

**„Gesundheitsreform 2006“
Stellungnahme zu Punkt 209 (§ 305a) des Gesetzentwurfs**

„Das geplante Verbot von Verordnungsdaten über zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel konterkariert die Absichten der Gesundheitsreform“

Fazit der folgenden Stellungnahme

Die medimed-Studie prescriber® ist ein voll und ganz zum Nutzen der GKV funktionierendes Informationssystem privatwirtschaftlich erhobener Verordnungsdaten.

Es gibt in der Bundesrepublik keine bessere Möglichkeit für Ärzte und Kassenärztliche Vereinigungen, Arzneimittelkosten zeitnah und effizient zu kontrollieren, als die prescriber-Studie.

Vertragsärzte, die prescriber nutzen, sparen daher nachweislich Arzneimittelkosten.

prescriber ermöglicht Arzneimittelherstellern, Ärzte relevant und gezielt zu informieren.

Durch Pharmaberater gezielt informierte Ärzte verordnen nachweislich preisgünstiger.

Es wäre unverantwortlich, auf der Basis von Fehleinschätzungen in ein solches System restriktiv einzugreifen.

Inhalt der Stellungnahme:

Seite

Fazit der Stellungnahme	1
Wer ist medimed?	2
Wie geht medimed vor?	2
Was ist unser Anliegen?	2
Die Begründungen des Gesetzentwurfs	2-3
Die geplanten Maßnahmen	3
Die kritische Würdigung der Maßnahmen	3-5
Verbot von Verordnungsdaten: fatale Folgen	
Kosten neuer Arzneimittel: kein Mengenproblem	
Verordnungs"steuerung" durch Pharmahersteller: falsch	
Pharmaberater = Wettbewerb = Einsparung von Arzneimittelkosten	
Leistungsorientierte Entlohnung von Pharmaberatern - Klarstellungen	
Arztbezogene Verordnungsdaten = gezielte fachliche Information = Kosten sparen	
Ersatzsysteme bei Verbot: Nutzung wenigen großen Herstellern vorbehalten	

medimed prescriber®: bestmögliche Kontrolle der Verordnungskosten	5
medimed prescriber®: bestmögliche Kontrolle auch für die KV	6

Wer ist medimed?

Die medimed GmbH mit Sitz in Bensheim ist ein in Deutschland tätiges Marktforschungsinstitut, das Verordnungsdaten von teilnehmenden Arztpraxen erhebt und verarbeitet.

medimed ist Teil der international tätigen Cegedim-Gruppe mit insgesamt über 5.000 Mitarbeitern in 61 Ländern. Stammsitz der Gruppe ist Paris.

Die Cegedim-Gruppe ist mit ihren Dienstleistungen im Gesundheitswesen Marktführer in Europa.

Wie geht medimed vor?

medimed hat die Studie prescriber entwickelt und betreut damit über 13.500 Arztpraxen in der Bundesrepublik. Die Teilnahme ist freiwillig. Derzeit nehmen etwa 15 % der deutschen Arztpraxen an der prescriber-Studie teil.

Anders als die Apothekenrechenzentren oder Großhandelspartner werden bei prescriber die Daten direkt von teilnehmenden Ärzten an medimed gemeldet und nicht im Rahmen der nachfolgenden Verarbeitung durch die Rechenzentren „abgezweigt“. Rechtsgrundlage für prescriber ist somit die Einwilligung der teilnehmenden Ärzte und nicht § 300 Abs. 2 Satz 2 2. Halbsatz SGB V.

Bei prescriber werden Verordnungen bestimmter Facharztgruppen auf monatlicher Basis direkt beim Arzt ohne Patientenbezug erfasst und vom Arzt an medimed übermittelt. medimed wertet diese Daten aus und stellt den teilnehmenden Arztpraxen monatlich eine Auswertung ihrer eigenen Arzneimittelverordnungen im Vergleich zu den Verordnungen verschiedener vergleichbarer Gruppen zur Verfügung. Den Arztpraxen wird so ein wichtiges Instrument zur Kostenkontrolle der Verordnungen an die Hand gegeben.

Die teilnehmenden Ärzte können frei wählen, ob sie eine Weitergabe der Daten an die Pharmaindustrie wünschen oder nicht.

