



KV Nordrhein • Postfach 30 05 20 • 40405 Düsseldorf

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Frau Dr. Martina Bunge, MdB
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Tersteegenstraße 9 • 40474 Düsseldorf
Telefon (0211) 5970-0
www.kvno.de

Ansprechpartner/in Dorothee Brakmann
Telefon 0211/5970-8275
Telefax 0211/5970-9275
E-Mail Doro-
thee.Brakmann@kvno.de
Datum 03.01.2006

Ihr Zeichen

Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
H11/Vb

(14) Ausschuss für Gesundheit
Ausschussdrucksache
0014(3)
vom 5.1.2006

16. Wahlperiode

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) BT-Drs. 16/194 – Anhörung am 18.01.06

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

mit dem AVWG wird die Festbetragsregelung nachjustiert. Für den Patienten wird es künftig erheblich öfter dazu kommen, dass er neben der gesetzlichen Zuzahlung auch noch die Differenz zwischen Abgabepreis des Arzneimittels und dem Festbetrag aus der eigenen Tasche als Aufzahlung tragen muss. Denn die Vorschrift, dass die Festbeträge im unteren Preisdrittel der tatsächlichen Preise liegen müssen, wird auf alle Festbetragsstufen ausgedehnt. Zugleich werden die Voraussetzungen, die eine ausreichende und in der Qualität gesicherte Versorgung sicherstellen sollen, darauf reduziert, dass zum vorgesehenen Festbetrag zwei Produkte verschiedener Anbieter verfügbar sein müssen. Dies impliziert, dass im Extremfall der Festbetrag auf den niedrigsten Marktpreis festgelegt werden kann, wenn es zwei Hersteller gibt, die genau diesen Preis fordern.

Grundsätzlich begrüße ich das Festbetragssystem sehr. Allerdings nicht die im AVWG vorgeschlagene Lösung zur Kostenentlastung für die Versicherten: Hat eine Krankenkasse mit einem pharmazeutischen Unternehmen, das ein Festbetragsarzneimittel anbietet, einen Rabattvertrag abgeschlossen, so trägt die Krankenkasse die Mehrkosten.

Die vorgesehene Novellierung schafft sicher einen neuen Anreiz zum Abschluss von Rabattverträgen. Und grundsätzlich betrachte ich diese als eine sinnvolle Maßnahme, denn Rabattverträge sorgen derzeit dafür, dass die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel sinken – und zwar mit sofortiger Wirkung. Und das hilft nicht nur den Kassen, sondern

kommt unmittelbar auch uns Ärzten zugute, da so das Arzneiausgabenvolumen einer KV Region entlastet wird. Deshalb unterstützen wir beispielsweise auch die in Nordrhein geschlossenen Verträge der AOK und IKK, die mit preisgünstigen Generikaanbietern Rabatte ausgehandelt haben. Bei der neuen gesetzlichen Regelung wurde die Rechnung jedoch ohne den Wirt gemacht: Voraussetzung für das Funktionieren der Rabattverträge ist, dass die Präparate der Firmen von den Ärzten auch verordnet werden. Und hier gilt es, einen Anreiz zu schaffen, zum Beispiel die Entlastung des eigenen Verordnungsbudgets.

Durch die neue Regelung werden die Einsparungen jedoch gleich wieder kassiert. Der Druck der Patienten auf Zuzahlungsfreiheit wird sicherlich die Verordnung der Rabattpräparate fördern. Für uns Ärzte bedeutet dies ein Mehr an ohnehin schon überbordender Bürokratie: Vor jeder Verordnung werden wir prüfen müssen, in welcher Kasse der Patient ist und ob die Kasse einen Rabattvertrag mit dem Hersteller des verordneten Arzneimittels hat. Fragwürdige Rabattverträge - wie beispielsweise die der BARMER Ersatzkasse mit Anbietern von überteuerten Generika oder Originalanbietern - werden dann jedoch fatale Auswirkungen haben. Denn sie fördern die Verordnung von hochpreisigen generischen Arzneimitteln und tragen nicht dazu bei, die Kosten zu senken.

