

Antrag

der Abgeordneten Dr. Wieland Schinnenburg, Michael Theurer, Grigorios Aggelidis, Renata Alt, Christine Aschenberg-Dugnus, Jens Beeck, Sandra Bubendorfer-Licht, Dr. Marco Buschmann, Carl-Julius Cronenberg, Christian Dürr, Hartmut Ebbing, Dr. Marcus Faber, Daniel Föst, Thomas Hacker, Reginald Hanke, Peter Heidt, Katrin Helling-Plahr, Markus Herbrand, Torsten Herbst, Dr. Gero Hocker, Reinhard Houben, Ulla Ihnen, Olaf in der Beek, Dr. Christian Jung, Dr. Marcel Klinge, Ulrich Lechte, Alexander Müller, Bernd Reuther, Matthias Seestern-Pauly, Hermann Otto Solms, Bettina Stark-Watzinger, Dr. Marie-Agnes Strack-Zimmermann, Katja Suding, Stephan Thomae, Manfred Todtenhausen, Gerald Ullrich, Nicole Westig und der Fraktion der FDP

Verbesserung der Gesundheitsversorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Arzneimittel, die nicht verschreibungspflichtig sind, können ebenso wie verschreibungspflichtige Arzneimittel einen wichtigen Beitrag zur Therapie von Erkrankungen leisten. In vielen Fällen werden sie zu einer wirksamen Therapie benötigt, etwa in der Schmerztherapie oder bei vielen chronischen Erkrankungen.

Seit dem Jahr 2004 sind nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nach § 34 SGB V von der Versorgung explizit ausgeschlossen, als einzige Fraktion hatte die FDP gegen diese Maßnahme gestimmt. Es bestehen seither nur wenige Ausnahmen, etwa für Kinder und Jugendliche sowie für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, wenn das Arzneimittel zum Therapiestandard zählt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) führt insgesamt nur 44 Möglichkeiten für die Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) auf.

Um die Versorgung zu verbessern und chronisch erkrankten Menschen eine bessere Behandlung zu ermöglichen, sollte der G-BA mehr Kompetenzen bekommen, um nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel in die GKV-Versorgung aufnehmen zu können. Außerdem soll bei Kindern und Jugendlichen eine Erstattung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erfolgen, dies entlastet Familien und kann Folgeerkrankungen im Erwachsenenalter vermindern.

Ebenso sollte die Gesetzliche Krankenversicherung in Zukunft Arzneimittel zur Rauchentwöhnung finanzieren dürfen. Bei einer erfolgreichen Rauchentwöhnung können Gesundheitsrisiken in erheblichem Ausmaß vermindert werden. Dies verbessert die Lebensqualität der betroffenen Menschen und entlastet die Krankenkassen von teuren Folgekosten für durch das Rauchen verursachte Erkrankungen.

Vorabfassung - wird durch die lektorierte Fassung ersetzt.

Eine Aufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die Versorgung kann in einigen Fällen aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen sinnvoll sein, etwa um das Ausweichen auf verschreibungspflichtige Arzneimittel zu verhindern oder um Menschen mit niedrigen Einkommen zu entlasten, die bei einer ärztlichen Verschreibung auf den Kauf von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten verzichten könnten.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

bis zum 31. Mai 2021 einen Gesetzentwurf vorzulegen, der

1. dem Gemeinsamen Bundesausschuss zusätzlich die Entscheidungsbefugnis überträgt, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für die Behandlung spezifischer chronischer Erkrankungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen, unter der Maßgabe, dass diese von einem Vertragsarzt verordnet wurden,
2. die Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln durch die gesetzliche Krankenversicherung für Kinder und Jugendliche verbessert, indem die Versorgung bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gewährleistet wird und bei Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 24. Lebensjahr,
3. den gesetzlichen Krankenkassen ermöglicht, Arzneimittel zur Rauchentwöhnung zu erstatten, sofern diese im Rahmen einer Entwöhnungstherapie und unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden und
4. nach aktuellen Erkenntnissen eine Neubewertung der in § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V von der Versorgung ausgeschlossenen Arzneimittel vorsieht, die laut Gesetz vordergründig zur „Erhöhung der Lebensqualität“ dienen.

Berlin, den 26. Februar 2021

Christian Lindner und Fraktion

Begründung

Mit dem GKV-Modernisierungsgesetz beschloss der Bundestag mit den Stimmen von SPD, Grünen und Union, dass ab dem Jahr 2004 nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht mehr von der GKV erstattet werden dürfen. Zuvor war dies möglich. Seitdem müssen diese Arzneimittel auch bei Verschreibungen in der Regel von den Versicherten selbst gezahlt werden (vgl. § 34 SGB V). Die FDP-Fraktion stimmte als einzige dagegen, sie befürchtete negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung allgemein und insbesondere für Menschen mit niedrigen Einkommen, die Probleme bekommen könnten, notwendige Arzneimittel zu bezahlen.