Was ist unser Anliegen?

- medimed begrüßt eine grundlegende Reform des Gesundheitswesens.
- Viele der im Gesetzesentwurf konzipierten Maßnahmen zum Bereich „Arzneimittelversorgung“ werden einen wichtigen Beitrag zur Konsolidierung der GKV leisten.
- Im Gegensatz dazu wird ein "Verbot" von Daten über GKV-Verordnungen von Arzneimitteln durch Vertragsärzte in der jetzt skizzierten Form eine gegenteilige Wirkung haben:
- Ein solches Verbot privatwirtschaftlich erhobener und aufbereiteter Daten
 - beschränkt den außerordentlich wirksamen Wettbewerb auf dem Arzneimittelmarkt;
 - verhindert die am Informationsbedürfnis der Vertragsärzte orientierte qualifizierte und gezielte Beratung durch die Arzneimittelhersteller und führt damit zu steigenden Kosten;
 - beraubt Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen gleichermaßen des aktuellsten und einzig verfügbaren praxistauglichen und praxisübergreifenden Informationssystems zur wirksamen Steuerung der laufenden Arzneimittelkosten.

Die Begründungen des Gesetzentwurfs

1. Die Gesetzesbegründung beschreibt zutreffend eine der Hauptursachen steigender GKV-Ausgaben: die stark steigenden Arzneimittelkosten.

Unbestreitbar haben neue, häufig sehr teure Arzneimittel einen wesentlichen Anteil an diesem Ausgabenwachstum.
2. Den Autoren des Gesetzentwurfes erscheinen sowohl die Preise neuer Arzneimittel als auch die Häufigkeit ihrer Verordnung als unangemessen hoch.

3. Als Urheber des Doppelproblems machen die Autoren die Arzneimittelhersteller aus. Erstens missbrauchen diese sozusagen ihre Freiheit bei der Preisfestsetzung für neue Arzneimittel; zweitens, so meinen die Autoren, besitzen die Arzneimittelhersteller die Macht, ärztliche Verordnungen im Sinne ihrer eigenen ökonomischen Interessen zu steuern.
4. Eine zentrale Rolle bei dieser "Verordnungssteuerung" spielen nach Überzeugung der Autoren die auf einzelne Vertragsärzte bezogenen Verordnungsdaten, über die die Hersteller verfügen können. Sie bringen diese arztbezogenen Verordnungsdaten auch in einen Sinnzusammenhang mit der Entlohnung von Pharmaberatern, die sich ihrer Meinung zufolge nach der Zahl von Verordnungen bemisst.

Dabei werden die angedeuteten Zusammenhänge zwischen der Verfügbarkeit arztbezogener Daten und dem vermeintlichen Entlohnungssystem von Pharmaberatern allerdings in keiner Weise expliziert; nicht expliziert wird auch, wieso beides die vermeintliche Verordnungssteuerung durch Pharmahersteller bewirken kann.

Die geplanten Maßnahmen

5. Zwei der im Gesetzesentwurf vorgeschlagenen Maßnahmen gegen eine übermäßige Kostenbelastung sind die vorgesehene Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln zur Ermittlung angemessener Erstattungspreise sowie die Verordnung mit Zweitmeinung.
6. Die dritte vorgeschlagene Maßnahme, ein Verbot arztbezogener Verordnungsdaten, soll bewirken, dass die Funktion der Pharmaberater wieder auf die Absicht des AMG zurückgeführt wird, nämlich Ärzte fachlich zu informieren.

Die kritische Würdigung der Maßnahmen

7. Die Autoren des Gesetzentwurfs gehen gerade in ihren Überlegungen zum Verbot arztbezogener Verordnungsdaten von einer Reihe von Fehleinschätzungen aus. Sollte dieses Verbot tatsächlich in Kraft treten, so würde es sich nämlich in doppelter Weise negativ, das heißt steigernd auf die Ausgabenbelastung der GKV für Arzneimittel auswirken:
 - erstens würde es die Intensität des Wettbewerbs zwischen den Arzneimittelherstellern wesentlich vermindern;
 - zweitens könnten Tausende von Vertragsärzten der GKV von den Arzneimittelherstellern nicht mehr gezielt informiert und entsprechend ihrem Informationsbedürfnis beraten werden - was zu steigenden Kosten führt;
 - drittens würden diese Vertragsärzte der GKV ihr wirksamstes Instrument zur laufenden Kontrolle der von ihnen verursachten Arzneimittelkosten verlieren.
8. Die erste Fehleinschätzung betrifft die Vermutung der Autoren, Ärzte würden unkontrolliert häufig neue teure Arzneimittel einsetzen. Wie schon einfache empirische Untersuchungen auch des Wissenschaftlichen Instituts der AOK zeigen können, trifft das Gegenteil zu: Selbst in den klassischen Hausarzt-Indikationen mit hohem Patientenaufkommen zögern Ärzte sehr lange, ehe sie ein neues Arzneimittel bei mehr als einem, zwei oder drei Patienten einsetzen. Anders wäre ja auch der von den Gesetzesautoren zitierte Verordnungsanteil neuer Arzneimittel von nur 2% gar nicht zu erklären. Die große Kostenbelastung durch neue Arzneimittel mag ein Problem hoher Preise für solche Mittel sein – ein Problem des unkontrollierten Umgangs damit ist es sicherlich nicht.

Daher besteht die Gefahr, dass die Zusatzkosten einer „Verordnung mit Zweitmeinung“ schwerer wiegen als die dadurch eventuell erzielbare Senkung der Verordnungshäufigkeit.
9. Die zweite Fehleinschätzung der Autoren betrifft die Vorstellung, Pharmahersteller seien in der Lage, die Verordnungen der Ärzte im selben Maße zu "steuern" wie die Instanzen der GKV. Schon angesichts der Tatsache, dass Arzneimittelhersteller gegenüber Ärzten im Gegensatz zu den Instanzen der GKV keinerlei Sanktionsmacht besitzen, lässt sich die Darstellung der Hersteller als ebenbürtige Kontrahenten der GKV-Instanzen nicht aufrecht erhalten, zumal diese Hersteller ja noch im Wettbewerb miteinander stehen und im Gegensatz zu den GKV-Instanzen keinen homogenen monolithischen Block bilden.

Man kann daher nur zu dem Schluss kommen: Das falsche Bild der Arzneimittelhersteller als ebenbürtigem Kontrahenten dient vorgeschoben, um eine Beschränkung der Aktivitäten der Hersteller zu legitimieren – denn es erscheint angesichts dieses Bildes ja plausibel, dass die GKV-Instanzen mit mehr "Macht" ausgestattet sein müssen.

10. Die dritte Fehleinschätzung des Gesetzentwurfs betrifft die Aufgabe der Pharmaberater, die ihnen das AMG im Rahmen einer marktwirtschaftlichen Ordnung zuweist.

Der Gesetzesentwurf konstruiert einen Widerspruch zwischen den ökonomischen Interessen der Arzneimittelhersteller und der als "fachliche Information" im AMG definierten Aufgabe von Pharmaberatern. Im Alltag einer marktwirtschaftlichen Ordnung vereinbaren sich beide Aspekte völlig problemlos:

Pharmaberater eines bestimmten Herstellers informieren fachlich einwandfrei über das jeweils spezifische Eignungsprofil ihres Arzneimittels; bei den verordnenden Ärzten entsteht durch die Tätigkeit konkurrierender Hersteller ein pluralistisches Gesamtbild, welches Medikament in welchem Fall welche Vorteile bietet.

Wettbewerb setzt Transparenz des Angebotes voraus; diese Transparenz wird fachlich einwandfrei durch das freie Spiel der Informationsaktivitäten geschaffen. Wettbewerb spart Kosten, und tatsächlich lässt sich nachweisen:

Von Pharmaberatern besucht	Anteil Arztpraxen (Allgemeinmediziner, Praktiker, Internisten)	Kosten pro Verordnung		
		insgesamt	Generika	Nicht-Generika
nein	9,6%	39,26 €	24,05 €	62,32 €
ja	90,4%	36,51 €	23,77 €	54,42 €

Kostenersparnis bei Ärzten, die von Pharmaberatern besucht und informiert werden:	7,0%	1,2%	12,7%
---	------	------	-------

Offensichtlich verordnen häufiger besuchte Ärzte gerade bei Nicht-Generika sogar noch günstiger als wenig besuchte Ärzte, was durch den erhöhten Wettbewerb der Pharmafirmen speziell bezüglich der Preiswürdigkeit ihrer Produkte bedingt ist.

Anzahl Besuche von Pharmaberatern von 5 pharmazeutischen Unternehmen kumuliert (Gesamtjahr 2005)	Anzahl Arztpraxen (Allgemeinmediziner, Praktiker, Internisten)	Kosten pro Verordnung		
		insgesamt	Generika	Nicht-Generika
0	9,6%	39,26 €	24,05 €	62,32 €
1 bis 4	9,1%	36,57 €	23,37 €	57,42 €
5 und mehr	81,3%	36,51 €	23,80 €	54,22 €

Kostenersparnis bei Ärzten, die von Pharmaberatern 1 bis 4 mal im Jahr besucht und informiert werden:	6,9%	2,8%	7,9%
---	------	------	------

Kostenersparnis bei Ärzten, die von Pharmaberatern mindestens 5 mal im Jahr besucht und informiert werden:	7,0%	1,0%	13,0%
--	------	------	-------

* Quelle: Besuchsdaten von 5 pharmazeutischen Unternehmen, medimed prescriber®

Ärzte, die sich dem freien Spiel der Informationsaktivitäten aussetzen, verordnen kostengünstiger als solche, die dies nicht tun. Das freie Spiel dieser Aktivitäten nützt der GKV, es schadet ihr keineswegs.

11. Die vierte Fehleinschätzung des Gesetzentwurfs betrifft die Vorstellungen über die Entlohnung von Pharmaberatern.

Tatsächlich ist uns kein einziger Fall bekannt, in dem Pharmaberater direkt nach Maßgabe der Verordnungen einzelner Ärzte entlohnt werden.

Richtig ist, dass die Entlohnung von Pharmaberatern zu einem kleinen Teil leistungsorientierte Komponenten enthalten kann (typisch: 10-15% der Gesamtentlohnung). Die Maßstäbe für Leistung sind dabei sehr heterogen und ändern sich auch ständig bei jedem Hersteller situationsspezifisch. Inwiefern sollte eine solche geringfügige partielle Leistungsentlohnung den Anforderungen des AMG an Pharmaberater widersprechen ?

Ein Hersteller, der seine Pharmaberater leistungsorientiert entlohnen möchte, braucht dazu zudem in keiner Weise arztbezogene Verordnungsdaten. Wer arztbezogene Verordnungsdaten verbietet, unterdrückt damit nicht das Prinzip leistungsabhängiger Entlohnung.

Schon unter diesem Gesichtspunkt geht ein Verbot arztbezogener Verordnungsdaten fehl.

12. Die fünfte Fehleinschätzung des Gesetzentwurfs betrifft den Nutzen arztbezogener Verordnungsdaten, wie er in der Wirklichkeit zum Tragen kommt.

Pharmaberatern hilft eine Übersicht über das Verordnungsprofil eines Arztes, um sich ein Bild zu machen, welchen konkreten Informationsbedarf ein Arzt sozusagen "objektiv" hat: Welche Patienten stehen im Vordergrund, worauf kommt es dem Arzt bei seiner Therapie offensichtlich an? Sie sind auf diese Weise in der Lage, sich gezielt auf ihren Besuch bei einem Arzt vorzubereiten.

Ärzte schätzen die Ökonomie gezielter Information, die hieraus resultiert; dies ist auch ein wichtiger Grund dafür, dass sie an einer Studie wie prescriber teilnehmen.

13. "Gezielte fachliche Informationen" sind für einen großen Teil der Ärzte zu einer wesentlichen Voraussetzung für eine qualifizierte Beratung durch Pharmaberater geworden. Die Arzneimittelhersteller kämen im Falle eines allgemeinen Verbotes arztbezogener Verordnungsdaten gar nicht umhin, sich die zur gezielten Information der Ärzte erforderlichen Daten auf anderen Wegen zu beschaffen.

Solche "Ersatzsysteme" würden den Wettbewerb im Arzneimittelmarkt jedoch verzerren. Denn die Entwicklung und Pflege der etablierten Systeme liegt heute in der Hand neutraler und unabhängiger Institute; dies ermöglicht allen Arzneimittelherstellern deren kostengünstige Nutzung. Ein allgemeines Verbot arztbezogener Verordnungsdaten würde diese Strukturen zerschlagen, eigene "Ersatzsysteme" aber könnten sich nur die größten Hersteller erlauben; sie würden auf diese Weise einen bedeutenden Wettbewerbsvorteil erlangen, was zu einer Verringerung der Arzneimittelanbieter und dauerhaft zu höheren Preisen führen würde.

medimed prescriber®: bestmögliche Kontrolle der eigenen Verordnungskosten

14. Für die medimed-Studie prescriber liefern Ärzte im Rahmen eines bilateralen privatrechtlichen Vertrags ihre Verordnungsdaten ohne Patientenbezug an medimed. Unabhängig davon, ob sie sich mit der Weitergabe dieser Daten an Arzneimittelhersteller einverstanden erklären oder nicht, erhalten sie von medimed monatlich wenige Tage nach dem Dateneingang eine differenzierte Analyse ihres eigenen Ordnungsverhaltens. Teil dieser Analyse sind unter anderem Zeitreihen und Vergleiche mit relevanten Fachkollegen.

Alle Ärzte können problemlos teilnehmen, denn prescriber ist mit allen Praxis-PC-Systemen voll kompatibel.

Es gibt in der Bundesrepublik keine bessere Möglichkeit für einen Vertragsarzt, seine eigenen Arzneimittelkosten zeitnah und effizient - und vor allem ohne Verfälschung durch Substitution der Apotheken - zu kontrollieren, als das Feedback im Rahmen der prescriber-Studie.

Sichtbar wird dies unter anderem durch die Tatsache, dass Ärzte, die an der prescriber-Studie teilnehmen, weniger Arzneimittelkosten(-zuwachs) verursachen als Ärzte, die nicht teilnehmen.

	Arzneimittelausgaben der GKV insgesamt in Mio € <small>Quelle: BMG, AOK</small>	Arzneimittelausgaben zu Lasten der GKV der an prescriber teilnehmenden Arztpraxen <small>Basis: 6.220 Praxen, die sowohl in 2005 als auch in 2003 die Daten für jeweils 12 Monate vollständig geliefert haben (Durchschnitt pro Praxis in €)</small>
2005	25.390	277.398
2003*	24.196	273.049
prozentuale Veränderung 2005:2003	4,93%	1,59%

* Als Vergleichsjahr wurde 2003 herangezogen, da 2004 aufgrund des GMG zum 1. Januar 2004 völlig untypisch war.

medimed prescriber®: bestmögliche Kontrolle auch für die KV

15. In einer Situation stark wachsender Arzneimittelkosten und einer immer größeren Notwendigkeit, diese Kosten wirksam zu begrenzen, interessieren sich auch zunehmend die Kassenärztlichen Vereinigungen für eine regelmäßige Nutzung der prescriber-Informationen.

Sie haben verstanden, dass nur diese Studie ihnen Informationen über das tatsächliche Verordnungsverhalten liefern kann – ihre eigenen Daten aus dem GKV-System zeigen durch Apotheken abgerechnete Arzneimittelverordnungen und sind daher gegenüber dem tatsächlichen Verordnungsverhalten schon wesentlich verfälscht. Anders als die GKV-Daten vermag prescriber zudem die Gesamtzahl der Patienten – auch derjenigen ohne Arzneimittel-Verordnung – darzustellen.

Die Analyse der prescriber-Daten erfolgt darüber hinaus wesentlich differenzierter, als es die Institutionen des GKV-Systems leisten können, und im Gegensatz zu den Informationen aus dem GKV-System extrem zeitnah.

prescriber ist ein voll und ganz zum Nutzen der GKV funktionierendes Informationssystem privatwirtschaftlich erhobener Verordnungsdaten.

Es wäre unter allen genannten Gesichtspunkten unverantwortlich, auf der Basis von Fehleinschätzungen in ein solches System restriktiv einzugreifen.

Bensheim, 24.10.2006

Bernhard F. Häusler
Geschäftsführung
medimed GmbH