Wäre die Neuregelung ein erster Schritt zur Einführung von Preisverhandlungen als Regulierungsinstrument für die Erstattung von Arzneimitteln, dann stimmt jedoch die Richtung der Neuregelung. Seit Jahren fordern wir Ärzte das solidarische Festzuschussmodell. Das Konzept sieht vor, dass Krankenkassen nur noch bei Medikamenten im unteren Drittel einer Wirkstoffgruppe die Kosten voll übernehmen. Besteht ein Patient auf einem teureren Produkt, so zahlt er die Differenz, wenn die Kasse nicht die Übernahme als Satzungsleistung anbietet.

Bei diesem Konzept werden Einsparungen erzielt, ohne dass die Versorgungsqualität leidet, ohne Wirtschaftlichkeitsreserven aus Rabattverträgen zu vernichten und es kommt dem Wettbewerbsgedanken der Krankenkassen entgegen. DANEBEN könnten Rabattverträge geschlossen werden, die weitere Einsparungen bringen würden. Oder aber die Zuzahlungen zu Arzneimitteln werden generell prozentual gestaltet, anstatt wie bisher einen Mindestbetrag von fünf Euro und maximal zehn Euro zu verlangen. Dann hätte der Patient ein Interesse am Sparen ohne im Einzelfall finanziell überfordert zu werden.

Mit diesem Gesetzentwurf allerdings legt der Gesetzgeber die Entscheidung, ob eine Krankenkasse ein Arzneimittel voll erstatten darf oder nicht, in die Hand der Pharmaindustrie. Einzelne Pharmaunternehmen können für ihre Produkte mit einzelnen Krankenkassen oder Krankenkassengruppen Rabattverträge abschließen – sie müssen es aber nicht. Und vielleicht wäre ein Arzneimittel zwar empfehlenswert, die Krankenkasse hat mit dem Pharmaunternehmen jedoch keinen Rabattvertrag.

Und noch eins bitte ich im Rahmen der Festbetragsregelung zu überdenken: Zukünftig sollen echte Innovationen mit einem therapeutischen Zusatznutzen aus der Festbetragsregelung herausgenommen werden. Wobei ein therapeutischer Fortschritt auch dann vorliegen kann, wenn diese zum Beispiel durch eine geänderte Galenik oder Applikationsform zustande kommt.

Bei genauerer Betrachtung halten die geänderten galenischen Spielereien in den allermeisten Fällen einer kritischen Prüfung nicht stand, ein Artenschutz für die Produkte ist keinesfalls gerechtfertigt. Durch die vielen wortreichen Neuformulierungen im AVWG zum Begriff der Arzneimittel-Innovationen wird die Festbetragsregelung insgesamt „rechtsunsicher“. Höchstrichterlichen Urteilen, die die Festbeträge gerade erst bestätigt haben, wird

die Basis entzogen. Noch mit der letzten Gesundheitsreform wurde die Festbetragsregelung erweitert und verbessert, wonach patentgeschützte Arzneimittel nur dann vom Festbetrag freigestellt wurden, wenn sie echte Innovationen darstellen, also eine therapeutische Verbesserung (auch wegen geringerer Nebenwirkungen) mit sich bringen. Damit wurden wichtige Anreize gesetzt, indem nur noch tatsächlich innovative Forschung finanziell begünstigt wird. Durch die nun vorgesehene Ausweitung der Ausnahmetatbestände bei der Bildung der Festbetragsgruppen wird es künftig jedoch dazu kommen, dass diese sinnvolle Regelung ausgehöhlt wird.

Für patentgeschützte Analogpräparate werden die Krankenkassen daher künftig wieder vermehrt Höchstpreise zahlen müssen, obwohl diese Präparate keinen zusätzlichen Nutzen für die Patienten haben. Dies wird zu Mehrausgaben führen.

Doch nicht nur über die Festsetzung der Festbeträge, auch durch Eingriffe in die ärztliche Versorgungspraxis sollen die Arzneimittelkosten eingeschränkt werden. Natürlich haben auch wir Ärzte eine Verantwortung für die Arzneimittelausgaben, und natürlich müssen wir alles dafür tun, dass unnötige Ausgaben vermieden werden. Aber: Dies muss ohne weitere Bürokratisierung möglich sein!

