

Vorab  
per Telefax  
per E-Mail

An den  
Bundestagsausschuss  
für Gesundheit

die Ausschussvorsitzende  
Frau Dr. Martina Bunge

die Berichterstatterin  
Frau Abg. Dr. Marlies Volkmer

Ausschussmitglieder

Platz der Republik 1

11011 Berlin

www.hausaerzteverband.de  
eMail: bda-bv@hausarzt-bda.de

17.01.2006  
j/m

**(14) Ausschuss für Gesundheit  
Ausschussdrucksache**

**0015(7)**

**vom 17.1.2006**

**16. Wahlperiode**

**Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (Bundestagsdrucksache 16/194) durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Januar 2006  
hier: Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.**

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,  
sehr geehrte Frau Dr. Volkmer,  
sehr geehrte Damen und Herren,

in der Anlage übersenden wir Ihnen im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu dem Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung die Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes zu den für Hausärzte relevanten Regelungen. Wir bitten Sie höflichst, die Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes im Rahmen des Anhörungsverfahrens zu berücksichtigen und auf der Internetseite des Ausschusses für Gesundheit zu veröffentlichen.

Mit freundlichen Grüßen

Rechtsanwalt Joachim Schütz  
Justitiar des Deutschen Hausärzteverbandes



16.01.2006

<b>Anhörung zum Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (BT- Drs. 16/194) durch den Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages am 18. Januar 2006</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## **Stellungnahme des Deutschen Hausärzteverbandes e.V.**

### **I. Zusammenfassung:**

Der Deutsche Hausärzteverband e.V. lehnt den Gesetzentwurf zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung aus den nachfolgenden Gründen ab. Die insbesondere für Hausärzte bedeutsamen Regelungen des Gesetzentwurfes halten einer Prüfung unter rechtlichen, praxisrelevanten und medizinischen Gesichtspunkten nicht stand.

### **II. Stellungnahme im Einzelnen:**

#### **A. Stellungnahme aus berufspolitischer und (verfahrens-)rechtlicher Sicht**

##### **Zu Art. 1 Nr. 4**

Unabhängig von der Frage, ob diesem Vorhaben grundsätzlich zuzustimmen ist, fällt auf, dass die Frage der praktischen Nutzung und der Zeitpunkt der Nutzungspflicht offen bleiben. Da das Nähere durch die Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu regeln sein wird, muss davon ausgegangen werden, dass erst nach rechtsverbindlicher Einigung der Vertragspartner eine Nutzungspflicht seitens der Vertragsärzte besteht.

Kritisch erscheint auch die Frage der technischen Umsetzung durch die Praxissoftwarehersteller in den einzelnen Verwaltungssystemen, wobei davon ausgegangen werden muss, dass im Zuge der technischen Umsetzung auf die Ärzte erneut zusätzliche Kosten zukommen werden. Zu bedenken ist ferner eine weitergehende Erhöhung des Verwaltungsaufwandes in der Arztpraxis bei ordnungsindividueller Berücksichtigung der ordnungsrelevanten Tagestherapiekosten, und zwar unabhängig davon, wie gut oder wie schlecht die neue Regelung in den jeweiligen Praxisverwaltungs-Softwaresystemen umgesetzt wird.

### Zu Art. 1 Nr. 5a und c

Die Regelungen sind grundsätzlich zu begrüßen, da sie Rechtssicherheit für die Geltung von Richtgrößenvereinbarungen als Grundlage von Richtgrößenprüfungen schaffen.

### Zu Art. 1 Nr. 5b

Die „Bonus-Malus-Regelung“ bei der Arzneimittelverordnung ist jedenfalls im Hinblick auf die Regelungen zu den gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen bei Überschreitung der Tagestherapiekosten in Bezug auf den verordnenden Arzt abzulehnen.

Eine Sanktionsregelung, die den verordnenden Arzt von Gesetzes wegen zu Ausgleichszahlungen verpflichtet, ohne dass dieser sich im Rahmen der festgestellten Überschreitung exculpieren kann, stellt einen nicht hinnehmbaren und (verfassungs-)rechtlich bedenklichen Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes dar. (Medizinische) Besonderheiten (*siehe hierzu auch die Stellungnahme unter B.*), die auf Seiten des verordnenden Arztes zu einer Überschreitung der Tagestherapiekosten im Hinblick auf seine praxisindividuelle Patientenstruktur ursächlich für die jeweilige Überschreitung der Therapiekosten sind, müssen zumindest unter Grundsätzen des Gebotes der Verhältnismäßigkeit bei der Sanktionierung der Überschreitung Berücksichtigung finden; andernfalls ist eine „Verhaftung“ des Vertragsarztes aufgrund einer durch gesetzliche Fiktion festgestellten Unwirtschaftlichkeit rechtlich unzulässig.

In diesem Zusammenhang ist auch die Frage nach der Sinnhaftigkeit der Zuständigkeit des Prüfungsausschusses nach § 106 Abs. 4 SGB V zu stellen. Da der Gesetzgeber Art und Umfang der Sanktionsmaßnahmen bei Überschreitung der Tagestherapiekosten bereits per Gesetz festgelegt hat, stellt sich die Frage nach dem Regelungsgehalt von Maßnahmen, die der Prüfungsausschuss nach § 106 Abs. 5 SGB V zu treffen hat. Ein wie auch immer gearteter Ermessensspielraum bei der Entscheidung des Prüfungsausschusses ist im Hinblick auf die gesetzliche Regelung zu den Ausgleichszahlungen – offensichtlich – nicht gegeben. Jedenfalls bleibt das durch den Verweis auf § 106 Abs.5 SGB V bestehende Spannungsverhältnis zwischen den vom Gesetzgeber bereits festgeschriebenen Sanktionsmaßnahmen zu solchen, die der Prüfungsausschuss nach § 106 Abs.5 S.1 SGB V treffen kann („*Der Prüfungsausschuss entscheidet, ob der Vertragsarzt, ..... gegen das Wirtschaftlichkeitsverbot verstoßen hat und welche Maßnahmen zu treffen sind*“) völlig ungeklärt. Vielmehr ist es wohl der Wille des Gesetzgebers, dass der Prüfungsausschuss lediglich die Höhe der prozentualen Überschreitung (5-10 % oder mehr als 10 %) durch rechtsmittelfähigen Bescheid festlegen kann, wodurch dann die gesetzliche Sanktionsregelung der Ausgleichszahlungsverpflichtung in Höhe von 30 % bzw. 50 % des Überschreibungsbetrages ausgelöst wird. Gegenstand einer rechtlichen, ggf. gerichtlichen Überprüfung des entsprechenden Bescheides kann dann nur die Höhe des Prozentsatzes der Überschreitung (auf der unsicheren Grundlage von arztbezogenen Schnellinformationen) sein.

Negativ bewertet werden muss ferner die zusätzliche Arbeitsbelastung der Prüfungsgremien, von denen jedenfalls unter Zugrundelegung der derzeitigen Prüfpraxis nicht zu erwarten ist, dass eine quartalsweise Prüfung zeitnah erfolgen wird, so dass die betroffenen Vertragsärzte, ähnlich wie bei Richtgrößen, auch bezüglich der Einhaltung sog. Therapiekosten lange Zeit „im Dunkeln tappen“ werden und ihr Ordnungsverhalten deshalb nicht rechtzeitig anpassen bzw. umstellen können.

Weiterhin ist die gesetzliche Regelung zur Sanktionierung von Überschreitungen der Tagestherapiekosten deshalb abzulehnen, weil die vom Prüfungsausschuss zu Grunde zu legenden Bemessungsgrundlagen (die arztbezogenen Schnellinformationen) eine erhebliche statistische Unsicherheit aufweisen, wobei dieser Umstand auch nicht dadurch geheilt werden kann, dass die gesetzliche Neuregelung vorsieht, dass auf Antrag des Arztes die Ausgleichsbeträge nach Durchführung eines Ausgleichs auf Grundlage von Jahresrechnungsergebnissen erneut zu überprüfen und Abweichungen auszugleichen sind.

Schließlich sind die sog. Tagestherapiekosten, die bekanntermaßen lediglich *Hilfsgrößen* darstellen (vgl.: Franz Knieps in „*Amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD–Angaben für Deutschland im Jahr 2005*“, Vorwort, S. 3 und 4), als Grundlage für die Beurteilung einer wirtschaftlichen Arzneimittelverordnung durch den verordnenden Arzt deshalb abzulehnen, weil sie durch ein ständiges Schwankungen bzw. Änderungen unterworfenen Preisgefüge im Arzneimittelmarkt im Verhältnis von pharmazeutischer Industrie, Apotheken und Krankenkassen auf unsicheren Bezugsgrößen beruhen.

## **B. Stellungnahme aus medizinischer Sicht**

### **Zu Art. 1 Nr. 5 b)**

Während im Gesetzestext die Festlegung der Tagestherapiekosten auf „Gruppen von Arzneimitteln für verordnungsstarke Anwendungsgebiete“ abzielt (also z.B. die Gruppe der Betablocker), wird in der Begründung die Festlegung von Tagestherapiekosten für verschiedene Indikationsgebiete (also z.B. für die Behandlung der Hypertonie) gefordert. Beide Ansätze bergen Gefahren, die der größeren Gerechtigkeit oder auch einer Wirtschaftlichkeit insgesamt entgegenlaufen.

Werden Tagestherapiekosten für Gruppen von Arzneimitteln festgelegt, so finden sich für eine Wirkstoffgruppe unterschiedliche Indikationen, z.B. für Betablocker. Innerhalb dieser Wirkstoffgruppe kann es dann zu großen Preisdifferenzen kommen, die aber dann die Indikationsstellung nicht unbedingt berücksichtigen. Als Beispiel hierfür ist die Herzinsuffizienz zu nennen, für deren Behandlung nur Metoprolol, Bisoprolol oder Carvedilol zugelassen sind. Von diesen Substanzen ist nur Carvedilol bei gleichzeitig vorliegender peripherer Verschlusskrankheit (eine häufige Komorbidität) zugelassen. Damit schränkt sich je nach Anwendungsgebiet die Verordnung innerhalb einer Wirkstoffgruppe ein und eventuell teurere Präparate müssen aus medizinischen Gründen verordnet werden.

Hinzu kommt ein weiteres Problem, sollte die Berechnung auf der Basis von Tagestherapiekosten erfolgen: Die Tagestherapiekosten werden umso geringer, je größer die verordnete Packung bzw. je höher die Dosis des Wirkstoffes ist. Durch die Fixierung auf Tagestherapiekosten wird ein Anreizsystem etabliert, welches den Arzt zur Verordnung von größeren Packungen verleitet. Hiermit würde aber genau das Gegenteil der vom Gesetzgeber intendierten Ziele erreicht. Die Tagestherapiekosten für den Arzt sinken durch die Verordnung von großen Packungen, aber die Verordnungskosten insgesamt steigen an.

Sollte es die Intention sein, für verschiedene Indikationsgebiete (wie in der Begründung benannt) Tagestherapiekosten zu definieren, so ergibt sich hier das Problem, dass innerhalb eines Indikationsgebietes unterschiedliche Schweregrade vorliegen, die unterschiedliche Therapieoptionen erfordern. So ist z.B. innerhalb der Behandlung der arteriellen Hypertonie die Festlegung auf Standardtherapiekosten insofern problematisch, als dass es hier eine Vielzahl von Komorbiditäten gibt, die gewisse Wirkstoffgruppen ausschließen oder die Behandlung von speziellen Wirkstoffgruppen erfordern. Z.B. erfolgt die Behandlung der arteriellen Hypertonie bei Patienten mit gleichzeitigem Asthma bronchiale oder COPD mit anderen Wirkstoffen als bei der Hypertonie und gleichzeitiger Koronarer Herzerkrankung. Die Tagestherapiekosten können dabei erheblich voneinander abweichen. Die vom Gesetzgeber intendierte größere Unanfälligkeit gegenüber zufälligen Schwankungen, z.B. bezüglich der Fallzahl, würde durch die Besonderheit von Fällen ebenso existieren.

Die „Bonus-Malus-Regelung“ bei der Arzneimittelverordnung ist jedenfalls im Hinblick auf die Regelungen zu den gesetzlich vorgeschriebenen Sanktionen bei Überschreitung der Tagestherapiekosten in Bezug auf den verordnenden Arzt abzulehnen.

Ferner ist zu erwarten, dass die erzielten Einsparungen durch den Anreiz, höhere Dosierungen und größere Packungen zu verordnen, konterkariert werden.