

Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik

Ruhr-Universität Bochum

Institut für Empirische Gesundheitsökonomie, Burscheid

Stellungnahme

zum

1. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG)“ (Drs 16/3100)
2. Antrag der Abgeordneten Birgitt Bender, Matthias Berninger, Dr. Thea Dückert, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Stärkung der Solidarität und Ausbau des Wettbewerbs – Für eine leistungsfähige Krankenversicherung“ BT-Drucksache 16/1928
3. Antrag der Abgeordneten Daniel Bahr (Münster), Heinz Lanfermann, Dr. Konrad Schily, weitere Abgeordneter und der Fraktion der FDP „Für Nachhaltigkeit, Transparenz, Eigenverantwortung und Wettbewerb im Gesundheitswesen“ BT-Drucksache 16/1997
4. Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Dem Gesundheitswesen eine stabile Finanzgrundlage geben“ BT-Drucksache 16/3096

9. November 2006

hier: weitere Versorgung

Arzneimittelversorgung einschließlich der Aspekte der integrierten Versorgung

(§§ 31, 35b, 73d, 84, 129, 130a, 140a, 305a, AMG, AMPV)

Heil- und Hilfsmittelversorgung (§§ 125-127 SGB V)

§§ 31, 35b, 73d

1. Nach internationaler Auffassung können Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln erst nach Einführung in die Versorgungsstrukturen erfolgen. Sinnvoll ist ein mehrjähriger Beobachtungszeitraum. Dabei geht es nicht um eine Praxis“besonderheit“, sondern um die Regelversorgung.

Grundlage der Kosten-Nutzen-Bewertung können nur zu diesem Zeitpunkt gesammelte Daten sein (Längsschnittstudien, Register).

Höchsterstattungsbeiträge haben sich nicht an Aufwendungen des Herstellers zu orientieren, sondern an der Leistungsfähigkeit des Arzneimittels (z.B. Nutzen, Einsparpotentiale u.v.m.). Hochrechnungen müssten jedes Jahr adjustiert werden und vermitteln keine verbindliche betriebswirtschaftliche Kostenkalkulation.

⇒ weiteres Instrument zum Ausschluss innovativer Arzneimittel

Mit dem § 73d wird ein peer review (Zweitmeinung, second look) in die ärztliche Entscheidung eingeführt. Grundsätzlich sollte dies jedoch der Entscheidung des Patienten und auch nur nach Begründung (Doktorhopping) vorbehalten bleiben. Bei Beibehaltung des Gesetzes sind weitere Bürokratien vorprogrammiert. Darüber hinaus ist eine deutliche Kostensteigerung zu erwarten.

Defizite in der Pharmakotherapiekenntnis der Ärzteschaft müssen in der Selbstverwaltung gelöst werden.

Die vorliegende Gesetzesvorlage führt zur weiteren Spaltung der Ärzteschaft und Neuklassifizierung. Daran können die deutsche Gesellschaft und alle Patienten kein Interesse haben.

⇒ weiteres Instrument zur Desintegration der Ärzteschaft

⇒ weiteres Instrument zum Ausschluss innovativer Arzneimittel

§ 135a (5) SGB V -E

Die Einhaltung internationaler Standards des IQWiG muss auch auf die Kosten-Nutzen-Bewertung ausgedehnt werden. Die Verfahrensregeln entsprechen derzeit nicht dem internationalen Standard.

§ 305a (5) SGB V -E

Die Erhebung von Marktdaten gehört zum üblichen betriebswirtschaftlichen Repertoire der sozialen Marktwirtschaft.

- ⇒ Staatsdirigismus und Informationsmonopol stehen im Widerspruch zu einer freiheitlichen Rechtsordnung