Um die Ärzte zu sparsamerem Verordnen anzuregen, sieht das AVWG ein Bonus-Malus-System vor: Kolleginnen und Kollegen, die überdurchschnittlich viele oder teure Präparate verschreiben, wird das Honorar gekürzt. Umgekehrt erhalten die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen einen Bonus, wenn die Ärzte dort sparsam verordnet haben. Vorwiegend sind von der Regelung die Hausärzte betroffen, da bei ihnen rund 80 Prozent der Arzneimittelverordnungen erfolgen. Außerdem sind es die Hausärzte, die überwiegend chronisch Kranke und multimorbide Patienten betreuen. Zudem führt das System der Tagestherapiekosten nicht zu einer Verbesserung der Arzneiverordnungen, sondern nur zu mehr Bürokratie. Denn für jeden einzelnen Arzt werden die vereinbarten Ziel- bzw. Grenzwerte individuell zu verwalten sein.

Letztendlich ist das System der Tagestherapiekosten zu Prüf- und Regresszwecken völlig ungeeignet, wurde es doch ursprünglich zur rein statistischen Standardisierung von Tagesdosen und nicht zum Preisvergleich von der WHO eingeführt. Das gleiche gilt für die GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSi). Denn die Frühinformation soll dem Vertragsarzt dabei helfen, sein Arzneimittelverordnungsverhalten hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit kurzfristig zu überprüfen. Sie dient als Trendinformation oder zur Kontrolle von Werten wie der Generika- oder Me-Too-Quote und nicht dem Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung – so sieht es der Vertrag zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen zur GAmSi-Datenlieferung vor. Die Daten sind einfach zu grob um mit ihnen das komplizierte System der Tagestherapiekosten umzusetzen.

Und es wird künftig deutlich erschwert, gerichtsfeste Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei den tatsächlich unwirtschaftlichen Ärzten durchzuführen. Denn pro Kassenart getroffene Rabattverträge sorgen für kassenindividuelle Arzneimittelpreise und unüberschaubaren Prüfmodalitäten pro Kassenart. Hinzu kommen jetzt die Prüfungen der Tagestherapiekosten pro Kassenarzt, um die die Richtgrößen zu bereinigen sind. Wie soll das gehen? Voraussetzung wäre das Zusammenspiel aller Rezepte aller Kassenarten nach Ablauf eines Kalenderjahres zur Ermittlung der Richtgrößen und Bereinigung dieser für das Folgejahr. Wo ist die Rechtsgrundlage hierfür? Und verstopfen wir nicht die Ausschüsse mit quartalsweisen Prüfungen nach Tagestherapiekosten, die möglicherweise wenig effizient sind

und die eigentlichen Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach beispielsweise Richtgrößen werden konterkariert?

Wieder einmal wird die Richtgrößenprüfung durch neue Regelungen in die Rechtsunsicherheit geführt. In der Vergangenheit war es äußerst schwierig, Richtgrößenverfahren rechtssicher durchzuführen. Die Prüfmethode war für alle Beteiligten neu und barg etliche Tücken: desolate Datenlagen der Kassen oder auch Fragen des Veröffentlichungszeitraums für Richtgrößen stellten laufende Verfahren immer wieder in Frage.

Auch die einzelnen Gesundheitsreformen, die in den letzten fünf Jahren immer wieder das Prüfgeschäft tangierten, erschwerten ein Wirksamwerden der Richtgrößenprüfungen enorm. Nehmen wir nur das GKV-Modernisierungsgesetz: Praxisgebühr, höhere Zuzahlungen, Ausgrenzungen, Preisveränderungen – all dies waren kaum kalkulierbare Auswirkungen auf die Verordnungswerte der einzelnen Arztgruppen, die eine prospektive Ermittlung von Richtgrößen schier unmöglich machten. Obgleich es sicher Startschwierigkeiten bei den Prüfungen gab, sorgen bislang gefällte Sozialgerichtsurteile für eine gewisse Rechtssicherheit. Wie bei jeder neuen Prüfmethode erleben wir derzeit einen dynamischen juristischen Prozess, der langfristig zur Verfahrenssicherheit für alle Beteiligten führen dürfte.

Kurzfristig Wirtschaftlichkeitsreserven mit Richtgrößenprüfungen zu heben, ist allerdings Wunschdenken. Wir sollten der Methode jedoch ohne weitere gesetzliche Eingriffe in die Handhabung der Prüfung eine Chance geben, sich zu etablieren.

Unter dem Druck eines Gesetzgebungsverfahrens werden schnell umsetzbare Lösungen oft aus den Augen verloren. Dabei würden kleine gesetzgeberische Änderungen unseren Versorgungsalltag als niedergelassene Ärzte erleichtern und gleichzeitig Kosten senken. Als Beispiel möchte ich die Entlassungsmedikation der Krankenhäuser nennen. Der § 115c SGB V verpflichtet die Krankenhäuser, dass bei der Entlassungsmedikation im Arztbrief der Wirkstoff zu benennen ist. Das SGB V regelt außerdem, dass preisgünstige Therapieempfehlungen mitzuteilen sind, falls preisgünstige Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind.

