vorhaben Andrea Fischers dar, das auch umgesetzt werden konnte. Allerdings vermochte das Steuerungsinstrument Negativliste allein nicht mehr die steigenden Arzneimittelausgaben einzudämmen.

Fischer kämpfte an allen Fronten zugleich, und dies auch innerhalb der Koalition. Zwar hatte sie an ihrer Seite einen gleichgesinnten Mitstreiter in der Person Rudolf Dreßlers, aber auch dieser behinderte zunehmend ihr Vorgehen. Nach dem Rücktritt Andrea Fischers Anfang 2001 war den Grünen dann auch ein eigenes arzneipolitisches Profil abhanden gekommen.

In der Amtszeit der nun neuen Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (2001-2002) war Rudolf Dreßler bereits Botschafter in Israel, was bedeutet, dass Schmidt zumindest dieser potentielle Störfaktor in ihrer Arbeit erspart blieb. Auch die Grünen hielten sich aus der Arzneimittelpolitik jetzt gänzlich heraus, so dass Ulla Schmidt deutlich mehr Spielraum hatte als ihre Vorgängerin.

Gesundheitsministerin Schmidt setzte, ganz im Sinne von Bundeskanzler Gerhard Schröder, nach dem Rücktritt Andrea Fischers zunächst auf Kommunikation und Konsens. So gelang es Ulla Schmidt, Kassen und Pharmaindustrie mit viel Ausdauer im Juli 2001 zu einem Kompromiss zum Festbetragsanpassungsgesetz zu bewegen, solange die Festbeträge durch Gerichtsurteile blockiert waren.

Ohne deutliche Notwendigkeit hatte Gesundheitsministerin Ulla Schmidt jedoch im Dezember 2001 mit dem Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz ihr stärkstes Steuerungsinstrument aus der Hand gegeben. Auch wenn sie dafür noch nicht einmal Dank erntete, war es ihr so zumindest gelungen, innerhalb der Ärzteschaft Ruhe einkehren zu lassen.

Als Ersatz suchte Ulla Schmidt nach einem neuen Steuerungsinstrument und versuchte es mit der Aut-idem-Regelung. Diese war Bestandteil des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes, mit welchem auch der Apothekenrabatt auf 6% erhöht wurde. Ebenfalls vorgesehen war hier eine einmalige Zahlung der forschenden Pharmaindustrie in Höhe von 400 Millionen DM für die Streichung der Preisabschlagsregelung von 4%. Mit diesen Steuerungsinstrumenten versuchte Schmidt noch ein letztes Mal vor den anstehenden Wahlen, den massiven Anstieg der Arzneimittelausgaben zu stoppen. Gleichzeitig hatte sie damit das letzte größere Reformprojekt im Gesundheitswesen vor der Bundestagswahl durchgeführt, aber auch mit diesem letzten Reformpaket verkümmerte die Arzneimittelpolitik in Deutschland immer mehr zu einer Kostendämpfungspolitik.

Allem scheinbaren Pessimismus zum Trotz sei allerdings festgestellt, dass die Frage der staatlichen Steuerbarkeit der Arzneimittelpolitik in Deutschland eindeutig zu bejahen ist. Es wäre mehr als übertrieben, zu behaupten, dass diese jeglichem staatlichem Einfluss entgleite. Mehrfach gelang es der Bundesregierung sogar, allein gefasste Entschlüsse trotz zahlloser Kritiken bis zur Anwendung durchzubringen, und wenn dem nicht so war, ließ sich das Scheitern meist auf gerichtliche Instanzen, und nicht etwa auf systeminterne Probleme zurückführen. Warum die durchgesetzten Steuerungsinstrumente zum größten Teil nicht den erwarteten Erfolg brachten, stellt eine komplexe Problematik dar, die künftigen Arbeiten zugrunde liegen könnte.

## Literaturverzeichnis

### 1. Dokumentationen

Alternativen 98: Wahlprogramm der Partei des Demokratischen Sozialismus zur Bundestagswahl 1998.

BDA-Satzung §§ 1-3,  
<http://www.arbeitgeber.de/www/bdaonline.nsf/MainFrameSet>.

Beschluss des 10. Parteitages der CDU-Deutschlands, in: Zukunftsprogramm der Christlich Demokratischen Union Deutschlands vom 17.-19.10.1998.

Bundesgerichtshof: Az.: I ZB 59/98.

Bundesgerichtshof: Az.: KZR 31/99 und 32/99.

Bundessozialgericht: Az.: B3 KR 11/98R.

Bündnis 90/Die Grünen (Hg.): Grün wirkt. Unser Wahlprogramm 2002-2006.

Bundesgeschäftsführer der PDS Dieter Bartsch (Hg.): Wahlprogramm der PDS zur Bundestagswahl 2002, Die linke Kraft PDS.

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Kehrtwende in der Gesundheitspolitik ist eingeleitet, in: BMG-Pressemitteilung Nr. 89 vom 11.11.1998.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hg.): Pharma Daten '99, 29. Aufl., Frankfurt a.M. 1999.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hg.): Pharma Daten 2000, 30. Aufl., Frankfurt a.M. 2000.

Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (Hg.): Pharma Daten, 33. Aufl., Berlin 2003.

CDU-Bundesgeschäftsstelle (Hg.): Leistung und Sicherheit. Regierungsprogramm 2002-2006. Zeit für Taten. CDU/CSU.

Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 1999, in: Bd. 122 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1999.

Das Bundesgesundheitsministerium für Gesundheit (Hg.): Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001, in: Bd. 137 Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 2001.

Der BDI,  
<http://www.bdi-online>.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 4. Sitzung, Drucksache 14/24, 14/157 vom 11.11.1998, S. 162-179.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 14. Sitzung, Drucksache 14/24, 14/157 vom 10.12.1998, S. 902-930.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 37. Sitzung, Drucksache 14/614, 14/622 vom 04.05.1999, S. 3025-3046.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 49. Sitzung, Drucksache 14/1245 vom 30.06.1999, S. 4151-4195.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 56. Sitzung, Drucksache 14/1400 vom 17.09.1999, S. 5024-5048.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 66. Sitzung, Drucksache 14/1245, 14/1721 vom 04.11.1999, S. 5829-5868.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 105. Sitzung, Drucksache 14/3299 vom 18.05.2000, S. 9874-9883.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 111. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der PDS vom 29.06.2000, S. 10489-10503.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 140. Sitzung, Drucksache 14/4604 vom 07.12.2000, S. 13617-13642.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 170. Sitzung, Drucksache 14/6041, 14/6054 vom 17.05.2001, S. 16559-16586.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 209. Sitzung, Drucksache 14/7144 vom 14.12. 2001, S. 20730-20747.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 223. Sitzung, Aktuelle Stunde auf Verlangen der Fraktion der CDU/CSU vom 13.03.2002, S. 22152-22172.

Deutscher Bundestag, 14. Wahlperiode, 231. Sitzung, Drucksache 14/4604, 14/ 8793 vom 19.04.2002, S. 23014-23023.

Erläuterungen zum "Runden Tisch" im Gesundheitswesen,  
<http://www.bmggesundheits.de/themen/bericht/rundertisch.htm>.

Erneuerung und Zusammenhalt. SPD-Regierungsprogramm 2002-2006.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) – Institution,  
[http://www.kbv.de/wir\\_ueber\\_uns/institution.htm](http://www.kbv.de/wir_ueber_uns/institution.htm).

Koalitionsvereinbarung zwischen der SPD und Bündnis 90/ Die Grünen, Aufbruch und Erneuerung – Deutschlands Weg ins 21. Jahrhundert vom 20.10.1998.

Landgericht Düsseldorf: Az.: 34 O (Kart) 182/98 Q.

Landgericht Hamburg: Az.: 315 O 839/99.

Landgericht München: Az.: 21 O 5205/99.

Landgericht München: Az.: 21 O 6058/99.

Liberal Verlag (Hg.): Es ist ihre Wahl. Das Wahlprogramm der Liberalen zur Bundestagswahl 1998, Sankt Augustin 1998.

Oberlandesgericht Hamburg: Az.: 3U 199/99.

Oberlandesgericht Hamburg: Az.: 3U 200/99.

Oberlandesgericht München: Az.: U (K) 4428/99.

Sozialgesetzbuch, Beck-Texte im dtv, 28. Aufl., Stand: 03.12.2001, München 2002.

Verband aktiver Pharmaunternehmen e.V. (VAP) Deutscher Generikaverband: Auszug aus der Satzung §2,  
[http://www.generika.de/verband/satzung\\_zweck.html](http://www.generika.de/verband/satzung_zweck.html).

Vorstand der SPD (Hg.): Arbeit, Innovation und Gerechtigkeit. SPD-Wahlprogramm für die Bundestagswahl, Frankfurt a. M. 1998.

Wahlplattform 1998-2002 von CDU und CSU.

## 2. Sekundärliteratur

Abromeit, Heidrun: Unternehmensverbände, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992.

Bandelow, Nils C.: Gesundheitspolitik, Opladen 1998.

Baumheier, Ulrike: Staat und Pharmaindustrie, 1. Aufl., Baden-Baden 1994.

Beske, Fritz/ Brecht, Josef Georg/ Reinkemeier, Andrea-Marina: Das Gesundheitswesen in Deutschland, 2. Aufl., Köln 1995.

Blanke, Bernhard: "Governance" im Gesundheitswesen, in: Blanke, Bernhard (Hg.): Krankheit und Allgemeinwohl. Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Reihe Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit, Bd. 5, Opladen 1994, S. 13-35.

Bloch, Eckard/ Wolf, Christian: Ist unsere Gesundheit noch bezahlbar? , Sankt Augustin 2002.

Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Information zur politischen Bildung Nr. 217, Interessenverbände und Interessengruppen, Bonn 1987.

Czada, Roland: Korporatismus/ Neo-Korporatismus, in: Nohlen, Dieter (Hg.): Wörterbuch Staat und Politik, München 1991, S.322-326.

Döhler, Marian/ Manow, Philip: Strukturbildung von Politikfeldern, Opladen 1997.

Dröge, Jürgen: Steuerungsinstrumente im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, in: Blume, O./ Breuer, W./ Cox, H. (Hg.): Kölner Schriften zur Sozial- und Wirtschaftspolitik, Bd. 16, Regensburg 1991.

Hagen, Horst/ Hagen, Wally/ Hummert, Rainer: Der Arzt ein unbekannter Partner,

6. Aufl., Bocholt 1997.

Hoffmann-La Roche AG/ Urban & Schwarzenberg: Roche Lexikon der Medizin, 3. Aufl., München 1993.

Kopetsch, Thomas: Zur Rationierung medizinischer Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: Henke, Klaus-Dirk (Hg.): Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft, Bd. 5, 1. Aufl., Baden-Baden 2001.

Löppert Pharma Profil 2001: Was Sie schon immer über den Arzt und sein Umfeld wissen wollten/ sollten, 2001.

Mayntz, Renate: Politische Steuerbarkeit und Reformblockaden: Überlegungen am Beispiel des Gesundheitswesens, in: Staatswissenschaften und Staatspraxis, Heft 1, Baden-Baden 1990, S. 283-307.

Mayntz, Renate / Scharpf, Fritz W.: Steuerung und Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren, in: Mayntz, Renate /Scharpf, Fritz W.: Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung, Frankfurt a.M. 1995, S. 9-38.

Mayntz, Renate/ Scharpf, Fritz W.: Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate/ Scharpf, Fitz W. (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung Frankfurt a. M. 1995, S. 39-72.

Murswieck, Axel: Gesundheitspolitik, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992, S. 187-191.

Mutschler, Ernst: Arzneimittelwirkungen, 7. Aufl., Stuttgart 1997.

Neugebauer, Gabriele: Das Wirtschaftlichkeitsgebot in der gesetzlichen Krankenversicherung, Berlin 1996.

Perschke-Hartmann, Christiane: Der politische Entscheidungsprozeß zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) von '88. Ein Beitrag zum Problem politischer Steuerung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation vom 1.10.1990 in Hannover.

Perschke-Hartmann, Christine: Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, in: Blanke, Bernhard/ Czada, Roland/ Heinelt, Hubert (Hg.): Gesellschaftspolitik und Staatstätigkeit, Bd. 3, Opladen 1994.

Schade, Johannes P. (Hg.): Lexikon Medizin und Gesundheit, Köln 2002.

Schneider, Markus/ Hofmann, Uwe/ Späth, Brigitta: Die Regulierung von Arzneimittelmärkten im internationalen Vergleich, Rieden a. Forggensee 2000.

Schwartz, Friedrich Wilhelm /Kickbusch, Ilona/ Wismar, Matthias: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, in: Schwartz, F.W./ Badura, B./ Leidl, R. (Hg.): Das Public Health Buch, München 2000, S. 172-187.

Sproll, Theodor: Arzneimittelkosten und Kostendämpfung. Staatliche Steuerung im Arzneimittelbereich, Konstanzer Dissertationen Bd. 121, 1. Aufl., Konstanz 1986.

Voelzkow, Helmut: Neokorporatismus, in: Andersen, Uwe/ Woyke, Wichard (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1992, S. 362-363.



Vogelbruch, Birgit: Festbeträge für Arzneimittel, in: Cassel, Dieter/ Cox, Helmut/ Heiduk, Günter (Hg.): Duisburger Volkswirtschaftliche Schriften, Bd. 12, Hamburg 1992.

Wagner, Thomas A.: Gesundheitspolitische Steuerungsinstrumente des Arzneimittelmarktes, in: Blanke Bernhard (Hg.): Krankheit und Gemeinwohl, Opladen 1994, S. 373-402.

Wagner, Thomas A.: Kleines Begriffslexikon. Gesundheitswesen, 1. Aufl., München 1996.

Wähling, Susanne: Krankenversicherung und Arzneimittelmarkt, in: Graf von Schulenberg, J.-Matthias (Hg.): Versicherungswissenschaft in Hannover Bd. 5, Karlsruhe 1996.

Was Sie schon immer über den Arzt und sein Umfeld wissen wollte/sollten, Stand: August 2001.

### 3. Pressemitteilungen

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer: Kehrtwende in der Gesundheitspolitik ist eingeleitet, in: BMG-Pressemitteilung Nr. 89 vom 11.11.1998, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1998/presse98/89htm>.

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer erklärt: Gegenfinanzierung steht, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 93 vom 02.12.1998, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1998/presse98/93.htm>.

Andrea Fischer: Beitragssätze bleiben stabil. Solide Grundlage für Strukturreform, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 94 vom 04.12.1998, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1998/presse98/94.htm>.

Ministerin Andrea Fischer sieht internationale Bestätigung für deutsche Arzneimittelpolitik, in: BMG-Pressemitteilung Nr. 95 vom 10.12.1998, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1998/presse98/95.htm>.

Zu den Äußerungen von Karsten Vilmar gibt die Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer eine Erklärung ab, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 96 vom 10.12.1998, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1998/presse98/96.htm>.

Zu den Ergebnissen der Klausurtagung der rot-grünen Gesundheitspolitiker erklärt Dieter Thomae: Rot-grüne Gesundheitspläne gefährden die Versorgung, in: Pressemitteilungen vom 15.01.1999, <http://mdb.liberal.de/fraktion/aktuelles.php?id=25253>.

Ja und Aber zur Strukturreform, in: PDS-Pressemitteilungen vom 25.02.1999, <http://www2.pds-online.de>.

Finanzentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung bestätigt Notwendigkeit von Vorschaltgesetz und Strukturreform, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 13 vom 03.03.1999, <http://www.bmggesundheit.de/presse/1999/presse99/13.htm>.

Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer begrüßt Verbesserung durch Arzneimittelrichtlinien, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 17 vom 12.03.1999,

<http://www.bmggesundheit.de/presse/1999/presse99/17.htm>.

Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer anlässlich der Jahreshauptversammlung des Bundesfachverbandes der Arzneimittel-Hersteller am 19.09.2000 in Berlin, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 74 vom 19.09.2000, <http://www.bmggesundheit.de/presse/2000/2000/74.htm>.

Rede von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer auf dem Apothekentag am 28.09.2000 in Köln, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 80 vom 28.09.2000, <http://www.bmggesundheit.de/presse/2000/2000/80.htm>.

Rede von Horst Seehofer zum Gesetzentwurf GKV-Budgetaufhebungsgesetz vom 15.02.2001: Rot-Grün hat mit Budgets Bruchlandung gemacht, <http://www.cducsu.de/aktuelles/reden>.

Rede von Ruth Fuchs zu den Budgets in der gesetzlichen Krankenversicherung: Gesundheitspolitik braucht soziale Gerechtigkeit und Solidarität, in: PDS-Pressemitteilungen vom 15.02.2001, <http://www.2pds-online.de>.

Rede von Dieter Thomae zur Abschaffung der Arznei- und Heilmittelbudgets vom 15.02.2001, <http://mdb.liberales.de/fraktion/aktuelles>.

Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt zum Thema: „Sozial- und Gesundheitspolitik in der Alters- und Fortschrittsfalle – eine neue Arzneimittelpolitik als Ausweg?“ anlässlich der Interpharm am 18.03.2001 in Hamburg, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 21 vom 18.03.2001, <http://www.bmggesundheit.de/presse/2001/2001/21.htm>.

Lohmann, Wolfgang/ Seehofer, Horst nach 100 Tagen Amtszeit von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt: Lächeln allein genügt nicht – Ulla Schmidt muss handeln, in: Pressemitteilungen vom 20.04.2001, <http://www.cducsu.de/presse/pressemitteilungen>.

"Runder Tisch" beschließt Arbeitsprogramm zur Qualitätssicherung und Steuerung im Gesundheitswesen, auf: BMG-Pressemitteilung Nr. 42 vom 07.05.2001, <http://www.bmggesundheit.de/presse/2001/2001/42.htm>.

Rede von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt Wohnortprinzip, Kassenwahlrecht, Festbetragsanpassungsgesetz im Bundestag, in: BMG-Pressemitteilungen Nr. 71 vom 06.07.2001, <http://www.bmggesundheit.de/presse/2001/2001/71.htm>.

Parr, Detlef: Diskussion über die Arzneimittelsicherheit ist voll entbrannt, in: FDP-Pressemitteilungen vom 11.09.2001, <http://www.mdb.liberales.de/fraktion/aktuelles>.

Modernisierung des Gesundheitswesens „Runder Tisch“ legt Empfehlungen vor, BMG-Pressemitteilungen vom 22.04.2002, <http://www.bmggesundheit.de/bmg-text/presse/2002ministerium/41.htm>.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt: Arzneimittelpreise können weiter sinken, in: BMG-Pressemitteilung Nr. 64 vom 12.06.2002, <http://www.bmggesundheit.de/bmg-text/presse/2002/64.htm>.

#### 4. Zeitungen und sonstige Berichte

Arnold, Erdmuth: KBV setzt auf regionale Arzneimittelversorgung, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

Bannas, Günter: Im Kabinett Schröder ist kaum ein Minister ohne Schramme geblieben, in: FAZ vom 06.12.1999.

Bayer, Michael: Rezepte werden verweigert, Praxen vorübergehend geschlossen, in: FR vom 21.12.1999.

Bellartz, Thomas: Ein neuer Kurs, in: PZ Nr. 6 vom 08.02.2001.

Bellartz, Thomas: Keine Zeit für Heiterkeit, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

Bellartz, Thomas: Mit allen Kräften wehren, in: PZ Nr. 39 vom 27.09.2001.

Bellartz, Thomas: SPD-Politiker streiten um die Gesundheitspolitik, in: PZ Nr. 5 vom 31.01.2002.

Bellartz, Thomas: Blanker Optimismus, in: PZ Nr. 11 vom 14.03.2002.

Bellartz, Thomas/ Morck, Hartmut/ Rücker, Daniel: Kein Verständnis für ABDA-Kampagne, in: PZ Nr. 22 vom 30.05.2002.

Bellartz, Thomas: SPD-Politiker streiten um die Gesundheitspolitik, in: PZ Nr. 5 vom 31.01.2002.

Bellartz, Thomas: Seehofer zurück auf der Polit-Bühne, in: PZ Nr. 24 vom 13.06.2002.

Bellartz, Thomas: Millionen Patienten "Pro Apotheke", in: PZ Nr. 26 vom 27.06.2002.

Bellartz, Thomas: 7,7 Millionen gegen den Versandhandel, in: PZ Nr. 28 vom 11.07.2002.

Bellartz, Thomas: Krankenkassen rechnen mit höheren Defizit, in: SZ vom 22.08.2002.

Bergemann, Nils: Weiter für die Dreiteilung, in: DÄBl. Heft 9 vom 03.03.2000.

Brückner, Karl H.: Ärzteproteste: Das Ringen um den Patienten, in: Medikament & Meinung Nr.1 vom Januar 1999.

Brückner, Karl H.: Bundesrat für Positivliste und Parallelimporte, in: PZ Nr. 6 vom 11.02.1999.

Brückner, Karl H.: Ministerin erwartet noch einige Präzisierungen, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.

Brückner, Karl H.: Positivliste wird reanimiert – komplizierte Vorarbeiten nötig, in: ÄZ vom 06.05.1999.

Brückner, Karl H.: Kabinettsentwurf stößt auf wenig Gegenliebe, in: PZ vom 01.07.1999.

Brückner, Karl H.: Neues Bundesamt wird Festbeträge regeln, in: PZ Nr. 27 vom 08.07.1999.

Brückner, Karl H.: Politik wiederholt die Reformfehler von früher, in: PZ Nr. 28 vom 15.07.1999.

Brückner, Karl H.: Globalbudget bleibt, aber es wird mehr Geld zur Verfügung stehen, in: ÄZ vom 04.10.1999.

Brückner, Karl H.: AOK will Positivliste, und zwar schnell, in: PZ Nr. 3 vom 20.01.2000.

Brückner, Karl H.: Kassen für weitere Festbeträge, in: PZ Nr.7 vom 17.02.2000.

Brückner, Karl H.: Wie Rot-Grün Zivilgerichte künftig aushebeln will, in: PZ Nr. 9 vom 02.03.2000.

Brückner, Karl H.: Verbände begrüßen Moratorium, in: PZ Nr. 7 vom 15.02.2001.

Brückner, Karl H.: Industrie skeptisch, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

Brückner, Karl H.: Kein Schnellschuss, in: PZ Nr. 27 vom 05.07.2001.

Brunner, Ulrich: Mit allen Mitteln gegen Schmidts Sparpläne, in: PZ Nr. 40 vom 04.10.2001.

Brunner, Ulrich/Morck, Hartmut: Schmidt für regionalen Versandhandel, in: PZ Nr. 2 vom 17.01.2002.

Clade, Harald: Stabile Beiträge über ALLES!, in: DÄBl. Heft 1-2 vom 10.01.2000.

Clade, Harald: Hausärzte fordern bessere Grundlagen, in: DÄBl. Heft 1-2 vom 10.01.2000.

Clade, Harald: Schröder zeigt Verständnis, in: DÄBl. Heft 30 vom 30.07.2000.

Deckers, Daniel: Sogar die Selbstständigen zogen die PDS der CDU vor, in: FAZ vom 23.10.2001.

Deckers, Daniel: Das Land driftet auseinander, in: FAZ vom 24.09.2002.

Ditzel, Peter: Wir hatten die Wahl, in: DAZ Nr. 40 vom 01.10.1998.

Ditzel, Peter: Die Oase in der Wüste, in: DAZ Nr. 44 vom 29.10.1998.

Doemens, Karl: Front gegen Globalbudget kritisiert, in: FR vom 07.09.1999.

Doemens, Karl: Kassenärzte-Chef bleibt im Amt, in: FR vom 11.09.1999.

Doemens, Karl: Ärger über Ärztefunktionäre, in: FR vom 23.09.1999.

Doemens, Karl: Eine Reform steht auf der Kippe, in: FR vom 06.11.1999.

Doemens, Karl: Votum für Gesundheitsreform, in: FR vom 11.11.1999.

- Doemens, Karl: Koalition erwägt Alleingang, in: FR vom 12.11.1999.
- Doemens, Karl: Gesundheitsreform eingedampft, in: FR vom 01.12.1999.
- Doemens, Karl: Bundestag billigt abgespeckte Gesundheitsreform, in: FR vom 17.12.1999.
- Doemens, Karl: Bis zur Wahl muss Fischer noch manche bittere Pille schlucken, in: FR vom 15.08.2000.
- Doemens, Karl: Ärzte sollen weniger verordnen, in: FR vom 17.08.2000.
- Doemens, Karl: Ein Rezept mit Verfallsdatum, in: FR vom 24.08.2000.
- Doemens, Karl: Glückspillen für alle, in: FR vom 07.02.2001.
- Doemens, Karl: Ministerin Schmidt feuert Abteilungsleiter, in: FR vom 24.02.2001.
- Doemens, Karl: Kassen kürzen Arznei-Erstattung, in: FR vom 14.03.2001.
- Erdmann, K. Frank: Detail-Diskussion ist jetzt eröffnet, in: ÄZ vom 27.05.1999.
- Flintrop, Jens: Kein Widerstand mehr gegen die Positivliste, in: DÄBl. Heft 8 vom 25.02.2000.
- Flintrop, Jens: Die Pharmalobby ist empört, in: DÄBl. Heft 42 vom 19.10.2001.
- Flintrop, Jens: Kein Beifall für die Budgetablösung, in: DÄBl. Heft 43 vom 26.10.2001.
- Fuhr, Christoph: Wie sich der Hartmannbund auf die veränderte Lage in Bonn einstellt, in: ÄZ vom 05.10.1998.
- Fuhr, Christoph: "Wir werden alles genau prüfen, und zwar sehr gewissenhaft", in: ÄZ vom 27./ 28.11.1998.
- Fuhr, Christoph: Zu feige, um Bürgern die Wahrheit zu sagen? Nein, kontert Ulla Schmidt, in: ÄZ vom 29./30.06.2001.
- Gillies, Peter: Der Kurs der Regierung fällt, in: Die Welt vom 22.06.1999.
- Grassmann, Philip: CDU setzt auf Koalition mit Wahlsieger Schill, in: SZ vom 25.09.2001.
- Graupner, Heidrun/ Hujer, Marc: "Kranke in Konkurrenz zum Eurofighter – das geht nicht", in: SZ vom 12.02.1999.
- Graupner, Heidrun: Gut gemeint ist das Gegenteil von gut, in: SZ vom 19.02.1999.
- Graupner, Heidrun: „Wir halten nur ernsthaft das Budget ein“, in: SZ vom 11.08.1999.
- Graupner, Heidrun/ Hoffmann, Andreas: Fischer bietet Ärzten Zugeständnisse ab, in: SZ vom 10.05.2000.

Graupner, Heidrun/ Hoffmann, Andreas: Von Patienten, Kassen und einer Oktoberfest-Einladung, in: SZ vom 10./11.08.2002.

Hauschild, Helmut: Fischers Pillenmix aus Planwirtschaft und Markt, in: Handelsblatt vom 09.09.1999.

Hoffmann, Andreas: SPD will Ärzte entlasten, in: SZ vom 30./31.12.2000.

Hoffmann, Andreas: „Die Ortskrankenkassen bekommen große Finanzprobleme“, in: SZ vom 02.01.2001.

Hoffmann, Andreas: „Finanzlage der Krankenkassen sieht gut aus“, in: SZ vom 24.01.2001.

Hoffmann, Andreas: Schmidt will Kollektivhaftung der Ärzte abschaffen, in: SZ vom 01.02.2001.

Hoffmann, Andreas: Krankenkassen kritisieren Kurswechsel, in: SZ vom 03./04.02.2001.

Hoffmann, Andreas: Kassen fordern Entlastung bei Arzneien, in: SZ vom 19.03.2001.

Hoffmann, Andreas: Arzneipreise sollen vorerst nicht sinken, in: SZ vom 06.02.2001.

Hoffmann, Andreas: Kassen lehnen Kompromiss ab, in: SZ vom 07./08.04.2001.

Hoffmann, Andreas: Kassen befürchten Kostenexplosionen bei Arzneien, in: SZ vom 17.05.2001.

Hoffmann, Andreas: Pharma-Industrie wirft Ministerin Wortbruch, in: SZ vom 30.06./01.07.2001.

Hoffmann, Andreas: Barmer und Techniker Krankenkasse erhöhen die Beiträge, in: SZ vom 01./02.12.2001.

Hoffmann, Andreas: Gewerkschaften streiten um Gesundheitspolitik, in: SZ vom 19.03.2002.

Hoffman, Andreas: Gesundheitsministerium räumt Fehler ein, in: SZ vom 08.01.2002.

Hoffmann, Andreas: Kritik am Runden Tisch wird lauter, in: SZ vom 28.01.2002.

Hoffmann, Andreas: Schmidt will gegen Pharmabranche vorgehen, in: SZ vom 11.04.2002.

Hoffmann, Andreas: Ulla Schmidt droht Apotheken mit harten Sanktionen, in: SZ vom 23.05.2002.

Hoffmann, Andreas: Krankenkassen rechnen mit höheren Defizit, in: SZ vom 22.08.2002.

Hoffmann, Andreas/Sturm, Norbert: Kassen fehlen mehr als 600 Millionen Euro, in: SZ vom 04.06.2002.

Hoffmann, Andreas/ Wirtz, Christiane: Ärzte boykottieren rot-grüne Gesundheitsreform, in: SZ vom 03.09.2002.

Hofmann, Stefan: Pharmapreise gehen auf Talfahrt, in: Handelsblatt vom 03.06.2002.

Hohmann, Christina: Schmidt stellt Konzept vor, in: PZ Nr. 16 vom 18.04.2002.

Hoppe, Jörg Dietrich: Das Bündnis Gesundheit 2000 kann jetzt sagen: Wir sind das Gesundheitswesen! , in: ÄZ vom 27.09.1999.

Hujer, Marc: "Der Staat muss die Arztpreise festlegen", in: SZ vom 21.01.1999.

Hujer, Marc: Im Bundesrat muss stets die absolute Mehrheit sein, in: SZ vom 09.02.1999.

Hujer, Marc: Interpretationen und Streitpunkte, in: SZ vom 12.02.1999.

Hujer, Marc: „Das Notprogramm der Ärzte ist völlig unakzeptabel“, in: SZ vom 11.08.1999.

Hujer, Marc: Das Debakel, das einen erfreut, in: SZ vom 05.11.1999.

Hujer, Marc/ Schumacher, Oliver: Jetzt Streit in der Union über die Gesundheitsreform, in: SZ vom 16.12.1999.

Hünstetten, Frank Diener: Diktat statt Dialog, in: PZ Nr. 41 vom 11.10.2001.

Jachertz, Norbert: Ein gewisses Verständnis, in: DÄBI. Heft 12 vom 24.03.2000.

Kautz, Hanno/ Laschet, Helmut: Qualität ist die einzige Chance für bezahlbare Medizin, in: ÄZ vom 02./03.08.2002.

Keil, Lars-Broder: Gesundheitspolitik ohne Risiken und Wirkung, in: Die Welt vom 23.01.2002.

Kieselbach, Kurt: Rot-Grün schachert um das Gesundheitsministerium, in: Die Welt vom 06.10.1998.

Kieselbach, Kurt: „ Krankenkassenbeiträge werden steigen“, in: Die Welt vom 26.10.1998.

Kieselbach, Kurt: Gesundheitsministerin Fischer fürchtet Ärzte-Protest, in: Die Welt vom 17.08.1999.

Kieselbach, Kurt: Sparappelle im Wartezimmer, in: Die Welt vom 19.08.1999.

Kieselbach, Kurt: Ärzte drohen erneut mit Notprogrammen, in: Die Welt vom 21.08.1999.

Kieselbach, Kurt: Apotheker fürchten das Internet, in: Die Welt vom 05.06.2000.

Kieselbach, Kurt: Krankenkassen lenken bei Budgets ein, in: Die Welt vom 24.08.2000.

Kieselbach, Kurt: Mediziner machen gegen Rot-Grün mobil, in: Die Welt vom 31.10.2000.

Korzilius, Heike: Arzneimittel: Landgericht stoppt Aktionsprogramm, in: DÄBl. Heft 1-2, 10.01.2000.

Korzilius, Heike: Kehrtwende in der Arzneimittelpolitik?, in: DÄBl. Heft 16 vom 21.04.2000.

Korzilius, Heike: Das „Aufräumen“ hat begonnen, in: DÄBl. Heft 17 vom 28.04.2000.

Korzilius, Heike: Wahlkampfgeklingel?, in: DÄBl. Heft 19 vom 12.05.2000.

Korzilius, Heike: Die nächste Runde ist eingeläutet, in: DÄBl. Heft 25 vom 23.06.2000.

Korzilius, Heike: Ulla Schmidt bittet zur Kasse, in: DÄBl. Heft 40 vom 05.10.2001.

Krüger, Anja: Schorre packt seine Narrenkappe gar nicht erst aus, in: ÄZ vom 19.06.1999.

Lahm, Christian: Gegen Aut-idem, in: PZ Nr. 7 vom 14.02.2002.

Laschet, Helmut: Brech versucht, Ängste vor den Arzneimitteln zu zerstreuen, in: ÄZ vom 04.11.1998.

Laschet, Helmut: KBV äußert Zweifel an neuer Budgetberechnung, in: ÄZ vom 03.12.1998.

Laschet, Helmut: Arznei-Richtlinien: Höhere Anforderungen an eine wirksame und wirtschaftliche Therapie, in: ÄZ vom 11.01.1999.

Laschet, Helmut: Arznei-Richtlinien: Das BMG weiß um die Konflikte für den Arzt, in: ÄZ vom 25.03.1999.

Laschet, Helmut: Ab dem 6. Oktober gehen die Lichter aus, in: ÄZ vom 26.04.1999.

Laschet, Helmut: Ein Schlag ins Gesicht der Ärzte, in: ÄZ vom 20.07.1999.

Laschet, Helmut: Statt Rezepte erhalten Patienten im Herbst einen Platz auf der Warteliste, in: ÄZ vom 21.07.1999.

Laschet, Helmut: Konflikt zwischen Budget und therapeutischem Fortschritt, in: ÄZ vom 26.07.1999.

Laschet, Helmut: Wende der Budgetpolitik: Anreize statt Sanktionen, individuelle Verantwortung statt kollektiver Panik, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

Laschet, Helmut: Festbeträge: Wie die Politik sich vor der Verantwortung drückt, in: ÄZ vom 18.05.2000.

Laschet, Helmut: Neun Jahre Arzneibudget: Das unrühmliche Ende der kollektiven Bedrohung von Ärzten und Patienten, in: ÄZ vom 22.10.2001.

Laschet, Helmut: Außer den Apothekern will beim Hearing im Gesundheitsausschuss niemand Aut-idem, in: ÄZ vom 09./10.11.2001.



Laschet, Helmut: Die Kollektivsteuerung will einfach nicht gelingen, in: ÄZ vom 06.02.2002.

Laschet, Helmut: Ulla Schmidts roter Jahresabschluss – für die Opposition eine Bilanz des Versagens, in: ÄZ vom 08./09.03.2002.

Laschet, Helmut: Provoziert die SPD den Zorn der Ärzte, in: ÄZ vom 24.04.2002.

Laschet, Helmut: Missmut statt Mut – und Heilslehren statt Lösungen, in: ÄZ vom 05.06.2002.

Löffler, Siegfried: Nein zur Positivliste, in: PZ Nr. 26 vom 28.06.2001.

Müller, Hermann: Umstrittene Personalpolitik im Gesundheitsministerium: Wer tritt die Nachfolge von Hermann Schulte-Sasse an? , in: ÄZ vom 01.03.2001.

Niejahr, Elisabeth: Einfach unersättlich, in: Der Spiegel Nr. 51 1998.

Oberndörfer, Dieter: Der Befreiungsschlag, in: FR vom 02./03.10.1998.

Rabatta, Samir: Die Therapie schlägt an, in: DÄBL. Heft 30 vom 26.07.2002.

Rabatta, Samir: Kritik an Kassenärzten, in: DÄBL. Heft 37 vom 13.09.2002.

Richter, Eva: „Konzeptionslos“, in: DÄBL. Heft 34-35 vom 28.08.2000.

Richter, Eva: Regelung vor dem Aus, in: PZ Nr. 5 vom 01.02.2001.

Rieser, Sabine: Skepsis trotz schwarzer Zahlen, in: DÄBL. Heft 11, 17.03.2000.

Rieser, Sabine: Grün ist die Hoffnung – auf schwarze Zahlen, in: DÄBL. Heft 37 vom 15.09.2000.

Rieser, Sabine: Jetzt sind alle sauer, in: DÄBL. Heft 51-21 vom 25.12.2000.

Rücker, Daniel: Fischer will Reformkurs halten, in: PZ Nr. 47 vom 25.11.1999.

Rücker, Daniel: Regierung warnt vor Mauscheleien, in: PZ Nr. 15 vom 11.04.2002.

Rücker, Daniel: Befürworter starten Medien-Kampagne, in: PZ Nr. 27 vom 04.07.2002.

Sauga, Michael: „Hass und Neid“ (Interview), in: Spiegel Nr. 52 1998.

Schlingensiepen, Ilse: Andrea Fischer: Änderungen am Vorschaltgesetz noch möglich, in: ÄZ vom 20./21.11.1998.

Schlingensiepen, Ilse: Schorre befürchtet: Es könnte noch dicker kommen, in: ÄZ vom 29.11.1999.

Schlitt, Reinhold: Krankenkassen bitten Apotheker zur Kasse, in: Die Welt vom 19.10.2000.

Schmid, Raimund: Das Ja der allgemeinärztlichen Basis zur Positivliste ist eigentlich ein klares Nein, in: ÄZ vom 03.11.1998.

Schmidt, Helmut: Pharma-Industrie hat Angst vor Rot-Grün, in: Die Welt vom 30.10.1998.

Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.

Schmitz, Heinz: Apotheker sollen billige Medikamente zuteilen, in: Handelsblatt vom 10.09.2001.

Schumacher, Oliver: Kassen bauen Defizit noch ab, in: SZ vom 06.09.2000.

Schumacher, Oliver: Kanzler verspricht radikale Wende in Agrarpolitik, in: SZ vom 11.01.2001.

Schütz, Dieter: Rot-grünes Reformgesetz soll heute im Kabinett die erste Hürde nehmen, in: ÄZ vom 23.06.1999.

Schütz, Dieter: Fischer nennt Angst vor Finanzloch unbegründet, in: PZ Nr. 26 vom 01.07.1999.

Schütz, Dieter: Rechtsstreit geht weiter, in: PZ Nr. 29 vom 22.07.1999.

Schütz, Dieter: Der neue Sparkurs ist jetzt abgesteckt, in: PZ Nr. 38 vom 23.09.1999.

Schütz, Dieter/ Brückner, Karl H.: Gesundheitsreform 2000: Die Angst vor dem Pusch am Bau wächst – und damit auch die Zeitnot, in: ÄZ vom 27.04.1999.

Schütz, Dieter/ Vollmer, Rainer: „Warum soll das Gesetz zu den ganz wenigen zählen, die scheitern?“, in: ÄZ vom 04.11.1999.

Schütz, Dieter: Pleiten, Pech und Pannen – nicht einmal die SPD-Länder geben der Reform ihr Ja-Wort, in: ÄZ vom 29.11.1999.

Schütz, Dieter: Fischer: Die Debatte um die Reform geht weiter, in: PZ Nr. 5 vom 03.02.2000.

Schütz, Dieter: BMG sieht noch viel Luft im Ordnungsverhalten, in: PZ Nr. 6 vom 10.02.2000.

Schilder, Peter: Trotz Unzufriedenheit mit Rüttgers will niemand als Königsmörder erscheinen, in: FAZ vom 16.05.2000.

Siems, Dorothea: Andrea Fischer zeigt Nerven, in: Die Welt vom 05.11.1999.

Siems, Dorothea: Ärzte wollen gegen Regress klagen, in: Die Welt vom 03.08.2000.

Siems, Dorothea: Halbgötterdämmerung, in: Die Welt vom 07.08.2000.

Siems, Dorothea: Heftiger Streit um Gesundheitswesen, in: Die Welt vom 05.06.2002.

Steckkönig, Ulrike: „Budgetierung muss weg – sonst droht Patienten eine Katastrophe“, in: ÄZ vom 30.06./ 01.07.2000.

Stieve, Gisela: Mediziner wollen auf Tag X vorbereitet sein, in: Nr. 30 vom 29.07.1999.

Thelen, Peter: Schmidt wirft Ärzten unsoziale Protestpolitik vor, in: Handelsblatt vom 16./17.08.2002.

Van den Bergh, Wolfgang: KBV will retten, was am Vorschaltgesetz noch zu retten ist, in: ÄZ vom 18.11.1998.

Van den Bergh, Wolfgang: „Ich bin wirklich gerne Gesundheitsministerin“, in: ÄZ vom 29.01.2001.

Van den Bergh, Wolfgang: Arzneimittelbudgets bald Auslaufmodell?, in: ÄZ vom 22.01.2001.

Van den Bergh, Wolfgang/ Laschet, Helmut: Ärzte sind entschlossen, gemeinsam und laut gegen das Vorschaltgesetz vorzugehen, in: ÄZ vom 07.12.1998.

Van den Bergh, Wolfgang/ Ziebarth, Matthias: Auch bei den Kassen wächst die Einsicht, dass konventionelle Budgetierung kontraproduktiv wirkt, in: ÄZ vom 15.11.1999.

Vollmer, Rainer: Erster Gesundheitsbericht bietet umfassende Bestandsaufnahme, in: ÄZ vom 05.11.1998.

Vollmer, Rainer: Regierungskoalition erweitert den Finanzspielraum für Strukturverträge, in: ÄZ vom 03.12.1998.

Vollmer, Rainer: Bonn will das ganze System umkrempeln, in: PZ Nr. 3 vom 21.01.1999.

Vollmer, Rainer: Auf niedergelassene Ärzte kommen massive Umwälzungen zu, in: ÄZ vom 18.01.1999.

Vollmer, Rainer: Die grüne Zukunft des Gesundheitssystems, in: PZ Nr. 6 vom 11.02.1999.

Vollmer, Rainer: Reformfieber der Koalition ist deutlich gesunken, in: PZ Nr. 7 vom 18.02.1999.

Vollmer, Rainer: Arzneimittelsektor kommt in nächster Sitzung dran, in: PZ Nr. 8 vom 25.02.1999.

Vollmer, Rainer: Papier lässt noch zwei Fragen offen, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

Vollmer, Rainer: Eckpunkte, Sammelsurium der Willkür und Wählertäuschung, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

Vollmer, Rainer: Gesundheitsreform 2000: In puncto Qualität will der Gesetzgeber den Krankenkassen Beine machen, in: ÄZ vom 04.03.1999.

Vollmer, Rainer: Fischer sucht Rat bei Consulting-Firma, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.

Vollmer, Rainer: Andrea Fischers grüne Ideenschmiede für die Gesundheitsreform ist eine Hamburger Consulting-Firma, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

Vollmer, Rainer: Änderungen über Änderungen, in: PZ Nr. 43 vom 18.10.1999.

Vollmer, Rainer: Zur Zeit setzt die Koalition alles daran, zu retten, was zu retten ist, in: ÄZ vom 08./09.10.1999.

Vollmer, Rainer/ Schütz, Dieter: „Die Menschen hoffen darauf, dass die Union die Reform stoppt“, in: ÄZ vom 03.11.1999.

Vollmer Rainer: Die Personalpolitik des Kanzlers hat die Parlamentarier heftig vergrätzt, in: ÄZ vom 12./13.01.2001.

Vollmer, Rainer: Kassen lehnen KBV-Konzept ab, in: PZ Nr. 12 vom 22.03.2001.

Vollmer, Rainer: Am Runden Tisch von Ulla Schmidt war das Geld ein Tabuthema, in: ÄZ vom 09.05.2001.

Vollmer, Rainer: Erstes Treffen am Runden Tisch, in: PZ Nr. 19 vom 10.05.2001.

Vollmer, Rainer: Endgültig zu Grabe getragen, in: PZ Nr. 20 vom 17.05.2001.

Vollmer, Rainer: Ende des Arzneimittelbudgets: Die Kassen zetern, Union und FDP spenden Beifall – die Grünen sind sprachlos, in: ÄZ vom 14.05.2001.

Vollmer, Rainer: Ärzte und Kassen dürfen sich nicht mehr drücken, in: ÄZ vom 30.05.2001.

Vollmer, Rainer: Gestern Dogma, heute Teufelszeug: das Budget, in: ÄZ vom 25.06.2001.

Vollmer, Rainer: Schmidt rüstet Genossen auf, in: PZ Nr. 8 vom 21.02.2002.

Vollmer, Rainer/ Rudolph, Hagen: Macht es Ihnen eigentlich noch Spaß, Frau Schmidt? , in: ÄZ vom 27./28.04.2001.

Zieler, Petra: Etwa 1000 Vertragsärzte machen ihrem Ärger in Magdeburg Luft, in: ÄZ vom 26.09.2000.

## **5. Zeitungen ohne Verfasser**

Ab heute müssen Ärzte klar sagen: keine Substitution! , in: ÄZ vom 25.02.2002.

ABDA: Arzneibudget für 1999 sinkt auf 33,9 Milliarden DM, in: ÄZ vom 24.11.1998.

ABDA warnt vor Folgen der Positivliste, in: PZ Nr. 10 vom 11.03.1999.

Abschied von den Treuesten der Treuen, in: SZ vom 29.02.2000.

Abschied von der Apotheke der Welt, in: ÄZ vom 01./02.09.2000.

Acht Millionen Unterschriften, in: DÄBl. Heft 28-29 vom 15.07.2002.

Aktionsgruppe appelliert an Fischer, in: ÄZ vom 11.01.1999.

Alles Müller – oder: Was Ulla Schmidt diesmal falsch macht, in: ÄZ vom 08.10.2001.

Alternativen zu den Arzneimittelbudgets haben gute Chancen, in: ÄZ vom 22.01.2001.

Andrea Fischer erhält nun auch die Kompetenz für die Pflegeversicherung, in: ÄZ vom 29.10.1998.

Andrea Fischer tritt Seehofers Erbe an, in: Handelsblatt vom 14.10.1998.

Andrea Fischer will Leistungen erhöhen, in: Handelsblatt vom 30.04./01.05.1999.

Andrea Fischer will den Ausgabendeckel lockern, in: Handelsblatt vom 10./11.09.1999.

Andrea Fischer bricht Dialog mit den Ärzten ab, in: SZ vom 23.09.1999.

Andrea Fischer plant neuen Negativliste für Medikamente, in: Handelsblatt vom 01.02.2000.

Andrea Fischer entmachtet die Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 24.02.2000.

AOK wirft Ärzten Boykott vor, in: FR vom 21.05.1999.

AOK meldet Kostenexplosion, in: Handelsblatt vom 21./22.05.1999.

AOK drängt Gesundheitsministerin, in: SZ vom 10./11./12.06.2000.

Apotheken sollen für die Krankenkassen bluten, in: ÄZ vom 08.01.2001.

Apotheker lehnen das Benchmarking entschieden ab, in: ÄZ vom 06.05.1999.

Apotheker für Aut-idem, in: PZ Nr. 25 vom 21.06.2001.

Apotheker rüsten gegen den Versandhandel auf, in: ÄZ vom 22.04.2002.

Apotheker sollen Arzneien ausgeben, in: FAZ vom 20.09.01.

Arbeitgeber fordern Sofortmaßnahmen, in: ÄZ vom 25.07.2000.

Arzneiausgaben nun leicht über Vorjahresniveau, in: ÄZ vom 19.11.1998.

Arzneiausgaben wachsen etwas langsamer, in: ÄZ vom 04./05.06.1999.

Arzneiausgaben machen Politik nervös, in: ÄZ vom 03./04.08.2001.

Arzneibudget abgeschafft, in: ÄZ vom 31.05.2001.

Arzneikosten: Schmidt reagiert, in: ÄZ vom 11.06.2001.

Arzneimittelausgaben in den ersten drei Quartalen rückläufig, in: ÄZ vom 19.11.1998.

Arzneimittelausgaben weiter expansiv, in: ÄZ vom 08.01.2002.

Arzneimittelrichtlinien gerichtlich blockiert, in: FAZ vom 21.01.2000.

Arznei-Sparpaket passiert den Bundesrat, DRGs gestoppt, in: ÄZ vom 04.02.2002.

Arzneiumsätze steigen moderat, in: ÄZ vom 22.04.2002.

Arzneiverordnung: Ausschlüsse und Einschränkungen im Visier, in: DAZ Nr. 33 vom 13.08.1998.

Ärzte appellieren an Abgeordnete, dem Gesetz nicht zuzustimmen, in: ÄZ vom 10.12.1998.

Ärzte erwägen Verfassungsklage, in: FAZ vom 04.02.1999.

Ärzte kündigen weitere Proteste an, in: FAZ vom 07.01.1999.

Ärzte und Industrie warnen vor zu knappen Budgets, in: ÄZ vom 26.11.1998.

Ärzte warnen vor dirigistischen Maßnahmen, in: ÄZ vom 06.10.1998.

Ärzte warnen vor Zwei-Klassen-Medizin, in: ÄZ vom 11./12.12.1998.

Ärzte warnen vor „Spar-Chaos“, in: FR vom 11.05.1999.

Ärzte: Nein zu Globalbudgets, in: Medikament & Meinung Nr. 10 Oktober 1998.

Ärzte leisten gemeinsam Widerstand – Aktionstag findet am 18. Dezember statt, in: ÄZ vom 07.12.1998.

Ärzte demonstrieren für bessere Versorgung, in: ÄZ vom 26.09.2000.

Ärzte drohen mit einer neuen Protestwelle, in: FAZ vom 06.09.1999.

Ärzte: Patientenversorgung bleibt gewährleistet, in: SZ vom 27.07.1999.

Ärzte: Konsenssuche zur Strukturreform ist gescheitert, in: FAZ vom 20.08.1999.

Ärzte werden zu ungesetzlichem Verhalten animiert, in: ÄZ vom 28.09.1999.

Ärzte machen vor Landtag klar: Erst kommt der Patient, dann das Budget, in: ÄZ vom 08./09.1999.

Ärzte plädieren für neuen Reformanlauf, in: FAZ vom 22.11.1999.

Ärzte schicken Patientenproteste zu Andrea Fischer, in: ÄZ vom 15.12.1999.

Ärzte überschreiten Budgets für Arzneimittel stärker als erwartet, in: Handelsblatt vom 19.09.2000.

Ärzte verschreiben nur noch kleine Packungen, in: ÄZ vom 13.12.1999.

Ärzte planen Kampagne bei Landtagswahlen, in: Handelsblatt vom 07./08.01.2000.

Ärzte fordern Machtwort des Kanzlers, in: Die Welt vom 17.08.2000.

Ärzte starten neues Notprogramm, in: Handelsblatt vom 27.09.2000.

Ärzte und Union applaudieren neuer Ministerin, in: FR vom 02.02.2001.

Ärzte drohen Regierung mit Protestaktionen, in: SZ vom 12.02.2001.

- Ärzte und Union applaudieren neuer Ministerin, in: FR vom 02.02.2001.
- Ärzte setzen auf qualitativ gute Versorgung, in: ÄZ vom 16.01.2002.
- Ärzte und Kassen werfen sich Fehler vor, in: ÄZ vom 07./08.06.2002.
- Ärztechef entschuldigt sich, in: FR vom 15.12.1998.
- Ärzten droht bei Budgetüberschreitung Regressforderungen, in: SZ vom 07./08.11.1998.
- Ärztepräsident gerät unter Druck, in: Handelsblatt vom 14.12.1998.
- Ärzteproteste gegen die Reform 2000 lassen Fischer unbeeindruckt, in: ÄZ vom 11.05.1999.
- Ärztetag bleibt im Streit mit Fischer auf Konfrontationskurs, in: Handelsblatt vom 04./05.06.1999.
- Arzthonorare im Osten wachsen stärker als im Westen, in: ÄZ vom 06.06.2002.
- Auf die Industrie kommen drastische Veränderungen zu, in: ÄZ vom 16./17.04.1999.
- Auf Kassen rollt neue Kostenlawine zu, in: Die Welt vom 23.01.2001.
- Aufruf – Geschlossen agieren! , in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.
- Aufruf zum Widerstand gegen Aut idem, in: ÄZ vom 26.02.2002.
- Aus für Arzneibudget noch vor der Sommerpause?, in: ÄZ vom 24.04.2001.
- Ausgaben werden nicht gekürzt, nur die Zuwächse begrenzt, in: ÄZ vom 09.12.1998.
- Austauschregeln bei Aut-idem werden immer komplizierter, in: ÄZ vom 07./08.06.2002.
- "Ausverkauf der solidarischen Krankenversicherung", in: DÄBl. 96, Heft 13 vom 02.04.1999.
- Aut- idem wird am Ende für Kassen teurer, in: ÄZ vom 27.09.2001.
- Aut- idem soll bleiben – aber die Hürde wird höher gelegt, in: ÄZ vom 03.12.2001.
- „Aut- idem“ ist beschlussreif, in: ÄZ vom 13.12.2001.
- Aut- idem und die liebe Last des Arztes mit dem richtigen Kreuz, in: ÄZ vom 19.02.2002.
- Aut idem und die Schlamperei der Politik, in: ÄZ vom 05./06.04.2002.
- Aut-idem war ein Schuss in den Ofen, in: ÄZ vom 03.07.2003.
- Barmer-Chef Fiedler plädiert für Richtgrößen, in: ÄZ vom 25./26.08.2000.

- Baumgärtner rügt die Standespolitik der KBV, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.
- Bausch: Arzneitherapie in Teilen rückständig, in: ÄZ vom 28.09.2000.
- Bedenken kaum berücksichtigt, Gerichtsentscheidung erst am Mittwoch, in: ÄZ vom 29.03.1999.
- Berliner SPD stellt große Koalition in Frage, in: SZ vom 12.10.1999.
- Betriebskrankenkassen erwarten höhere Beiträge, in: FAZ vom 31.10.2001.
- BGH: Arznei-Info von KV und Kassen ist hoheitlich Aufgabe, in: ÄZ vom 06.12.1999.
- Bonn möchte die Hausärzte stärken, weiß aber nicht, wie man das macht, in: ÄZ vom 22.02.1999.
- BPI enttäuscht von Krankenkassen, in: Medikament & Meinung Nr. 6, Juni 2000.
- Breite politische Zustimmung für das Ende der Budgets, in: ÄZ vom 14.05.2001.
- Brennpunkte der Gesundheitspolitik, in: DAZ Nr. 51/52 vom 21.12.2000.
- Brunner, Ulrich: Mit allen Mitteln gegen Schmidts Sparpläne, in: PZ Nr. 40 vom 04.10.2001.
- Budget könnte 2000 eingehalten werden, in: PZ Nr. 6 vom 10.02.2000.
- Budget soll 2002 auslaufen, in: PZ Nr. 6 vom 08.02.2001.
- Budgets begrenzen die Ausgaben, aber nicht die Krankheiten, in: ÄZ vom 12.11.1998.
- Budgets sollen durch Orientierungsgrößen abgelöst werden, in: ÄZ vom 12.04.2001.
- Bundesärztekammer befürwortet Ausdehnung der Beitragspflicht, in: FAZ vom 16.01.1999.
- Bundesärztekammer ist gegen die geplante Aut-idem-Regelung, in: ÄZ vom 25.09.2001.
- Bundeskanzler Schröder setzt auf den konstruktiven Dialog mit Ärzten, in: ÄZ vom 19.07.1999.
- Bundesrat ohne klare Mehrheit, in: FR vom 13.09.1999.
- Bundesrat stimmt Sparpaket zu, in: PZ Nr. 6 vom 07.02.2002.
- Bundesrat macht den Weg für erweiterte Negativliste frei, in: Die Welt vom 23.10.2000.
- Bundestag beschließt Gesundheitsreform, in: FAZ vom 05.11.1999.
- Bundestag gibt grünes Licht für Festbetragsgesetz, in: ÄZ vom 09.07.2001.
- Bündnis fordert vom Kanzler, auf Ministerin Fischer einzuwirken, in: ÄZ vom 21./22.05.1999.



- BKK-Chef Hoffmann sieht Positivliste kritisch, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.
- CDU legt Gesundheitskonzept vor, in: FAZ vom 09.11.1999.
- CDU fordert Aufhebung des Arzneimittelbudgets wegen Grippewelle, in: DÄBl., Heft 3 vom 21.01.2000.
- CDU-Kampagne gegen Gesundheitsreform, in: FAZ vom 20.11.1999.
- CSU-Arbeitskreis verärgert über Bonner Pläne, in: ÄZ vom 16./17.04.1999.
- Das Arzneimittelgesetz wird zu Gunsten der Industrie geändert, in: FAZ vom 11.05.2000.
- Das BMG will die letzte Instanz abwarten, in: ÄZ vom 06.04.1999.
- Das BMG ist massiv verärgert und droht sogar mit Staatskommissar, in: ÄZ vom 15./16.12.2000.
- Das Defizit der Kassen sinkt, Fischer hofft auf Überschuss, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.
- Defizit setzt Schmidt unter Druck, in: PZ Nr. 37 vom 13.09.2001.
- Der BDA plädiert noch einmal für ein eigenes Hausarzt-Budget, in: ÄZ vom 26.11.1998.
- „Der Budgetdruck muss politisch gelöst werden“, in: ÄZ vom 26.07.1999.
- Der Bundestag verabschiedet die zehnte Arzneinovelle, in: FAZ vom 13.05.2000.
- Der Bundestag schafft nach neun Jahren die Arzneibudgets ab, in: ÄZ vom 22.10.2001.
- Der Internethandel lässt sich national kaum verhindern, in: ÄZ vom 29./30.09.2000.
- Der Pharmakonzern Roche will aus eigener Kraft weiter wachsen, in: FAZ vom 15.10.1998.
- Der Streit zwischen Ärzten und Gesundheitsministerin verschärft sich, in: FAZ vom 15.12.2000.
- DGB bejaht rotgrüne Gesundheitspolitik, in: PZ vom 15.04.1999.
- DGB bezweifelt Wirkung des Sparpakets, in: ÄZ vom 25.10.2001.
- DGB-Vize stärkt Ulla Schmidt, in: ÄZ vom 18.04.2002.
- Die Allgemeinärzte sehen mit großer Skepsis der Positivliste entgegen, in: ÄZ vom 03.11.1998.
- Die KBV plant die Entmündigung der Vertragsärzte, in: ÄZ vom 20.07.1999.
- Die Koalition lässt Experten für den Papierkorb arbeiten, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

Die Krankenkassen müssen die Festbeträge für Arzneimittel aufheben, in: FAZ vom 08.01.1999.

Die lange Liste der noch nicht geklärten Fragen, in: ÄZ vom 22.02.1999.

Die neue Bundesregierung, in: Die Welt vom 28.10.1998.

Die Pharmabranche fordert eine berechenbare Politik, in: ÄZ vom 05.06.2002.

Die Positivliste muss durch den Bundesrat, in: ÄZ vom 27.10.1999.

Die SPD vergrößert ihren Vorsprung, in: SZ vom 26./27.08.2000.

Die Union hat die SPD wieder überholt, in: SZ vom 22./23./24.05.1999.

Die Union erholt sich, in: FAZ vom 25.05.2000.

Die Wirtschaft wächst, Gesundheit stagniert, in: ÄZ vom 07.03.2001.

„Diese Flickschusterei darf nicht weitergehen“, in: ÄZ vom 07.10.1999.

Doch nur eine Positivliste, in: PZ Nr. 20 vom 20.05.1999.

Doch noch Bewegung in Aut-idem-Kontroverse, in: ÄZ vom 08.11.2001.

Dreßler will "Bündnis für Gesundheit", in: Handelsblatt vom 04.01.1999.

Dreßler regt Bündnis an, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

Dreßler: Arzneipreise marktwirtschaftlich ermitteln, in: SZ vom 11.02.1999.

Dreßler sucht Dialog mit KBV und KVen, in: ÄZ vom 21.12.1999.

Dürfen Arzneidaten jetzt doch kommerziell genutzt werden?, in: ÄZ vom 15.12.1999.

Eichel zahlt nicht, in: PZ Nr. 38 vom 20.09.2001.

Ein Präparat – viele Arzneimittel, DAZ Nr. 14 vom 02.04.1998.

"Einige Regionen bekommen Sachen nicht in den Griff", in: ÄZ vom 04./05.08.2000.

Einigungsvorschlag im Streit um die Gesundheitsreform, in: SZ vom 18.08.1999.

Eklat bei Debatte über Gesundheitsreform, in: SZ vom 05.11.1999.

Elf KVen überziehen ihre Budgets: Der Regress liegt bei 588 Millionen DM, in: ÄZ vom 26.09.2000.

Empörung über Kirschner-Vorwürfe, in: ÄZ vom 27.08.2001.

Enger Zeitplan für Vorschaltgesetz, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.

Erdrutsch-Sieg für CDU und FDP in Sachsen-Anhalt, in: Handelsblatt vom 22.04.2002.

Erste Reformkorrekturen schon zum 1. Januar 1999 geplant, in: FAZ vom 17.10.1998.

Erster Entwurf für Positivliste ist fertig, in: ÄZ vom 04.07.2001.

Es gibt einige gute Gründe für den Anstieg der Arzneimittelausgaben, in: ÄZ vom 31.08./01.09.2001.

Fast Stagnation auf einem hohen Sockel, in: ÄZ vom 08.06.2000.

Fast Stillstand bei den Arzneimittelausgaben, in: ÄZ vom 06.05.2002.

FDP setzt ihre Kampagne fort, in: ÄZ vom 31.01.2001.

Festbeträge nicht nur Kassen-Sache, in: Medikament & Meinung Nr. 9 September 2000.

Festbeträge werden rechtssicher gemacht und transparent, in: ÄZ vom 07.02.2001.

Festbeträge: Jetzt soll EuGH für Klarheit sorgen, in: ÄZ vom 05.07.2001.

Festbeträge rechtmäßig, in: DÄBl. Heft 6 vom 08.02.2002.

Festbetragsgesetz bis zum Sommer?, in: ÄZ vom 22.02.2000.

Festbetrags-Kompromiss in greifbarer Nähe, in: ÄZ vom 19.03.2001.

Fischer kündigt für 1999 sektorale Budgetierung an, in: ÄZ vom 20.10.1998.

Fischer soll bei Arzneimittelrichtlinien Stellung beziehen, in: ÄZ vom 03.11.1998.

Fischer kritisiert geplante Praxisschließungen, in: ÄZ vom 10.12.1998.

Fischer holt sich Rat bei Hamburger Consulting-Firma, in: ÄZ vom 19./20.03.1999.

Fischer: Eckpunkte missverständlich, kein Einkaufsmodell, keine Sektion, in: ÄZ vom 18.03.1999.

Fischer warnt die Ärzte, ihre Reformen mit Panikmache zu blockieren, in: ÄZ vom 27.05.1999.

Fischer: GKV leidet nicht unter Sparhaushalt, in: Handelsblatt vom 25./26.06.1999.

Fischer und Kassenärzte suchen Kompromiss, in: PZ Nr. 33 vom 19.08.1999.

"Fischers Rücktritt" , in: PZ Nr. 2 vom 11.01.2001.

Forschende Arzneihersteller lehnen Positivliste nicht grundsätzlich ab, in: Handelsblatt vom 09./ 10.10.1998.

Gericht lehnt Berufung gegen Aussetzung ab, in: ÄZ vom 23.10.2000.

Gesetzentwurf wird heute eingebracht, in: ÄZ vom 10.11.1998.

Gespart oder nicht gespart? Kassen contra KBV, in: ÄZ vom 13.05.2002.

„Gesundheit – was soll nur aus dir werden?“, in: ÄZ vom 21.05.2001.

- Gesundheitsministerin hofft auf stabile Beitragssätze, in: FAZ vom 04.03.1999.
- Gesundheitsministerin will deutsche Arzneipreise stärker regulieren, in: SZ vom 10.02.1999.
- Gesundheitsministerin bietet der Union Gespräche an, in: FAZ vom 08.05.2000.
- Gesundheitsministerin Fischer gerät unter Druck, in: Handelsblatt vom 06.07.2000.
- Gesundheitsministerium sucht neue Grundlage für Festbeträge, in: Handelsblatt vom 22./23.01.1999.
- Gesundheitspolitik, in: DAZ Nr. 51/52 vom 17.12.1998.
- Gesundheitspolitik soll Kanzlersache werden, weil Arbeitsplätze bedroht sind, in: ÄZ vom 07.01.1999.
- „Gesundheitspolitik muss jetzt Chefsache werden!“, in: ÄZ vom 15./16.09.2000.
- Gesundheitspolitik demnächst aus dem Bundeskanzleramt?, in: ÄZ vom 13.07.2000.
- Gesundheitsreform bleibt auf dem Weg, in: FAZ vom 24.11.1999.
- Gesundheitsreform: Sektorale Budgets, in: DÄBl. Heft 51-52 vom 27.12.1999.
- Gesundheitsreform 2000: Teure PR-Kampagnen des BMG, in: DÄBl. Heft 11 vom 17.03.2000.
- Gewerkschaftler helfen Ulla Schmidt und der SPD, in: ÄZ vom 24./25.05.2002.
- Gibt es keine Reform, ist das kein Grund zu jubeln, in: ÄZ vom 08./09.10.1999.
- GKV im Minus, Schmidt lädt zum Spitzengespräch, in: ÄZ vom 11.06.2001.
- „Globalbudget wäre verfassungswidrig“, in: Handelsblatt vom 01.06.1999.
- Grüne wollen Andrea Fischer als Gesundheitsministerin, in: FAZ vom 13.10.1998.
- Grüne hadern mit Streichung des Kollektivregresses, in: ÄZ vom 12.06.2001.
- Grüne verlangen mehr Einfluss, in: SZ vom 25.09.2002.
- Hardliner Dreßler bringt Fischer ins Schwimmen, in: ÄZ vom 13.09.1999.
- Hartmannbund startet Protestaktion, in: ÄZ vom 04.03.1999.
- Heftige Kritik am Entwurf zur Gesundheitsreform, in: FAZ vom 03.05.1999.
- Heftige Kritik an der Gesundheitspolitik, in: FAZ vom 23.06.2001.
- Hersteller haben pünktlich gezahlt, in: ÄZ vom 06.02.2002.
- Horst Seehofer kehrt in die Politik zurück, in: ÄZ vom 11.06.2002.
- Im Bundesrat ändern sich die Machtverhältnis vorerst nicht, in: ÄZ vom 12.10.1999.

Importquoten festgesetzt, in: PZ Nr. 33 vom 16.08.2001.

In Zukunft schließt ein Kreuz Aut-idem aus, in: ÄZ vom 15./16.02.2002.

Jetzt wird Aut-idem auch noch kompliziert, in: ÄZ vom 03.12.2001.

Kabinett beschließt Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 24.06.1999.

Kabinett beschließt Rechtsbasis für Festbeträge, in: ÄZ vom 17.05.2001.

Kabinett beschließt Ablösung, in: PZ Nr. 23 vom 07.06.2001.

Karl Jung ruft nach dem Gesetzgeber, in: ÄZ vom 08.11.2000.

Kartellamt attackiert Krankenkassen, in: FR vom 30.01.2001.

Kartellrichter legen die neuen Arzneilinen für Jahre auf Eis, in: ÄZ vom 21./22.01.2000.

Kassen erwarten klare Botschaft zur finanziellen Stabilität der GKV, in: ÄZ vom 01.10.1998.

Kassen begrüßen Pläne der neuen Koalition, in: Handelsblatt vom 22.10.1998.

Kassen kritisieren geplante Ärzteproteste, in: ÄZ vom 08.12.1998.

Kassen hoffen auf Einsparungen in Milliardenhöhe, in: Handelsblatt vom 11.01.1999.

Kassen befürchten hohe Verluste, in: Handelsblatt vom 19.01.1999.

Kassen werfen Fischer Untätigkeit vor, in: SZ vom 04.08.1999.

Kassen: Bei Arzneien großes Sparpotential, in: Handelsblatt vom 13.01.2000.

Kassen warnen vor Pharmedien, in: SZ vom 03.04.2000.

Kassen wollen fast alle Festbeträge neu justieren, in: ÄZ vom 12.12.2000.

Kassen streiten mit Kartellamt, in: FR vom 30.01.2001.

Kassen beschließen Festbeträge – Tauziehen um einen Kompromiss, in: ÄZ vom 14.03.2001.

Kassen klagen über den Nachholbedarf, in: ÄZ vom 15.03.2001.

Kassen drohen wieder mit Alleingang bei Festbeträgen, in: ÄZ vom 25.04.2001.

Kassen planen Alleingang, in: PZ Nr. 17 vom 26.04.2001.

Kassen warnen: Die Beitragsstabilität ist „zentral gefährdet“, in: FAZ vom 11.05.2001.

Kassen heben Beitragssätze auf breiter Front an, in: Handelsblatt vom 03.12.2001.

Kassen und KVen streiten um Steuerung der Arzneiausgaben, in: ÄZ vom 06.02.2002.

Kassen drohen mit Kollektivstrafe, in: ÄZ vom 13./14.09.2002.

Kassenärzte ziehen ihr Notprogramm zurück, in: Die Welt vom 19.08.1999.

Kassenärzte drohen mit „Kampfmaßnahmen“, in: SZ vom 13.01.2000.

KBV zieht ihre Vertreter zurück, in: ÄZ vom 19.04.1999.

KBV kündigt massiven Widerstand gegen die Gesundheitsreform an, in: ÄZ vom 01.06.1999.

KBV rudert etwas zurück und sucht nach politischer Schadensbegrenzung, in: ÄZ vom 23./24.07.1999.

KBV und mb: Kein Fortschritt in neuen Konzept, in: ÄZ vom 05.10.1999.

KBV für zügige Umsetzung, in: DÄBl. Heft 25 vom 22.06.2001.

KBV: Positivliste taugt nicht für die Vertragsärzte, in: ÄZ vom 25.09.2001.

KBV hofft auf ein Ende der Honorarbudgets, in: ÄZ vom 14.01.2002.

KBV erteilte der Gesundheitsministerin eine Absage, in: ÄZ vom 19.02.2002.

KBV plant Konfusion: Aut idem heißt bald das genaue Gegenteil, in: ÄZ vom 19.02.2002.

„Kehrtwende in der Gesundheitspolitik“, in: DAZ Nr. 47 vom 19.11.1998.

Keine Chance für Rechtsverordnungen zur Positivliste, in: ÄZ vom 06.12.1999.

Keine Experimente in der GKV – Wahltarife kategorisch abgelehnt, in: ÄZ vom 05.12.2000.

Keine Reform des Gesundheitssystems, in: FAZ vom 08.10.2001.

Klaus T. Schröder löst Jordan ab, in: ÄZ vom 18.01.2001.

Kleine Anfrage zur Positivliste, in: Medikament & Meinung, September 1999.

Koalition arbeitet an Modifikationen der Budgets für Ärzte und Arzneimittel, in: ÄZ vom 02.12.1998.

Koalition hält an Positivliste fest, in: Medikament & Meinung Nr. 1 vom Januar 1999.

Koalition entscheidet sich für Positivliste, in: Medikament & Meinung Nr. 3 vom März 1999.

Koalition ist sich einig, dass die Strukturreform am 1. Januar in Kraft tritt, in: ÄZ vom 28.04.1999.

Koalition will Reformteile retten: Stabile Beiträge durch strikte Budgetierung, in: ÄZ vom 15.11.1999.

- Koalition will sich noch nicht von Budgets lösen, in: ÄZ vom 16./17.02.2001.
- Koalition billigt Gesundheits-Sparpaket, in: FAZ vom 17.10.2001.
- Kollektivhaftung wird es vielleicht nicht mehr geben, in: ÄZ vom 27.09.1999.
- Kompromiss entzweit Ärzteschaft, in: SZ vom 19.08.1999.
- Kompromiss mit Ärzten in Sicht, in: SZ vom 30.09.1999.
- Kompromiss bei Festbeträgen, in: ÄZ vom 22.03.2001.
- Kompromiss gefährdet, in: DÄBl. Heft 16 vom 20.04.2001.
- Kommentar aus dem BMG: KBV-Programm ist Satire pur, in: ÄZ vom 21.07.1999.
- Können Kassen Milliarde Sparen? , in: ÄZ vom 22./23.06.2001.
- Konsens haben KBV und Kassen nur, wenn es nicht ums Budget geht, in: ÄZ vom 18.06.2001.
- Konzertierte Aktion sanft entschlafen, in: ÄZ vom 05.04.2001.
- Kossov: Die Positivliste potenziert Risiken – das ist unverantwortlich! , in: ÄZ vom 11.12.2000.
- Kostendämpfung bei Arzneien in der Endberatung, in: ÄZ vom 12.12.2001.
- Kostendeckel im Gesundheitswesen sorgt für Druck, in: FR vom 26.11.1998.
- Kostensenkung eine Woche verschoben, in: FAZ vom 10.10.2001.
- Krankenkassen möchten ihre Position ausbauen, in: Medikament & Meinung Nr. 9, September 1998.
- Krankenkassen erwarten keine Einsparungen, in: FAZ vom 12.12.1998.
- Krankenkassen fürchten steigende Beitragssätze, in: Handelsblatt vom 12.05.1999.
- Krankenkassen signalisieren den Ärzten Kompromissbereitschaft im Medikamenten-Streit, in: FAZ vom 14.08.1999.
- Krankenkassen machen hohen Verlust, in: SZ vom 03.09.1999.
- Krankenkassen fordern Einsparungen bei den Arzneimitteln, in: Handelsblatt vom 15.03.2000.
- Krankenkassen rutschen in die roten Zahlen, in: FR vom 06.09.2000.
- Krankenkassen machen Front gegen Ärzte-Lobby, in: FR vom 23.01.2001.
- „Krankenkassen zahlen jedes Jahr einige Milliarden DM zuviel für Arzneimittel“ , in: FAZ vom 06.04.2001.
- Krankenkassen warnen vor Kostenexplosion, in: FAZ vom 26.05.2001.

- Krankenkassen schon wieder mit hohem Defizit, in: FAZ vom 04.06.2002.
- Krankenkassen schreiben trotz Beitragserhöhungen tiefrote Zahlen, in: Handelsblatt vom 04.06.2002.
- Krankenkassenreform im Vermittlungsausschuss, in: FAZ vom 27.11.1999.
- Krisenstimmung im Gesundheitswesen, in: Die Welt vom 14.11.1998.
- Kritik am Absolutheitsanspruch des Reports, in: ÄZ vom 07.01.1999.
- Kritik am Gesundheitsministerium, in: FAZ vom 28.10.1998.
- "KVen werden Sicherstellungsauftrag abgeben", in: ÄZ vom 22.03.1999.
- Länder kippen Sparpaket-Zeitplan, in: FAZ vom 14.12.2001.
- Länder gegen Arzneigesetz, in: ÄZ vom 15.01.2002.
- „Leben braucht Vielfalt“ – der Kampf gilt der Positivliste, in: ÄZ vom 06.12.2000.
- Leitlinien statt Budget gefordert, in: Medikament & Meinung Nr. 1, Januar 1999.
- Letzte Arbeiten an Schmidts Sparpaket, in: FAZ vom 29.11.2001.
- Listenmedizin behindert Therapiefreiheit des Arztes, in: ÄZ vom 04.12.2000.
- Macht Aut-idem Generika teurer? in: ÄZ vom 12.09.2002.
- Massive Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 11.05.1999.
- Mehrheit der Bürger spricht sich gegen die Aut-idem-Regelung aus, in: ÄZ vom 11.09.2002.
- Mehrwert für Patienten, in: Medikament & Meinung Nr. 10 Oktober 1998.
- Metzger kämpft für die Individualapotheker, in: PZ Nr. 3 vom 18.01.2001.
- Milliardendefizit bei den Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 06.09.2001.
- Mindereinnahmen von 1,4 Milliarden, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.
- Ministerin Fischer weist Vorwürfe der Ärzte zurück, in: ÄZ vom 25.11.1998.
- "Ministerin Fischer muss Arzneimittel-Festbeträge festlegen" in: FAZ vom 26.01.1999.
- Ministerin Fischer will Reformgesetz retten, in: FAZ vom 12.11.1999.
- Ministerin erwartet noch einige Präzisierungen, in: PZ Nr. 11 vom 18.03.1999.
- Ministerin Schmidt macht Pillen weniger bitter, in: FR vom 14.07.2001.
- Ministerin für Internethandel, in: ÄZ vom 27.09.2001.
- Ministerin Schmidt hofft auf stabile Kassenbeiträge, in: SZ vom 06.06.2002.



- Ministerium möchte Negativliste verlängern, in: FR vom 02.02.2000.
- Ministerium dementiert Äußerungen von Andrea Fischer, in: ÄZ vom 18.07.2000.
- Ministerium soll Arznei-Festbeträge erlassen, in: FAZ vom 17.02.2001.
- Ministerium rechnet ab Juli mit Aut-idem, in: ÄZ vom 16.04.2002.
- Milliardendefizit bei den Krankenkassen, in: Handelsblatt vom 06.09.2001.
- Mit den Vorschaltgesetzen kommt die neue Koalition in Terminnot, in: ÄZ vom 02.11.1998.
- Mit „Fischers Budget Placebo“ gegen rot-grüne Gesundheitspolitik, in: ÄZ vom 07.11.2000.
- Morbiditätsbezogene Richtgrößen werden nicht kostenneutral bleiben, in: ÄZ vom 22.02.2001.
- Nachzulassung von Arzneimitteln bis 2005, in: FAZ vom 13.07.2000.
- Naturalrabatte im Visier, in: ÄZ vom 05./06.07.2002.
- Negativliste beschlossen, in: DÄBl. Heft 43 vom 27.10.2000.
- Negativliste für Arzneimittel entlastet Krankenkassen um 360 Millionen DM, in: Handelsblatt vom 23.10.2000.
- Neue Arzneimittelrichtlinien wahrscheinlich nicht mehr in diesem Jahr, in: DAZ Nr. 45 vom 05.11.1998.
- Neue Arzneimittelrichtlinien bringen Einschränkungen, in: FAZ vom 09.01.1999.
- Neue Festbeträge, in: DÄBl. Heft 34-35 vom 28.08.2000.
- Neue Festbeträge – für Ärzte weniger scharf, in: ÄZ vom 08.05.2001.
- Neue Ministerin will Ärzten entgegenkommen, in: SZ vom 17.01.2001.
- Neue Proteste gegen Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 28./29.05.1999.
- Neue Regierung will Kompetenzen der Hausärzte stärken, in: ÄZ vom 19.10.1998.
- Neue Vereinbarung über höhere Richtgrößen mildert die Regeressgefahr, in: ÄZ vom 09.12.1999.
- Neuer Staatssekretär, in: PZ Nr. 4 vom 25.01.2001.
- Nicht mal der SPD-Mann verteidigte die Reform, in: ÄZ vom 27.09.1999.
- Niedrige Beiträge bleiben frommer Wunsch, in: Handelsblatt vom 22.02.1999.
- Noch mehr Einschränkungen für Ärzte, in: ÄZ vom 27./28.11.1998.
- Noch Spielraum bei Arzneimittelkosten, in: FAZ vom 18.10.2001.

- Notfalls will Fischer die Listen-Novelle scheitern lassen, in: ÄZ vom 18.10.2000.
- Nur abgespeckte Reform des Gesundheitswesens, in: FAZ vom 01.12.1999.
- Nutzen Hersteller neue Handelsspanne zu ihren Gunsten?, in: ÄZ vom 16./17.10.1998.
- Ohne die Union geht nichts mehr im Bundesrat, in: FAZ vom 23.04.2002.
- Ostdeutsche Ärzte protestieren gegen Arzneimittelbudget, in: FAZ vom 26.03.2001.
- Ovulationshemmer rechtswidrig, in: DAZ Nr. 36 vom 07.09.2000.
- Patienten entlastet – Ausgabenschub für Kassen, in: ÄZ vom 04.08.1999.
- Patienten sollen gegen die Budgetierung protestieren, in: ÄZ vom 09.12.1999.
- Patienten pfeifen auf Aut-idem, in: Ärztliche Praxis vom 17.09.2002.
- Pharmabranche fordert höhere Budgets, in: Handelsblatt vom 27.06.2000.
- Pharmaindustrie fordert mehr Mitspracherecht, in: Handelsblatt vom 27.01.2000.
- Pharmaindustrie lehnt Globalbudget ab, in: FAZ vom 09.10.1998.
- Pharmaindustrie: Der Reformentwurf behindert Innovationen, in: FAZ vom 30.06.1999.
- Pharmaindustrie macht eigenen Vorschlag, in: SZ vom 24.10.2001.
- Pharmaindustrie erhöht Bar-Offerte auf 400 Millionen DM, in: FAZ vom 08.11.2001.
- Pharmaindustrie wehrt sich, in: FAZ vom 06.09.2002.
- Phytopharmaka finden zu wenig Beachtung, in: ÄZ vom 01./02.12.2000.
- Plant Schmidt ein Preismoratorium für Arzneimittel, in: ÄZ vom 21./22.09.2001.
- Politik baut Hürden für den medizinischen Fortschritt, in: ÄZ vom 04.06.2002.
- Positivliste und Festbeträge: Karl Jung drängt, in: ÄZ vom 07.05.2001.
- Preisdrittel festgelegt, in: DÄBl. Heft 25 vom 21.06.2002.
- Preiswerte Medikamente erhalten den Vorrang, in: FAZ vom 15.12.2001.
- Private Krankenkassen stöhnen über den starken Kostenanstieg, in: Handelsblatt vom 10.06.1999.
- Protest gegen Budgetierung, in: ÄZ vom 21.06.2001.
- Proteststurm gegen rot-grüne Gesundheitspläne nimmt weiter zu, in: Handelsblatt vom 27.05.1999.
- Reform 2000: „Wir werden nicht mit der Axt im Walde holzen“, in: ÄZ vom 21.12.1998.

Reform zwingt Pharmabranche zu neuen Marktstrategien, in: SZ vom 23./24.01.1999.

Re-Importe: Boom dank satter Apothekenrabatte, in: ÄZ vom 26.09.2002.

Regelung vor dem Aus, in: PZ Nr. 5 vom 01.02.2001.

Regierung will Arznei-Festbeträge neu regeln, in: FAZ vom 11.02.1999.

Regierung droht Ärzten mit rechtlichen Schritten, in: SZ vom 11.08.1999.

Regierung weist Gesetzesantrag der FDP zurück, in: ÄZ vom 22.05.2000.

Rentenexpertin leitet Gesundheitsministerium, in: PZ Nr. 3 vom 18.01.2001.

Rheuma-Patienten werden oft bitter enttäuscht, in: ÄZ vom 12.12.2000.

Rot-grüne Koalition kippt nahezu alle Reformen der vergangenen Jahre, in: ÄZ vom 06./07.11.1998.

Rot-Grün streitet um Bezahlung von „sanften“ Arzneimitteln, in: Handelsblatt vom 17.05.1999.

Rot-Grün zögert mit neuen Festbeträgen, in: PZ Nr. 28 vom 13.07.2000.

Runder Tisch tagt erst im Januar, in: ÄZ vom 14./15.12.2001.

Schmidt bietet Union Zusammenarbeit an, in: FAZ vom 16.02.2001.

Schmidt für Neuregelung, in: SZ vom 19.02.2001.

Schmidt: Festbeträge für Arzneien bleiben bis 2003, in: FAZ vom 16.03.2001.

Schmidt für halbe Mehrwertsteuer, in: PZ Nr.21 vom 24.05.2001.

Schmidt spart bei der Pharmaindustrie, in: FAZ vom 25.09.2001.

Schmidt will über Bargeschäfte verhandeln, in: Handelsblatt vom 31.10.2001.

Schmidt erwartet für 2001 ein Defizit von rund vier Milliarden DM, in: ÄZ vom 05.12.2001.

Schmidt nennt erstmals Details ihres Reformkonzeptes, in: FAZ vom 06.12.2001.

Schmidt attackiert Wahlplakate des Hartmannbundes, in: ÄZ vom 28.01.2002.

Schmidt erteilt allen radikalen Reformplänen eine klare Absage, in: ÄZ vom 12./13.04.2002.

Schmidt verteidigt Plan für Arzneimittelversand, in: Handelsblatt vom 23.08.2002.

Schmidts Arzneimittel-Pläne werden offenbar korrigiert, in: Die Welt vom 08.10.2001.

Schmidts Arznei-Sparpaket wird zum Torso, in: Handelsblatt vom 13.11.2001.

Schmidts Würfchen, in: SZ vom 12.04.2002.

Schröder: Mittel reichen aus! , in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

Schröder verteidigt Gesundheitspolitik, in: Handelsblatt vom 07.06.1999.

Schröder sagt Agrarlobby Kampf an: Grüne bekommen Superministerium, in: Die Welt vom 11.01.2001.

Schulte-Sasse schließt Gespräche mit der Opposition vorerst aus, in: ÄZ vom 03./04.12.1999.

Schulte-Sasse ermuntert KVen zu mehr Kreativität, in: ÄZ vom 10./11.11.2000.

Sensation aus Berlin: Ulla Schmidt schafft Arzneibudgets und Kollektivregress ab, in: ÄZ vom 11./12.05.2001.

Sorge um Qualität der Medizin und Arbeitsplätze im Gesundheitswesen, in: ÄZ vom 28./29.05.1999.

Sozialreformen der Koalition stoßen auf heftige Kritik, in: Handelsblatt vom 12.11.1998.

Sparpaket bei Arzneimitteln verschoben, in: FAZ vom 10.11.2001.

Sparplan Schmidts stößt auf geteiltes Echo, in: ÄZ vom 12.09.2001.

Sparziele auf dem Arzneimittelmarkt bleiben weit weg von der Realität, in: ÄZ vom 06./07.09.2002.

SPD-Fraktion gegen staatliche Festbeträge, in: SZ vom 22.01.1999.

SPD kündigt Änderungen bei Staatsbürgerrecht an, in: SZ vom 09.02.1999.

SPD: Regierung soll sich Zeit lassen, in: ÄZ vom 17.03.1999.

SPD lehnt Kurswechsel ab, in: Handelsblatt vom 07.09.1999.

SPD will die Anliegen der Arzneimittelhersteller ernstnehmen, in: ÄZ vom 27.09.1999.

SPD lehnt CDU-Gesundheitskonzept ab, in: Die Welt vom 09.11.1999.

SPD lädt Opposition und Ärzte zu neuen Gesprächen, in: FR vom 21.12.1999.

SPD klarer Sieger in Schleswig-Holstein, in: SZ vom 28.02.2000.

SPD-Fraktion distanziert sich von Andrea Fischer, in: SZ vom 24.09.1999.

SPD erwägt Kassen-Mindestbeitrag, in: FAZ vom 17.03.2001.

SPD will Priorität für Kostendämpfung, in: ÄZ vom 05.06.2002.

SPD-Sozialexperte Kirschner sieht keine Alternative zur Budgetierung, in: Handelsblatt vom 29.08.2000.

Spendenaffäre stürzt Kohl und die CDU in ein Meinungstief, in: SZ vom 11./12.12.1999.

Steigende Arzneiausgaben fachen Budgetdebatte erneut an, in: ÄZ vom 28.05.2001.

Stellungskampf der Lobbyisten, in: SZ vom 23.04.2002.

Streit in der SPD über die Steuerung der Kassenausgaben, in: Handelsblatt vom 14./15.05.1999.

Streit zwischen Andrea Fischer und den Ärzten spitzt sich zu, in: Handelsblatt vom 31.05.1999.

Streit über Arzneimittelbudget eskaliert, in: Handelsblatt vom 24./25.09.1999.

Streit um Arzneikosten im Osten, in: PZ Nr. 23 vom 07.06.2001.

Streit um Arzneipreise verschärft sich, in: SZ vom 06.03.2000.

Talfahrt der rot-grünen Bundesregierung dauert an, in: SZ vom 25./26.09.1999.

Teileinigung bei Gesundheitsreform, in: Handelsblatt vom 18.05.1999.

Transparentes Verfahren und keine extremen Preissenkungen, in: ÄZ vom 08.03.2001.

Treffen von Kassenärzten und Gesundheitsministerin Fischer, in: FAZ vom 13.08.1999.

Trotz neuer Budgets: Industrie zahlt eine Milliarde DM, in: ÄZ vom 04./05.12.1998.

Überhebt sich die Selbstverwaltung oder übernimmt die Politik Verantwortung?, in: ÄZ vom 18.05.2000.

Ulla Schmidt: Arbeiten an Positivliste verzögern sich, in: ÄZ vom 19.04.2001.

Ulla Schmidt zeigt Verständnis, bleibt aber hart in der Sache, in: ÄZ vom 30./31.03.2001.

Ulla Schmidt rechnet mit Beitragserhöhungen, in: ÄZ vom 31.08./01.09.2001.

Ulla Schmidt will jetzt für Aut idem werben, in: ÄZ vom 05.03.2002.

Ulla Schmidts Ernennung positiv aufgenommen, in: Medikament & Meinung Nr. 1 Januar 2001.

Ulla Schmidts Sparpaket auf dem Prüfstand, in: ÄZ vom 12.11.2001.

Union findet keine Linie in der Gesundheitspolitik, in: SZ vom 16.12.1999.

Union: Vollkasko mentalität in der Gesundheitspolitik muss aufhören, in: FAZ vom 08.11.1999.

Union startet eine Kampagne gegen die Budgettierung und ihre Folgen, in: ÄZ vom 22.11.1999.

- Union will Ulla Schmidt zwingen, ihr Wort zu halten, in: ÄZ vom 09./10.02.2001.
- Union und FDP fordern Reform noch vor der Bundestagswahl, in: ÄZ vom 29./30.06.2001.
- Union will milliardenschwere Steuerentlastung, in: Handelsblatt vom 07.05.2002.
- Unionspapier setzt erneut Signale für Gesundheitsreform, in: PZ Nr. 12 vom 25.03.1999.
- Unionspolitiker werfen Fischer Demontage vor, in: ÄZ vom 02.06.1999.
- Unterschiedliches Echo auf den Protest zehntausender Ärzte, in: ÄZ vom 21.12.1998.
- Verbände laufen Sturm gegen die Gesundheitsreform, in: SZ vom 03.09.1999.
- Verdross dürfte die Kritik von Dreßler kaum motiviert haben, in: FR vom 10.12.1998.
- Verfassungsrichter prüfen Festbetragssystem, in: ÄZ vom 20.03.2002.
- „Verschreibung muss sich am Patienten orientieren“, in: ÄZ vom 15.01.2001.
- Verstoß gegen Verfassung, in: DÄBl. Heft 28-29 vom 16.07.2001.
- Verzicht auf Globalbudget?, in: FAZ vom 16.11.1999.
- Vilmar: Budgetierung führt zu mehr Todesfällen, in: Handelsblatt vom 11./12.12.1998.
- Vilmar verteidigt die Protestaktionen – Fischer droht mit Konsequenzen, in: ÄZ vom 18./19.12.1998.
- Völlig überraschend – Arzneibudgets werden neu berechnet, in: ÄZ vom 03.12.1998.
- Von „Null-Bock-Stimmung“ kann keine Rede sein, in: ÄZ vom 13.12.1999.
- Vor allem für Hausärzte werden Probleme gesehen, in: ÄZ vom 12.01.1999.
- Vorgeschmack auf die Positivliste, in: PZ Nr. 14 vom 08.04.1999.
- Wahlen zum Berliner Abgeordnetenhaus (Tabelle), in: SZ vom 23.10.2001.
- Wahlkampf im Wartezimmer – so sieht er aus, in: ÄZ vom 10.01.2002.
- Wahlkampf im Wartezimmer ist rechtmäßig, in: ÄZ vom 08./09.02.2002.
- Warnung vor der Positivliste, in: DAZ Nr. 41 vom 08.10.1998.
- Wartelisten und Notrezepte – Ärzte empören sich über KBV-Sparbefehle, in: ÄZ vom 21.07.1999.
- Wegener: Pharma-Industrie muss stärker beteiligt werden, in: Medikament & Meinung Nr. 6 Juli 2001.

Wenig Verständnis für Aktionen der Ärzte in den neuen Bundesländern, in: ÄZ vom 02.04.2001.

Wettbewerbs-Verstoß: Neue Arznei-Richtlinien werden nicht gültig, in: ÄZ vom 01.04.1999.

Wie der Bundesausschuss Ärzte aufs Glatteis führte, in: ÄZ vom 11.04.2002.

Winfried Schorre legt alle Ämter in den ärztlichen Selbstverwaltung nieder, in: ÄZ vom 06.12.1999.

"Wir werden nicht mit der Axt im Walde holzen", in: ÄZ vom 21.12.1998.

„Wir brauchen mehr Wettbewerb“, in: Handelsblatt vom 25.04.2000.

Wir gehen voran, die Politik bremst, in: ÄZ vom 20.12.2000.

Zähe Verhandlungen lassen noch keinen Konsens erkennen, in: ÄZ vom 10./11.09.1999.

Zehntausende Ärzte protestieren gegen Sparpolitik, in: ÄZ vom 21.12.1998.

Zorn und Ratlosigkeit bei den Krankenkassen, in: ÄZ vom 19.09.2002.

Zuzahlungen sinken auf acht, neun und zehn Mark, in: DAZ Nr. 46 vom 12.11.1998.

Zuzahlungen bald von Wirksamkeit abhängig?, in: ÄZ vom 18.01.1999.

Zwei Milliarden Euro Defizit bei den Krankenkassen, in: FAZ vom 30.08.2002.

Zweifel an Rechtsgrundlage des Aktionsprogramms, in: ÄZ vom 02.11.1999.

5000 Ärzte aus ganz Deutschland bestellen Stempel gegen Aut idem, in: ÄZ vom 08./09.03.2002.

7,7 Millionen Unterschriften gegen den Arznei-Versandhandel, in: ÄZ vom 04.07.2002.





## Lebenslauf

Name, Vorname: Iris Martina Astrid Petersberg, geb. Zelder  
Geburtsdatum und Ort: 27. November 1966 in Hamburg  
Staatsangehörigkeit: deutsch  
Familienstand: verheiratet, ein Kind  
Schulbildung: 1973-1977 Janusz Koczak-Schule  
Grundschole in Göttingen  
1977-1978 Hainberg-Gymnasium in Göttingen  
1978-1980 Pädagogium-Gymnasium in Bad Sachsa  
1980-1983 Hainberg-Gymnasium in Göttingen  
1983-1985 Box Hill School in England und Colorado  
Rocky Mountain School in den USA  
1985-1987 Hainberg-Gymnasium in Göttingen  
Abschluss: 27.05.1987  
Studium: 1987-1989 Studium der Rechtswissenschaften und  
Spanisch in Göttingen  
Ausbildung: 1989-1991 IFBA- Schule in Osnabrück  
Staatlich anerkannte Lehranstalt für  
Medizinisch-technische Radiologieassistentin  
Abschluss: 04.07.1991 MTA/R  
Berufspraxis: 1991-1992 Dienst als MTA/R im Evangelischen  
Vereinskrankenhaus in Hann. Münden  
Studium: 1991-1997 Studium der Politikwissenschaften und der  
Rechtswissenschaften in Göttingen  
Abschluss: 11.11.1997 Magistra Artium  
Berufspraxis: 1998 Pharmaberaterin bei der Co-Pharma  
Außendienst-GmbH (Ventiv Health)  
1999-2003 Pharmaberaterin bei der  
Sankyo Pharma GmbH  
Seit dem 01.07.2003 bei der Novartis Pharma GmbH



**Versicherung**  
**gemäß §15 der Promotionsordnung der Sozialwissenschaftlichen Fakultät**  
**der Georg-August-Universität Göttingen**  
**vom 01.07.2000**

Ich versichere, dass ich die eingereichte Dissertation (Das Scheitern der gesundheitspolitischen Steuerungsversuche der ersten rot-grünen Bundesregierung im Arzneimittelwesen) selbstständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe. Anderer als der von mir angegebenen Hilfsmittel und Schriften habe ich mich nicht bedient. Alle wörtlich oder sinngemäß den Schriften anderer Autoren entnommenen Stellen habe ich kenntlich gemacht.