Rund ein Jahr nach Verabschiedung des Gesetzes hat die FDP-Bundestagsfraktion im Oktober 2004 einen Antrag eingebracht, der die Wiederaufnahme der nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel in den GKV-Katalog forderte (Drs. 15/3995). Kritisiert wurde, dass ärmere Menschen sich die Medikamente nicht leisten könnten und viele Leiden damit nicht therapiert würden. Außerdem wurde bemerkt, dass oft in der Versorgung auf verschreibungspflichtige Arzneimittel ausgewichen werde, die dann für die GKV teurer wären. Der Antrag wurde von Union, SPD und Grünen abgelehnt.

Ausnahmen gelten in einigen Bereichen für Kindern bis 12 Jahren oder bei Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr. Hier soll es Anpassung geben, um die Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu

verbessern und um Familien zu entlasten. Durch eine frühe Behandlung von Erkrankungen können Folgeerkrankungen vermieden werden, dass verbessert die Lebensqualität und entlastet die Krankenversicherung.

Für Erwachsene gelten nach aktuellem Stand nur Ausnahmen für die Erstattung von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel bei schwerwiegenden Erkrankungen, hier legt der G-BA fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel als Therapiestandard zur Behandlung schwerwiegende Erkrankungen gelten und ausnahmsweise erstattet werden dürfen. Aktuell führt die Ausnahmeliste des G-BA nur 44 Möglichkeiten in der Versorgung auf (<https://www.g-ba.de/downloads/83-691-507/AM-RL-I-OTC-2018-11-09.pdf>).

Eine komplette Wiederaufnahme von nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in die Versorgung der GKV wäre aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen allerdings nicht sinnvoll, bei chronischen Erkrankungen besteht jedoch ein Handlungsbedarf. Es ist kaum vermittelbar, warum Menschen, die an einer chronischen Erkrankung leiden, die mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln behandelt werden kann, voll für die Kosten der Arzneimittel aufkommen müssen, während Menschen, deren Erkrankung mit verschreibungspflichtigen Arzneimitteln behandelt werden kann, nur die Rezeptgebühr zahlen müssen.

Eine vollständige Wiederaufnahme aller nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln in den Katalog der Gesetzlichen Krankenversicherung würde zudem zu erheblichen Kosten und zu erheblicher Bürokratie führen. So müsste für jedes Arzneimittel eine Nutzenbewertung nach §35a SGB V vorgenommen werden. Die Kosten für diese Nutzenbewertung könnte dazu führen, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel wegen der hohen Kosten vom Markt genommen werden würden, womit sie dann weder in der GKV noch für Selbstzahler zur Verfügung stünden.

Wenig nachvollziehbar ist das in § 34 Abs. 1 SGB V geregelte Verbot der Erstattung von Arzneimitteln für die Rauchentwöhnung. Durch eine erfolgreiche Rauchentwöhnung können viele Erkrankungen vermieden werden, vor allem Krebserkrankungen. Diese können den betroffenen Menschen Leid und große Schmerzen verursachen, außerdem belasten sie die Krankenkassen mit erheblichen Leistungsausgaben. Deshalb sollten die Krankenkassen das Recht erhalten, Arzneimittel als Satzungsleistung in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Allerdings soll das im Sinne einer Qualitätssicherung nur dann gelten, wenn diese im Rahmen einer Entwöhnungstherapie und unter ärztlicher Aufsicht geschieht.

Ebenso sollte überprüft werden, ob die in § 34 Abs. 1 Satz 6 SGB V ausgeschlossenen Arzneimittel nicht nur der Erhöhung der Lebensqualität dienen können, sondern auch einen praktischen Beitrag in der Gesundheitsversorgung leisten können. Insbesondere sollte bei einer Neubewertung die Prävention von Erkrankungen im Vordergrund stehen. So könnte etwa eine Adipositas-Behandlung mit Arzneimitteln durchaus eine medizinische Möglichkeit darstellen, Folgeerkrankungen wie Diabetes Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen zu vermeiden oder deren Folgen zu reduzieren. Auch die Behandlung erektiler Dysfunktionen durch Arzneimittel könnte etwa im Bereich der Familienplanung oder der psychischen Gesundheit aus medizinischen Gründen angebracht sein. Es ist insgesamt falsch, Arzneimittel generell aus der Versorgung auszuschließen, die einen medizinischen Nutzen haben können. Entscheidend für eine Versorgung muss vielmehr sein, ob diese Arzneimittel ärztlich verordnet werden und ob sie aus medizinischer und wirtschaftlicher Sicht sinnvoll eingesetzt werden können.

Im Jahr 2019 wurden laut IQVIA Marktbericht 867 Millionen Packungen nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel in Deutschland verkauft, der Umsatz betrug 5,2 Mrd. Euro (https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/cese/germany/publikationen/marktbericht/pharma-marktbericht-jahr-2019-iqvia-0220.pdf?__e=1597136496009). Rechnerisch ergibt sich damit ein durchschnittlicher Preis von 6 Euro je Packung – bei einer Rezeptgebühr von mindestens fünf Euro müssten damit viele nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel weiterhin faktisch von den Versicherten bezahlt werden, selbst wenn diese Teil der Versorgung werden würden.