Die Praxis zeigt jedoch, dass die Krankenhäuser diese Regelungen nicht anwenden, sondern zu häufig spezielle Produkte – meist hochpreisige Originale – in ihren Entlassungsberichten nennen. Dies erschwert es dem niedergelassenen Vertragsarzt, die Entlassungsmedikation auf günstige Nachahmerpräparate umzustellen. Würde im Entlassungsbericht jedoch ausschließlich der Wirkstoffname angegeben, wäre der Patient darauf vorbereitet, dass der niedergelassene Arzt ihm möglicherweise andere, preisgünstige Medikamente verordnet.

Es ist bekannt, dass Arzneimittelhersteller den Krankenhäusern kostenintensive Originalpräparate zu sehr günstigen Preisen abgeben. Die Folge ist, dass die Arzneimittel über den Entlassungsbericht, in dem die Medikamente ausdrücklich genannt werden, in die ambulante Versorgung eingeführt werden. Folglich werden die teuren Originalpräparate vielfach noch verordnet, obwohl gleichwertige preisgünstige Alternativen zur Verfügung stehen.

Es kann nicht sein, dass dieses Marketing der Pharmazeutischen Industrie zu Lasten der niedergelassenen Vertragsärzte geht. Denn einerseits ist in Folge einer nach Krankenhausaufenthalten notwendigen medikamentösen Umstellung die Arzt-Patienten-Beziehung in der Praxis des niedergelassenen Arztes oftmals gespannt. Andererseits er-

höhen sich bei Weiterverordnung der teuren Originalpräparate die Kosten des Gesundheitssystems.

Eine Motivation der Krankenhäuser, diese Praktiken abzustellen, ist nicht zu erkennen, denn finanzielle Nachteile sind mit der gesetzlichen Regelung für die Krankenhäuser bis dato nicht verbunden. Es sollte zwingend eine Malusregelung für Krankenhäuser geben, die die gesetzlichen Vorschriften nicht beachten. Die Verordnungssituation vor Ort würde dadurch erheblich erleichtert werden und Arzneimittelkosten schnell und effektiv gesenkt werden – ohne überbordende Bürokratie.

Was wir noch brauchen in unserem Versorgungsalltag, sind rasche und unabhängige Preisinformationen. Dank der GKV-Arzneimittelschnellinformation (GAmSI) ist eine schnellere Information der so genannten „Hochverordner“ über ihre Arzneimittelkosten ermöglicht worden – und ein Gegensteuern der Betroffenen möglich. Zusätzlich brauchen wir jedoch unabhängige Preisinformationen über Arzneimittel in unseren Arztpraxen, um wirtschaftliches Verordnen zu ermöglichen. Denn auch wirtschaftlich verordnende Ärzte rücken gefährlich in die Nähe eines Regresses, wenn sie sich bei der Verordnung von Generika ausschließlich auf ihre Praxissoftware verlassen. Denn diese ist in den meisten Fällen pharmagesponsert und so konzipiert, dass Generika bestimmter Firmen begünstigt werden. In der Regel erfolgt diese Begünstigung unbemerkt. Die Ärzteschaft braucht ein unabhängiges Informationsmedium, keine gesteuerten Softwaresysteme, die unsere Arzneimittelauswahl unterwandern.

Unabhängige Praxissoftware, GKV-Schnellinformationen und beispielsweise Pharmakotherapieberatungsangebote der Krankenkassen – wie wir sie in Nordrhein nutzen - sind meines Erachtens der richtige Wegweiser in Richtung Wirtschaftlichkeit. Und ich begrüße an dieser Stelle das AVWG, welches genau dies fordert und fördert. Allerdings bleibt die Frage der Finanzierbarkeit ungeklärt. Dabei kann es nicht angehen, dass die Kosten auf den Schultern der Ärzte abgeladen werden.

Im Sinne unser aller Anliegen, die Kosten im Gesundheitswesen und insbesondere im Bereich der Arzneimittelausgaben zu reduzieren bitte ich um kritische Würdigung meiner Stellungnahme und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Dr. Hansen
Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein